



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 1 / 069

SUMÁRIO

Executivo	1
Licitações.....	1
Editais de Notificação	2

EXECUTIVO

LICITAÇÕES

TERMO DE ADJUDIÇÃO E HOMOLOGAÇÃO

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 046/2026.

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 049/2026

Os objetos a serem ofertados deverão atender rigorosamente às quantidades e exigências técnicas constantes no Termo de Referência, o qual divide a contratação em 02 (dois) lotes distintos, sendo o Lote 01 contratação de empresa especializada na prestação de Dedetização/Desratização, e o Lote 02 de Higienização de Caixa D'Água.

Empresas vencedoras valor total: R\$ 48.349,98 (quarenta e oito mil e trezentos e quarenta e nove reais e noventa e oito centavos):

LIHMP DEDETIZADORA E HIGIENIZADORA LTDA (43895847000194) com os lotes: 1 no valor total de R\$ 35.100,00 (trinta e cinco mil e cem reais).

HIGIFORTE INDIANA LIMPEZA E CONSERVAÇÃO LTDA (36929401000178) com os lotes: 2 no valor total de R\$ 13.249,98 (treze mil e duzentos e quarenta e nove reais e noventa e oito centavos).

O Prefeito Municipal, no uso de suas atribuições legais resolve ADJUDICAR e HOMOLOGAR o resultado dos trabalhos apresentados pela Comissão no atendimento ao objeto do processo licitatório acima especificado.

Quedas do Iguaçu/PR, 16 de outubro de 2026.

RAFAEL CIRYLO CHIAPETTI ALVES DE MOURA

Prefeito de Quedas do Iguaçu/PR

Cod472633



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia



3451293879

HUNER COMERCIO E
SERVICOS

LTDA:13934031000161

Digitally signed by HUNER
COMERCIO E SERVICOS
LTDA:13934031000161

Date: 2026.10.16 19:47:55 -03'00'

Página 1



EDITAIS DE NOTIFICAÇÃO

FMS	CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE QUEDAS DO IGUAÇU/PR	10º/26 REUNIÃO ORDINÁRIA 15/10/2026
------------	---	---

ATA DA 10ª REUNIÃO - ORDINÁRIA de 2026.

15/10/2026 – 09h00min

Local: Sala de reunião Unidade de Saúde Caetano – Rua Juazeiro, Centro.

Convidados – Autoridades e a população em geral. *“todas as reuniões ordinárias abertas ao público”.*

Data: 15 de outubro de 2026 Horário: 9h Local: Unidade de Saúde Caetano Munhoz – Quedas do Iguaçu/PR

PAUTAS DA REUNIÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

1. Apresentação, análise e deliberação sobre a Programação Anual de Saúde (PAS) para o exercício de 2027.
2. Apresentação do planejamento orçamentário da Saúde para 2027, contemplando a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).
3. Apresentação da Lei Orçamentária Anual (LOA) 2027.
4. Organização da Regulação Municipal, incluindo a apresentação dos aspectos legais e dos fluxos de encaminhamento e acesso aos serviços de saúde.
5. Apresentação dos protocolos assistenciais e de regulação, abrangendo os critérios e fluxos para exames, consultas especializadas e demais procedimentos.
6. Apresentação dos protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), com orientações para a padronização dos processos e a segurança na assistência aos usuários.
7. Informes sobre a adequação dos atos normativos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em atendimento às orientações do Tribunal de Contas do Estado (TCE), contemplando capacitações anuais, reuniões mensais de apoio matricial e reuniões semanais da equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Aos quinze dias do mês de outubro do ano de dois mil e vinte e seis, às nove horas, nas dependências da Unidade de Saúde Caetano Munhoz, no Município de Quedas do Iguaçu, Estado do Paraná, realizou-se reunião do Conselho Municipal de Saúde, com a presença dos conselheiros municipais de saúde, representantes da Secretaria Municipal de Saúde e demais participantes registrados na lista de presença anexa. A reunião teve por finalidade apresentar, discutir e deliberar sobre os instrumentos de planejamento, organização, execução e qualificação das ações e dos serviços públicos de saúde para o exercício de 2027, bem como prestar esclarecimentos sobre procedimentos administrativos, assistenciais e financeiros de interesse da gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS). Após a abertura dos trabalhos pela Presidente, passou-se à apreciação dos assuntos constantes da pauta, conforme descrito a seguir.

1. APRESENTAÇÃO E APROVAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE – PAS 2027

A Secretaria Municipal de Saúde apresentou ao Conselho Municipal de Saúde a Programação Anual de Saúde (PAS) referente ao exercício de 2027, instrumento de planejamento que estabelece as ações, atividades, metas e prioridades a serem desenvolvidas pela gestão municipal de saúde durante o período de um ano. Foi esclarecido que a PAS é elaborada em consonância com o Plano Municipal de Saúde (PMS), instrumento de planejamento de médio prazo, com vigência de quatro anos, e tem por finalidade transformar as diretrizes, os objetivos e as metas do planejamento municipal em ações concretas, com previsão de execução e acompanhamento ao longo do exercício. Durante a apresentação, destacou-se que a Programação Anual de Saúde deve contemplar as necessidades identificadas no território municipal, considerando a organização da Atenção Primária à Saúde, a assistência ambulatorial e hospitalar, a assistência farmacêutica, a vigilância em saúde, a regulação do acesso, o transporte sanitário, a saúde bucal, a assistência em saúde mental, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e os demais serviços que integram a rede municipal de atenção à saúde. Também foi esclarecido que a PAS constitui instrumento fundamental para orientar a execução das políticas públicas de saúde, subsidiar a elaboração do orçamento anual, estabelecer prioridades para a aplicação dos recursos públicos e permitir o acompanhamento dos resultados alcançados pela gestão. Sua execução deverá ser monitorada pela Secretaria Municipal de Saúde, com apresentação dos resultados nos instrumentos oficiais de prestação de contas, especialmente nos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e no Relatório Anual de Gestão (RAG). A apresentação teve por objetivo assegurar aos conselheiros o conhecimento das ações planejadas para o exercício de 2027, possibilitando a análise da compatibilidade entre as necessidades da população, as metas propostas, os recursos financeiros disponíveis e a capacidade operacional da rede municipal de saúde. Deliberação: após a apresentação e os esclarecimentos, a Programação Anual de Saúde – PAS 2027 foi submetida à apreciação dos conselheiros presentes, ficando registrada a seguinte deliberação: Aprovada por unanimidade, sendo posteriormente realizado pela presidente a resolução ou do instrumento formal correspondente do Conselho Municipal de Saúde, conforme as normas aplicáveis, para publicação em diário oficial.

2. APRESENTAÇÃO DA LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS – LDO 2027

Na sequência, foi apresentada a finalidade da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para o exercício de 2027, instrumento legal que estabelece as diretrizes e prioridades da Administração Pública para a elaboração e a execução do orçamento anual. Foi explicado aos conselheiros que a LDO (valor da LDO DE R\$ 49.220.000,00 para o Exercício 2027) faz a ligação entre o planejamento governamental e a Lei Orçamentária Anual (LOA), orientando a definição das prioridades, das metas fiscais e dos parâmetros que deverão ser observados na elaboração do orçamento municipal. No âmbito da saúde, a LDO deve manter compatibilidade com o Plano Municipal de Saúde e com a Programação Anual de Saúde, de modo que as prioridades estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde sejam consideradas no planejamento orçamentário do Município.

Foram destacados os seguintes aspectos:

- A necessidade de compatibilidade entre o planejamento da saúde e o planejamento orçamentário municipal;
- A previsão das prioridades e metas da Administração Pública para o exercício de 2027;
- A observância das regras fiscais e orçamentárias aplicáveis;
- A necessidade de assegurar recursos para a manutenção dos serviços de saúde, o pagamento de pessoal, a aquisição de materiais e medicamentos, a contratação de



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 3 / 069

serviços, os investimentos e as demais despesas necessárias ao funcionamento da rede;

- A importância do acompanhamento da execução orçamentária e financeira pelo Conselho Municipal de Saúde, dentro de suas atribuições legais.

Foi esclarecido que a apresentação da LDO ao Conselho tem a finalidade de dar transparência ao planejamento governamental e permitir que os conselheiros compreendam como as prioridades da saúde deverão ser consideradas na elaboração e na execução do orçamento municipal.

Registro da deliberação: a apresentação da LDO 2027 foi submetida ao conhecimento e à apreciação dos conselheiros, devendo ser registrado se houve apenas ciência, manifestação ou deliberação formal, conforme o procedimento efetivamente adotado na reunião.

3. APRESENTAÇÃO E APRECIACÃO DA LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL – LOA 2027

Em continuidade à pauta, foi apresentado o Quadro de Detalhamento da Despesa Orçamentária da Secretaria Municipal de Saúde para o exercício de 2027, referente ao Município de Quedas do Iguaçu, com a finalidade de demonstrar a previsão de recursos destinados à manutenção e ao desenvolvimento das ações e dos serviços públicos de saúde. Foi esclarecido que a Lei Orçamentária Anual (LOA) estima as receitas e fixa as despesas do Município para determinado exercício financeiro, definindo os limites orçamentários destinados à execução dos programas, projetos e atividades da Administração Pública. No âmbito municipal, a LOA constitui instrumento essencial para garantir a previsão de recursos necessários à manutenção das unidades de saúde, ao custeio das equipes, à assistência farmacêutica, à contratação de serviços especializados, à assistência hospitalar, ao atendimento pré-hospitalar, à vigilância em saúde e aos investimentos em infraestrutura e equipamentos.

Conforme o documento orçamentário apresentado, a Secretaria Municipal de Saúde possui previsão orçamentária total de R\$ 49.220.000,00 para o exercício de 2027, distribuída entre o Departamento de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde.

3.1. Distribuição orçamentária por unidade gestora

Unidade gestora	Valor previsto para 2027
Departamento de Saúde	R\$ 3.630.000,00
Fundo Municipal de Saúde	R\$ 45.590.000,00
Total da Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 49.220.000,00

3.2. Distribuição por função e subfunção de governo

O demonstrativo orçamentário apresentado identifica a Função 10 – Saúde, com as seguintes subfunções e previsões de despesa:

Função / subfunção	Descrição	Valor previsto
10.301	Atenção Básica	R\$ 29.740.000,00
10.302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	R\$ 18.410.000,00
10.304	Vigilância Sanitária	R\$ 750.000,00
10.305	Vigilância Epidemiológica	R\$ 110.000,00
10.306	Alimentação e Nutrição	R\$ 210.000,00
	Total da Função Saúde	R\$ 49.220.000,00

Os valores acima correspondem à soma das atividades identificadas no demonstrativo orçamentário fornecido e representam a distribuição por subfunção dentro da Função 10 – Saúde.

3.3. Detalhamento das principais ações e atividades orçamentárias

Durante a apresentação, foram destacados os seguintes programas e atividades constantes do orçamento da saúde para 2027:

Ação ou atividade	Valor previsto
Atividades da Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 320.000,00
Atividades do Departamento de Saúde	R\$ 3.310.000,00
Obras de infraestrutura da saúde pública	R\$ 420.000,00
Assistência médica e sanitária	R\$ 17.700.000,00
Assistência hospitalar e ambulatorial	R\$ 320.000,00
Farmácia Básica	R\$ 650.000,00
Saúde da Família e Melhor em Casa	R\$ 110.000,00
Agentes Comunitários de Saúde	R\$ 4.100.000,00
Saúde Bucal	R\$ 2.600.000,00
Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF	R\$ 170.000,00
Convênio com a Associação Resgate de Quedas do Iguaçu	R\$ 30.000,00
Ações de enfrentamento emergencial de saúde pública	R\$ 10.000,00
Consórcio Intermunicipal de Saúde – CISOP	R\$ 3.700.000,00
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU	R\$ 3.150.000,00
Hospital Municipal	R\$ 10.400.000,00
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	R\$ 1.160.000,00
Vigilância Sanitária	R\$ 750.000,00
Campanhas de combate e prevenção	R\$ 110.000,00
Complementação nutricional	R\$ 210.000,00

Foi esclarecido que os valores apresentados correspondem às previsões das respectivas ações e atividades no demonstrativo orçamentário, não devendo ser interpretados como valores já executados ou integralmente disponíveis em caixa. A execução dependerá da arrecadação, da disponibilidade financeira, das fontes de recursos, das regras de vinculação e dos procedimentos legais pertinentes. A gestão destacou a importância de acompanhar a execução orçamentária durante o exercício de 2027, verificando a aplicação dos recursos nas finalidades previstas e a compatibilidade entre as despesas realizadas, as metas da PAS e as necessidades dos serviços de saúde.

3.4. Deliberação referente à LOA 2027

Após a apresentação dos valores, da distribuição por subfunção e das principais ações orçamentárias, o Conselho Municipal de Saúde registrou ciência sobre o planejamento orçamentário da Secretaria Municipal de Saúde para o exercício de 2027. Após explanação foi Aprovada a proposta orçamentária da saúde para 2027, no âmbito das atribuições do Conselho. Ficou consignada a importância de que o orçamento da saúde permaneça compatível com a Programação Anual de Saúde, observando-se as competências do Conselho Municipal de Saúde e as atribuições legais do Poder Executivo e do Poder



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

3451293879



Legislativo no processo orçamentário. Sendo a presidente responsável pela resolução e publicação e transparência do ato.

4. ORGANIZAÇÃO DA REGULAÇÃO MUNICIPAL E FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

Na sequência, foi apresentada a necessidade de organizar e padronizar os procedimentos da Regulação Municipal de Saúde, com a finalidade de estabelecer critérios técnicos, administrativos e assistenciais para o encaminhamento dos usuários aos serviços especializados, exames complementares, consultas e procedimentos disponibilizados pela rede municipal e pelos serviços de referência regional. Foi esclarecido que a regulação do acesso à assistência à saúde constitui ferramenta de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), destinada a promover o acesso oportuno, equitativo e ordenado aos serviços, considerando a necessidade clínica de cada paciente, a classificação de risco quando aplicável, a disponibilidade de vagas e os fluxos assistenciais estabelecidos. A organização da Regulação Municipal deverá respeitar as competências de cada esfera de gestão, considerando que o Município de Quedas do Iguaçu organiza a Atenção Primária à Saúde e os fluxos sob sua responsabilidade, articulando-se com os serviços especializados e de maior complexidade disponibilizados por meio dos instrumentos regionais e estaduais de referência.

4.1. Fundamentação legal

Foram apresentados como principais referenciais normativos para a organização da regulação:

- Constituição Federal de 1988, arts. 196 a 198: estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado e define as bases de organização do SUS.
- Lei Federal nº 8.080/1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.
- Lei Federal nº 8.142/1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.
- Decreto Federal nº 7.508/2011: regulamenta a Lei nº 8.080/1990 quanto à organização do SUS, ao planejamento da saúde, à assistência e à articulação interfederativa.
- Lei Complementar nº 141/2012: estabelece regras para a aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde, bem como para o acompanhamento, a fiscalização e a prestação de contas.
- Portarias e normas vigentes do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná: aplicáveis à organização da rede de atenção, à regulação assistencial, aos sistemas de acesso e aos serviços de referência.

Foi esclarecido que a aplicação desses referenciais deve ocorrer em conjunto com os atos normativos estaduais, regionais e municipais pertinentes. A definição de fluxos específicos deverá observar os pactos assistenciais, os contratos, os protocolos vigentes e as responsabilidades formalmente estabelecidas entre os gestores.

4.2. Finalidade da organização da Regulação Municipal

A Secretaria Municipal de Saúde destacou que a elaboração de protocolos e fluxos padronizados tem como objetivos:

1. Organizar a porta de entrada do usuário pela Atenção Primária à Saúde.
2. Estabelecer critérios transparentes para encaminhamentos e solicitações de exames e consultas especializadas.
3. Priorizar os casos conforme a necessidade clínica e os critérios técnicos aplicáveis.
4. Reduzir solicitações incompletas, duplicadas ou sem justificativa clínica suficiente.
5. Melhorar a utilização das vagas e dos recursos disponibilizados ao Município.

6. Dar suporte técnico aos médicos e demais profissionais da rede municipal.
7. Favorecer a continuidade do cuidado, o acompanhamento dos pacientes e a comunicação entre os serviços.
8. Qualificar os registros nos sistemas de regulação e permitir o monitoramento dos encaminhamentos.

O Conselho foi informado de que a organização da regulação não tem por objetivo restringir indevidamente o acesso dos usuários, mas assegurar que as solicitações sejam encaminhadas com informações clínicas adequadas, critérios uniformes e prioridade compatível com a situação de saúde de cada paciente.

5. APRESENTAÇÃO DOS PROTOCOLOS MUNICIPAIS DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Na continuidade da reunião a Dra Thais – Médica Reguladora, apresentou a proposta de implantação e padronização dos protocolos municipais de regulação, abrangendo ultrassonografia, tomografia computadorizada, endocrinologia, cardiologia, exames laboratoriais, ortopedia e colonoscopia. Foi esclarecido que os protocolos deverão servir como instrumentos de apoio à decisão clínica, orientação para o preenchimento das solicitações e organização dos fluxos de acesso. Sua aplicação deverá respeitar a autonomia e a responsabilidade técnica dos profissionais prescritores, bem como as situações de urgência e emergência, que não deverão ser submetidas a fluxos administrativos incompatíveis com a necessidade de atendimento imediato.

5.1. Protocolo de ultrassonografia – USG

O protocolo de ultrassonografia tem por finalidade padronizar as solicitações de exames, estabelecendo a necessidade de identificação adequada do paciente, indicação clínica, região anatômica a ser examinada, hipótese diagnóstica e informações relevantes para a realização do procedimento. A padronização busca reduzir pedidos incompletos, evitar duplicidade desnecessária de exames e facilitar a análise técnica da solicitação pela equipe responsável pela regulação. O documento deverá orientar os médicos sobre as informações mínimas necessárias para o agendamento, permitindo que o exame seja direcionado de acordo com a indicação clínica e com os critérios de prioridade estabelecidos.

5.2. Protocolo de tomografia computadorizada

O protocolo de tomografia tem como objetivo organizar as solicitações de exames de maior complexidade, assegurando que a indicação clínica esteja devidamente registrada e que sejam fornecidos os dados necessários para a análise da necessidade e da prioridade do procedimento. Deverão ser consideradas a hipótese diagnóstica, a região anatômica, a justificativa clínica, os exames anteriores relevantes e as demais informações exigidas pelo serviço de referência. A padronização favorece a utilização adequada dos recursos disponíveis, a análise das solicitações e a comunicação entre o médico solicitante, a regulação e o prestador responsável. Nos casos em que houver necessidade de avaliação clínica imediata, o protocolo administrativo não poderá substituir a avaliação assistencial nem atrasar o atendimento de urgência ou emergência.

5.3. Protocolo de encaminhamento para endocrinologia

O protocolo de endocrinologia tem por finalidade orientar o encaminhamento de pacientes que necessitam de avaliação especializada em doenças e alterações do sistema endócrino e metabólico. A proposta é estabelecer informações clínicas mínimas, como motivo do



encaminhamento, hipótese diagnóstica, histórico de saúde, tratamentos realizados, medicamentos em uso, exames pertinentes e justificativa para a avaliação especializada.

O protocolo também deverá orientar o acompanhamento dos pacientes pela Atenção Primária à Saúde, definindo as informações que precisam acompanhar a solicitação e contribuindo para que o especialista receba os dados necessários à avaliação. Com isso, busca-se melhorar a resolutividade da Atenção Primária, qualificar os encaminhamentos e favorecer a continuidade do tratamento após a consulta especializada.

5.4. Protocolo de encaminhamento para cardiologia

O protocolo de cardiologia tem como finalidade organizar os encaminhamentos de pacientes com sinais, sintomas ou condições clínicas que indiquem necessidade de avaliação cardiológica. Deverão constar informações relevantes sobre a história clínica, sintomas apresentados, antecedentes, fatores de risco, medicamentos em uso, exames já realizados e justificativa para o encaminhamento. Os critérios de prioridade deverão considerar a gravidade clínica e os parâmetros técnicos estabelecidos, sem prejuízo do encaminhamento imediato dos pacientes que apresentem sinais de urgência ou emergência cardiovascular. A padronização visa qualificar a avaliação das solicitações, apoiar os médicos da Atenção Primária e contribuir para a utilização racional das vagas de consulta especializada.

5.5. Protocolo de solicitação de exames laboratoriais

O protocolo de exames laboratoriais tem como objetivo orientar a solicitação de análises clínicas, observando a indicação clínica, a pertinência do exame, a necessidade de acompanhamento e os critérios definidos para os serviços disponibilizados. A proposta busca reduzir a repetição desnecessária de exames, evitar solicitações sem justificativa clínica, facilitar o acompanhamento dos resultados e apoiar os profissionais na definição de condutas. O protocolo deverá orientar o registro da hipótese diagnóstica, da finalidade do exame e das informações necessárias à coleta e à interpretação dos resultados, respeitando os fluxos estabelecidos e as necessidades individuais dos pacientes. Também foi destacada a importância de que os resultados sejam avaliados pelo profissional responsável, com adoção das condutas pertinentes e registro no prontuário do usuário.

5.6. Protocolo de encaminhamento para ortopedia

O protocolo de ortopedia tem como finalidade padronizar os encaminhamentos de pacientes com queixas musculoesqueléticas, alterações osteoarticulares, lesões e outras condições que necessitem de avaliação especializada. Deverão ser registradas a queixa principal, a duração dos sintomas, os achados clínicos relevantes, os tratamentos já realizados, a existência de exames complementares e a justificativa para a avaliação ortopédica. A classificação da prioridade deverá observar os critérios clínicos estabelecidos, distinguindo situações que podem ser acompanhadas inicialmente na Atenção Primária daquelas que exigem avaliação especializada em prazo compatível com a condição do paciente. O protocolo busca melhorar a qualidade das informações encaminhadas, facilitar a análise pela regulação e dar suporte ao médico solicitante, sem substituir a avaliação clínica nem impedir o acesso aos serviços quando houver indicação assistencial.

5.7. Protocolo de colonoscopia

O protocolo de colonoscopia tem como finalidade organizar as solicitações de exame, estabelecendo os dados clínicos necessários à avaliação, ao agendamento e à preparação do paciente. A solicitação deverá apresentar a indicação clínica, os sintomas relevantes, a hipótese diagnóstica, os antecedentes pertinentes, os exames anteriores quando

disponíveis e as demais informações exigidas pelo serviço executor. O protocolo deverá prever critérios de prioridade de acordo com a indicação clínica, especialmente quando houver sinais de alerta ou suspeita de doença que exija investigação em prazo adequado. Também deverá orientar a equipe quanto às informações necessárias para a preparação, à avaliação prévia e ao encaminhamento do paciente, respeitando os requisitos técnicos e de segurança definidos pelo serviço responsável pelo procedimento.

5.8. Importância dos protocolos para a Atenção Primária à Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde ressaltou que os protocolos de regulação constituem ferramentas de apoio à organização do trabalho médico e multiprofissional, pois orientam a elaboração de solicitações completas, a definição de prioridades e o acompanhamento dos pacientes. A padronização também permite identificar as necessidades mais frequentes da população, acompanhar a demanda reprimida, monitorar o tempo de espera, qualificar o uso das vagas disponíveis e subsidiar o planejamento das ações de saúde.

Foi destacado que os protocolos deverão ser disponibilizados aos profissionais da rede municipal, acompanhados de orientações sobre sua aplicação e atualizados sempre que houver alteração das normas, dos fluxos assistenciais, dos serviços de referência ou dos critérios técnicos. Sendo aprovado por unanimidade pelos conselheiros, sendo encaminhado para deliberação de resolução, para publicação no diário oficial e disponibilidade dos protocolos estarem no site da prefeitura para consultas.

6. PROTOCOLOS E PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO – POPs DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP)

Na sequência, foi abordada a importância da elaboração, implantação e atualização dos protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) vinculados ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), como instrumentos destinados a fortalecer a qualidade assistencial e reduzir riscos relacionados à prestação dos serviços de saúde.

Foi esclarecido que os protocolos estabelecem orientações técnicas para determinadas práticas assistenciais, enquanto os POPs descrevem, de maneira padronizada e sequencial, como determinada atividade deverá ser executada, identificando etapas, responsabilidades, cuidados necessários e registros pertinentes. A organização desses documentos tem por objetivo reduzir a variabilidade dos processos de trabalho, prevenir falhas, orientar os profissionais, facilitar a capacitação das equipes e promover a melhoria contínua dos serviços prestados à população. Entre os aspectos que deverão ser considerados no planejamento do NSP, destacam-se:

- Identificação e avaliação dos riscos relacionados à assistência;
- Padronização dos processos de trabalho e das rotinas assistenciais;
- Orientação quanto à higienização das mãos e às medidas de prevenção de infecções;
- Segurança na administração de medicamentos;
- Identificação correta dos pacientes;
- Prevenção de quedas e de outros incidentes relacionados à assistência;
- Registro, análise e acompanhamento de incidentes e eventos adversos, conforme aplicável;
- Capacitação dos profissionais e divulgação das orientações institucionais;
- Definição de responsáveis pela elaboração, revisão, aprovação e monitoramento dos documentos;
- Manutenção de registros que permitam demonstrar a implantação e a efetividade das medidas adotadas.

Foi ressaltado que os protocolos e POPs devem corresponder à realidade de cada serviço, ser compatíveis com as normas sanitárias e assistenciais aplicáveis e permanecer acessíveis aos profissionais. Sua implantação deverá ser acompanhada por ações educativas e monitoramento, de modo que os documentos não sejam apenas formais, mas



efetivamente utilizados no cotidiano dos serviços. A proposta foi apresentada ao Conselho Municipal de Saúde como medida de qualificação dos processos de trabalho, fortalecimento da cultura de segurança e aprimoramento da qualidade do atendimento prestado aos usuários do SUS. Sendo aprovado pelo conselho.

7. INFORME SOBRE A ADEQUAÇÃO DOS ATOS NORMATIVOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS, PARA ATENDIMENTO ÀS ORIENTAÇÕES DO TCE

A Secretaria Municipal de Saúde apresentou, para conhecimento do Conselho Municipal de Saúde, a necessidade de adequação e formalização dos atos normativos municipais relacionados à organização, ao funcionamento e à periodicidade das atividades desenvolvidas no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), considerando as orientações de controle e acompanhamento atribuídas ao Tribunal de Contas do Estado do Paraná (TCE-PR). Foi esclarecido que os atos normativos deverão estabelecer diretrizes, responsabilidades, periodicidade e formas de registro das atividades realizadas pelos profissionais e serviços que integram a rede de atenção à saúde mental, de modo a demonstrar a organização do processo de trabalho, a continuidade das ações e a existência de mecanismos de acompanhamento e avaliação. A Secretaria informou que a formalização desses procedimentos deverá contemplar os seguintes pontos:

7.1. Cursos de formação e aperfeiçoamento em saúde mental

Deverá ser prevista a realização anual de cursos de formação, capacitação e aperfeiçoamento em saúde mental, destinados aos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial e da rede intersetorial. As atividades terão por finalidade qualificar os profissionais para o atendimento às pessoas em sofrimento psíquico, fortalecer a articulação entre os serviços e aprimorar o conhecimento técnico relacionado ao acolhimento, ao acompanhamento, à continuidade do cuidado e à atuação integrada das equipes. A formação poderá contemplar os profissionais da saúde e os demais setores que atuam de forma articulada na atenção psicossocial, conforme a organização municipal e as necessidades identificadas. Deverão ser mantidos registros das capacitações realizadas, incluindo, conforme aplicável, programação, conteúdo, carga horária, participantes, responsáveis e certificados ou listas de presença.

7.2. Reuniões de matriciamento em saúde mental

Foi informada a necessidade de estabelecer a realização de reuniões mensais de matriciamento, com a finalidade de fortalecer a integração entre os profissionais e os serviços da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Primária à Saúde. O matriciamento constitui estratégia de apoio técnico-pedagógico e assistencial, permitindo a discussão compartilhada de casos, a orientação das equipes, a construção conjunta de projetos terapêuticos e o aprimoramento dos fluxos de encaminhamento e acompanhamento dos usuários. A realização periódica dessas reuniões deverá contribuir para ampliar a capacidade de resposta das equipes, qualificar o atendimento em saúde mental e fortalecer a corresponsabilização entre os serviços. Para fins de acompanhamento e comprovação, deverão ser mantidos registros das reuniões, com data, participantes, assuntos discutidos, encaminhamentos e demais informações pertinentes, observando-se o sigilo das informações dos usuários.

7.3. Reuniões de equipe do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Também foi apresentada a necessidade de formalizar a realização de reuniões semanais de equipe do CAPS, destinadas ao planejamento, à avaliação e à organização das

atividades do serviço. Essas reuniões deverão permitir a discussão do processo de trabalho, a organização dos atendimentos, a avaliação das necessidades dos usuários, a articulação entre os profissionais e a definição de estratégias de cuidado, respeitando os princípios da atenção psicossocial e a atuação multiprofissional. A periodicidade semanal deverá ser incorporada ao ato normativo municipal, com definição dos responsáveis pela coordenação, registro e acompanhamento das reuniões. Deverão ser mantidas atas ou registros institucionais que comprovem a realização das atividades, os assuntos tratados e os encaminhamentos definidos, preservando-se a confidencialidade dos dados pessoais e clínicos dos usuários.

7.4. Formalização dos atos normativos

Foi esclarecido que a adequação deverá ser realizada por meio de ato normativo municipal apropriado, contendo diretrizes, periodicidade, responsabilidades e mecanismos de comprovação da execução das atividades. A elaboração e a formalização do ato deverão observar a competência administrativa para sua edição, ficando consignado que o ato normativo será assinado pelo Prefeito Municipal, conforme informado pela Secretaria Municipal de Saúde. O Conselho Municipal de Saúde foi informado de que a apresentação possui caráter de ciência e acompanhamento institucional, com a finalidade de dar transparência às providências administrativas adotadas para organização da atenção psicossocial e atendimento às orientações dos órgãos de controle.

Registro: o presente item foi apresentado exclusivamente para conhecimento do Conselho Municipal de Saúde, não sendo submetido à votação ou aprovação do colegiado nesta reunião.

Nada mais havendo a tratar, foram encerrados os trabalhos da reunião do Conselho Municipal de Saúde de Quedas do Iguaçu, realizada em 15 de outubro de 2026, às 9h, na Unidade de Saúde Caetano Munhoz, a presidente agradeceu os presentes. Foi lavrada a seguinte ata que, após leitura e aprovação pelos conselheiros presentes, será assinado por mim, pela presidência do Conselho Municipal de Saúde e pelos demais responsáveis, conforme as normas internas do colegiado.

Quedas do Iguaçu – PR, 15 de Outubro de 2026.

Raphaela Thaysa de Paula
Presidente do Conselho Municipal de Saúde



(46) 3532-8200 CNPJ: 76.205.962/0001-49
GESTÃO 2025-2028



PAS – PLANO ANUAL DE SAÚDE 2027

LISTA DE PRESENÇA DA 10ª REUNIÃO ORDINÁRIA DE 2026 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – 15/10/2026 – 09:00h NA SALA DE REUNIÃO DA UNIDADE DE SAÚDE CAETANO MUNHOZ DA ROCHA NA QUEDAS DO IGUAÇU.



QUEDAS DO IGUAÇU
2026



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 8 / 069

24– DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

A avaliação dos indicadores de saúde constitui ferramenta estratégica de gestão no âmbito do SUS e é fundamental para o planejamento, monitoramento e tomada de decisão no município. Conforme orientações do DigiSUS/Planejamento – Módulo APS, a análise sistemática dos indicadores permite identificar necessidades de saúde, orientar prioridades, avaliar resultados e verificar a efetividade das políticas e ações implementadas.

No Plano Municipal de Saúde, os indicadores são utilizados para acompanhar o cumprimento das diretrizes, objetivos e metas estabelecidas, possibilitando aferir os avanços alcançados e os desafios ainda presentes. A avaliação criteriosa dos indicadores pactuados — incluindo aqueles definidos na PNAB, no Pacto Interfederativo, no DIGISUS e nos instrumentos de planejamento da gestão — permite mensurar o desempenho das ações, qualificar a atenção prestada e orientar ajustes necessários para a melhoria contínua dos serviços.

Dessa forma, o monitoramento permanente dos indicadores não apenas traduz as condições de vida e saúde da população, mas também evidencia o impacto das políticas públicas, garantindo maior transparência, eficiência e alinhamento às diretrizes do SUS para o fortalecimento da gestão municipal.



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUEDAS DO IGUAÇU
FONE (46) 3532-8200 CNPJ 16.305.962/0001-49
CELESTAO 2020-2026



24.1- DIRETRIZ

DIRETRIZ Nº 1 – GESTÃO EM SAÚDE NO SUS

OBJETIVO Nº 1 - Qualificar a gestão do SUS no município

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2025-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
1.1	Construir e implantar a nova sede da Secretaria Municipal de Saúde, garantindo infraestrutura adequada para gestão, planejamento, coordenação e suporte às ações e serviços de saúde do município, fortalecendo a eficiência administrativa e a qualidade da assistência prestada à população.	Percentual de execução da obra nova sede da Secretaria Municipal de Saúde	0	2025	Percentual	100	Percentual		10		
1.2	Manutenção e reforma nos estabelecimentos de saúde do município de Quedas do Iguaçu	Percentual de reformas e manutenção nos estabelecimentos de saúde do município de Quedas do Iguaçu	0	2025	Percentual	100	Percentual		100		
1.3	Treinamento contínuo das equipes de saúde, com foco no cumprimento dos indicadores pactuados, abrangendo os setores da Atenção Básica, Vigilâncias em Saúde, CAPS, Melhor em Casa, Farmácia Básica e Odontologia, Hospital, visando à qualificação dos	Realizar no mínimo 1 capacitação trimestral por setor, garantindo a participação de pelo menos 80% dos profissionais, com monitoramento periódico dos indicadores e avaliação dos resultados alcançados.	80	2025	Percentual	80	Percentual		80		

	processos de trabalho, melhoria do desempenho assistencial e fortalecimento da gestão do cuidado.										
1.4	Assegurar que todos os instrumentos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde sejam elaborados, atualizados, aprovados e publicados no Diário Oficial, conforme legislação vigente, de forma a garantir transparência, segurança jurídica e eficácia na gestão das ações e serviços de saúde.	Percentual dos instrumentos de gestão da Secretaria de saúde atualizados e elaborados e publicados em diário oficial	80	2025	Percentual	80	Percentual		80		

DIRETRIZ Nº 2 – ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

OBJETIVO Nº 2.1 – Fortalecer as ações de prevenção e promoção da saúde

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2025-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
2.1.1	Metas de cobertura da atenção básica	Percentual da cobertura da atenção básica no município de Quedas do Iguaçu	100	2025	Percentual	100	Percentual		100		

4

2.1.2	Mais Acesso à Atenção Primária à Saúde.	Verificar o percentual de consultas agendadas/programada em relação ao total de demandas (espontâneas e programadas) na APS, bem como permitir a visualização de variações geográficas e temporais na oferta de atendimentos à demanda programada	20	2025	Percentual	50	Percentual		50		
2.1.3	Cuidado da pessoa com diabetes na Atenção Primária à Saúde (APS). Cadastradas e vinculadas às equipes de atenção básica.	Número de pessoas diabéticas cadastradas na atenção básica	735	2025	Número	2.940	Número		735		
2.1.4	Cuidado da pessoa com diabetes na Atenção Primária à Saúde (APS). Objetivo avaliar o acesso e monitoramento efetivo do cuidado integral à saúde das pessoas com diabetes, com incentivo à captação precoce e acompanhamento coordenado e contínuo na APS	Número de pessoas atendidas por enfermagem (e/ou medicação) com a condição avaliada de diabetes, realizada da APS	580	2025	Número	2.940	Número		735		
2.1.5	Cuidado da pessoa com diabetes na Atenção Primária à Saúde (APS). A importância de cuidar da pressão arterial e acompanhar peso e altura.	Número de aferição de pressão arterial e monitoramento do peso e altura realizadas por técnicas de enfermagem no monitoramento da diabetes, na APS	440	2025	Número	2.940	Número		735		
2.1.6	Cuidado da pessoa com diabetes na Atenção Primária à Saúde (APS). A importância das visitas domiciliares para acompanhamento.	Número de visitas realizadas por agente comunitário de saúde para pessoas com diabetes	263	2025	Número	2.940	Número		735		

5



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 16.305.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

3451293879



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 9 / 069

2.1.7	Avaliar os pés de pessoas com diabetes na Atenção Primária à Saúde (APS) e crucial para prevenir complicações graves como úlceras e amputações, que podem ser causadas pela neuropatia diabética (perda de sensibilidade) e por problemas de circulação.	Quantidade de registro de avaliação dos pés das pessoas diabéticas.	0	2025	Número	2.940	Número	735		
2.1.8	Cuidado da pessoa Hipertensa na Atenção Primária à Saúde (APS). Cadastros e vinculações às equipes de atenção básica.	Número de pessoas hipertensas cadastradas na atenção básica.	6.559	2025	Número	26.236	Número	6.559		
2.1.9	Cuidado da pessoa com hipertensão na Atenção Primária à Saúde (APS). Tem como objetivo avaliar o acesso e monitoramento efetivo do cuidado integral à saúde das pessoas com hipertensão, com incentivo à captação precoce e acompanhamento coordenado e contínuo na APS.	Número de atendimentos por enfermagem (e/ou médica) com a condição avaliada de hipertensão, realizada da APS.	2.337	2025	Número	26.236	Número	6.559		
2.1.10	Cuidado da pessoa com hipertensão na Atenção Primária à Saúde (APS). A importância de cuidar da pressão arterial e acompanhar peso e altura.	Quantidade de aferição de pressão arterial e monitoramento do peso e altura realizadas por técnicas de enfermagem no monitoramento da hipertensão, na APS.	2.416	2025	Número	26.236	Número	6.559		
2.1.11	Cuidado da pessoa com hipertensão na Atenção Primária à Saúde (APS). A importância das visitas domiciliares para acompanhamento.	Quantidade de visitas realizadas por agente comunitário de saúde para pessoas com hipertensão.	1.537	2025	Número	26.236	Número	6.559		

6

2.1.12	Assegurar a continuidade, a qualidade e a efetividade da Atenção Básica por meio da manutenção de um quadro de profissionais concursados, garantindo vínculos estáveis de trabalho e fortalecimento do cuidado longitudinal à população.	Percentual de profissionais concursados atuando na Atenção Básica	80	2025	Número	100	Número	100		
--------	--	---	----	------	--------	-----	--------	-----	--	--

OBJETIVO Nº 2.2 - Qualificar a linha de cuidado da mulher e atenção materno-infantil											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
2.2.1	Cuidado na Gestão e Puerpério na Atenção Primária à Saúde. Tem como objetivo avaliar o acesso e monitoramento efetivo durante a gestação e puerpério, com incentivo à captação precoce e acompanhamento coordenado e contínuo na APS.	Número de gestantes ou puérperas no município	170	2025	Número	680	Número		170		
2.2.2	Cuidado na Atenção Primária à Saúde. Ter pelo menos 07 (sete) registro de aferição de pressão arterial realizados durante o período da gestação.	Número de registro de aferição de pressão arterial realizados durante o período da gestação.	5.800	2025	Número	23.200	Número		5.800		

7

2.2.3	Cuidado na Gestão e Puerpério na Atenção Primária à Saúde. Ter pelo menos 07 (sete) registros simultâneos de peso e altura durante o período da gestação.	Número de registros simultâneos de peso e altura durante o período da gestação.	5.800	2025	Número	23.200	Número	5.800		
2.2.4	Cuidado na Gestão e Puerpério na Atenção Primária à Saúde. Ter pelo menos 03 (três) visitas domiciliares realizadas por ACS/TACS, após a primeira consulta do pré-natal.	Número de visitas domiciliares realizadas por ACS/TACS, após a primeira consulta do pré-natal.	34	2025	Número	680	Número	170		
2.2.5	Cuidado na Gestão e Puerpério na Atenção Primária à Saúde. Ter registro dos testes rápidos ou dos exames avaliados para sífilis, HIV e hepatites B e C realizados no 1º trimestre de cada gestação.	Número de teste rápido para sífilis, HIV e hepatites B e C realizados no 1º trimestre de cada gestação.	90	2025	Número	680	Número	170		
2.2.6	Cuidado na Gestão e Puerpério na Atenção Primária à Saúde. Ter pelo menos 01 (um) registro de consulta presencial ou remota realizada por médico(a) ou enfermeira(o) durante o puerpério.	Número de registro de consulta presencial ou remota realizada por médico(a) ou enfermeira(o) durante o puerpério.	5.800	2025	Número	23.200	Número	5.800		
2.2.7	Cuidado da mulher na prevenção do câncer na Atenção Primária à Saúde (APS). Ter pelo menos 01 (um) exame de rastreamento para câncer do colo do útero em mulheres e em homens transgênero de 25 a 64 anos de idade, coletado, solicitado ou avaliado nos últimos 36 meses.	Número de preventivos realizados entre mulheres de 25 a 64 anos no município de Quedas do Iguaçu.	1.666	2025	Número	8.000	Número	2.000		

8

2.2.8	Cuidado da mulher na prevenção do câncer na Atenção Primária à Saúde (APS). Ter pelo menos 01 (uma) visita domiciliar realizada por ACS/TACS durante o puerpério.	Número de mulheres atendidas presencial ou remoto, para adolescentes, mulheres de 14 a 69 anos de idade, sobre atenção à saúde sexual e reprodutiva, realizado nos últimos 12 meses.	1.666	2025	Número	8.000	Número		2.000	
2.2.9	Cuidado da mulher na prevenção do câncer na Atenção Primária à Saúde (APS). Ter pelo menos 01 (uma) visita domiciliar realizada por ACS/TACS durante o puerpério.	Número de visitas domiciliares realizadas por ACS/TACS, durante o puerpério.	0	2025	Número	680	Número		170	
2.2.10	Cuidado da mulher na prevenção do câncer na Atenção Primária à Saúde (APS). Ter registro de pelo menos 01 (um) exame de rastreamento para câncer de mama em mulheres e em homens transgênero de 40 a 69 anos de idade, solicitado ou avaliado nos últimos 24 meses.	Número de registro de pelo menos 01 (um) exame de rastreamento para câncer de mama em mulheres de 40 a 69 anos de idade, solicitado ou avaliado nos últimos 24 meses.	945	2025	Número	3.780	Número		945	
2.2.11	Cuidado da mulher na prevenção do câncer na Atenção Primária à Saúde (APS). Ter pelo menos 01 (uma) atividade em saúde bucal realizada por cirurgião(dentista ou técnico(a) de saúde bucal durante o período da gestação.	Número atendimentos em saúde bucal realizada por cirurgião(dentista ou técnico(a) de saúde bucal durante o período da gestação.	46	2025	Número	680	Número		170	

OBJETIVO Nº 2.3 – Qualificar linha de cuidado à criança e ao adolescente											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029

9

2.3.1	Cuidado no desenvolvimento infantil na Atenção Primária à Saúde. Ter a 1ª consulta presencial realizada por médico(a) ou enfermeira(o), até o 30º dia de vida.	Número de Consultas realizadas por médicos ou enfermeiros até 30 dias de vida, das crianças do município de Quedas do Iguaçu	291	2025	Número	1.160	Número	290		
2.3.2	Cuidado no desenvolvimento infantil na Atenção Primária à Saúde. Ter pelo menos 09 (nove) consultas presenciais ou remotas realizadas por médico(a) ou enfermeira(o) até dois anos de vida.	Número de consultas presenciais ou remotas realizadas por médico(a) ou enfermeira(o) até dois anos de vida.	4.809	2025	Número	20.000	Número	5.000		
2.3.3	Cuidado no desenvolvimento infantil na Atenção Primária à Saúde. Ter pelo menos 09 (nove) registros simultâneos de peso e altura até os dois anos de vida.	Número de registros simultâneos de peso e altura até os dois anos de vida.	2.076	2025	Número	8.304	Número	2.076		
2.3.4	Cuidado no desenvolvimento infantil na Atenção Primária à Saúde. Ter pelo menos 02 (duas) visitas domiciliares realizadas por ACS/TACS, sendo a primeira até os primeiros 30 (trinta) dias de vida e a segunda até os 06 (seis) meses de vida.	Número de visitas de ACS as crianças recém nascidas até os 06 (seis) meses de vida.		2025	Número		Número			
2.3.5	Cuidado no desenvolvimento infantil na Atenção Primária à Saúde. Ter vacinas contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por Haemophilus influenzae tipo b, poliomielite, sarampo, caxumba e rubéola, pneumocócica, registradas com todas as doses recomendadas.	Número de crianças vacinadas contra Vacina pentavalente, Vacina pólio injetável (VIP), Vacina sarampo, caxumba, rubéola (SCR) e Vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (SCRV), Vacina pneumocócica 10-valente (VPC10)		2025	Número		Número			

10

2.3.6	Cuidado na prevenção do câncer na Atenção Primária à Saúde (APS). Vacina HPV aplicada em crianças e adolescentes de 09 a 14 anos de idade.	Número de dose da vacina HPV aplicada em crianças e adolescentes de 09 a 14 anos de idade	472	2025	Número	1.888	Número		472	
2.3.7	Acompanhar as crianças e adolescentes no estado nutricional dentro do sistema SISVAN	Quantidade de crianças, adolescentes acompanhados no estado nutricional dentro do sistema SISVAN	3.090	2025	Número	20.000	Número		5.000	
2.3.8	Promover a saúde integral de crianças, adolescentes e jovens da rede pública de ensino, por meio da articulação permanente entre as políticas de saúde e educação, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, atenção e cuidado, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e do processo de ensino-aprendizagem.	Registrar, monitorar e avaliar as ações do PSE nos sistemas de informação oficiais, assegurando o cumprimento das metas pactuadas. Percentual de monitoramento das escolas e cmeis do PSE (programa saúde na escola)	82,4	2025	Percentual	100	Número		100	

OBJETIVO Nº 2.4 - Qualificar a linha de cuidado da pessoa com Deficiência											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de			2026	2027	2028	2029

11



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

3451293879



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 10 / 069

2.4.1	Ampliar e qualificar o cuidado integral à pessoa com deficiência na Atenção Primária à Saúde, garantindo acesso oportuno, acompanhamento contínuo e articulação com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), conforme diretrizes do Planejamento Regional Integrado - PRI.	Número de pessoas deficientes cadastradas nas equipes de Saúde da família no município		2025	Número		Número			
2.4.2	Cuidado da pessoa com deficiência na atenção primária em saúde. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) tem como objetivo ofertar ações e serviços de saúde para o cuidado integral à pessoa com deficiência, articulados em Redes de Atenção à Saúde (RAS) de acordo com o Planejamento Regional Integrado - PRI.	Quantidade de atendimento da pessoa com deficiência na atenção básica realizados por médicos e enfermeiros		2025	Número		Número			

OBJETIVO Nº 2.5 - Qualificar a linha de cuidado da pessoa idosa										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano			Unidade de Medida	2026	2027	2028

12

2.5.6	Avaliar o acesso e acompanhamento efetivo das pessoas idosas na imunização	Número de vacinas de influenza aplicadas na pessoa idosa na APS	2.302	2025	Número	25.736	Número	6.434			
-------	--	---	-------	------	--------	--------	--------	-------	--	--	--

OBJETIVO Nº 2.6 - Qualificar a linha de cuidado do homem											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
2.7.1	Cuidado do homem na Atenção Primária à Saúde (APS). Tem como objetivo avaliar o acesso e acompanhamento dos homens na Atenção Primária em saúde	Número de atendimentos realizados por médicos (as), enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, educador físico na saúde, odontólogos, técnicos de saúde bucal para homens acima de 18 vinculados a estratégia de saúde da família		2025	Número						
2.7.2	Cuidado do homem na Atenção Primária à Saúde (APS). Acompanhamentos do homem na realização do exame PSA (Antígeno Prostático Específico) avaliar o câncer de próstata.	Número de coletas do PSA realizadas para homens acima de 40 anos.	1.250	2025	Número	6.000	Número	1.500			

OBJETIVO Nº 2.7 - Qualificar a linha de cuidado da Saúde mental na Atenção Básica									
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e	Indicador (Linha-Base)	Meta Plano	Unidade de	Meta Prevista			

14

2.8.2	Ampliar as Equipes de Estratégias de Saúde bucal	Aumentar a cobertura de ESB	05	2025	Número	09	Número	08			
2.8.3	Primeira Consulta Programada por equipe de Saúde Bucal (ESB). Tem como objetivo avaliar o acesso e o monitoramento efetivo da população em relação aos cuidados necessários de saúde bucal, com incentivo à captação precoce e acompanhamento coordenado e contínuo na APS.	Número de primeira Consulta Programada em Saúde Bucal realizado no município de Quedas do Iguaçu	6.200	2025	Número	7.000	Número	6.600			
2.8.4	Tratamento Concluído por equipe de Saúde Bucal (ESB). Tem como objetivo avaliar a resolução da ESB inserida na Atenção Primária à Saúde para garantir acesso oportuno e intervir na demanda que se apresenta a ela	Número de tratamento Concluído realizados no município de Quedas do Iguaçu.	4.000	2025	Número	5.000	Número	4.500			
2.8.5	Taxa de exodontia por equipe de Saúde Bucal (ESB). Tem como objetivo avaliar se o cirurgião-dentista da equipe de Saúde Bucal (ESB) tem conseguido agir no início da história da doença, ofertando menos procedimentos curativos/exodontia em relação ao total de procedimentos individuais ofertados.	Taxa de exodontias realizadas no município de Quedas do Iguaçu.	7,5	2025	Número	6,0	Número	6,5			
2.8.6	Escovação Supervisionada por equipe de Saúde Bucal (ESB) em faixa etária escolar (de 6 a 12 anos). Tem como objetivo avaliar a proporção de crianças em faixa etária escolar (6 a 12 anos) que	Número de Escovação Supervisionada por em faixa etária escolar (de 6 a 12 anos) realizadas no município de Quedas do Iguaçu	20.000	2025	Número	22.000	Número	21.000			

16

2.5.1	Cuidado da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde (APS). Tem como objetivo avaliar o acesso e monitoramento efetivo do cuidado integral à saúde das pessoas idosas	Número de pessoas idosas cadastradas na APS.	6.434	2025	Número	25.736	Número	6.434			
2.5.2	Cuidado da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde (APS). Tem como objetivo avaliar o acesso e monitoramento efetivo do cuidado integral à saúde das pessoas idosas, com incentivo à captação precoce e acompanhamento coordenado e contínuo na APS.	Percentual de pessoa idosa com idade ≥ 60 anos de vida acompanhados na atenção básica em saúde (APS)	59	2025	Percentual	100	Percentual	100			
2.5.3	Cuidado da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde (APS). Objetivo avaliar o acesso e monitoramento efetivo do cuidado integral à saúde das pessoas idosas, com incentivo à captação precoce e acompanhamento coordenado e contínuo na APS.	Número de pessoas atendidas realizadas por enfermeiro(a) e/ou médica(o) a pessoa idosa na APS	3.840	2025	Número	25.736	Número	6.434			
2.5.4	Cuidado da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde (APS). A importância de cuidar da pressão arterial e acompanhar peso e altura.	Monitoramento do peso e altura realizadas por técnicas de enfermagem no monitoramento da pessoa idosa, na APS	2.671	2025	Número	25.736	Número	6.434			
2.5.5	Cuidado da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde (APS). A importância das visitas domiciliares para acompanhamento.	Número de visitas realizadas por agente comunitário de saúde para a pessoa idosa. (Considerar duas visitas conforme indicador)	0	2025	Número	25.736	Número	6.434			

13

		avaliação da meta	(2026-2029)			Medida	2026	2027	2028	2029
			Valor	Ano	Unidade de Medida					
2.7.1	Fortalecer o cuidado integral em saúde mental na Atenção Primária à Saúde, ampliando ações de promoção, prevenção, acolhimento, acompanhamento e articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), garantindo acesso humanizado e contínuo às pessoas com sofrimento ou transtorno mental.	Garantir que 100% das unidades de APS realizem acolhimento em saúde mental, com registro no prontuário e seguimento planejado.	100	2025	Percentual	100	Percentual	100		
2.7.2	Reduzir progressivamente os encaminhamentos evitáveis para a atenção especializada, garantindo que a APS absorva e acompanhe, de forma qualificada, a maior parte dos casos de saúde mental de baixa e média complexidade, por meio de capacitação das equipes, mapeamento contínuo e uso de protocolos clínicos.	Número de encaminhamentos realizados na APS para psiquiatria nos serviços especializados, em saúde mental.	600	2025	Número	2000	Número	500		

OBJETIVO Nº 2.8 – Ampliar o atendimento odontológico a população.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
2.8.1	Ampliar o atendimento odontológico a população	Percentual da população coberta pelos serviços de saúde bucal na atenção básica	54,9	2025	Percentual	80	Percentual	70			

15

	foram beneficiadas pela ação coletiva de escovação dental supervisionada pela equipe de Saúde Bucal (eSB) vinculada à uma equipe de Saúde da Família/equipe de Atenção Primária (eSF/eAPI) de referência.									
2.8.7	Procedimentos odontológicos individuais preventivos por equipe de Saúde Bucal (eSB). Tem como objetivo mensurar o total de procedimentos odontológicos individuais preventivos em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais realizados pela equipe de Saúde Bucal (eSB) inserida na Atenção Primária à Saúde (APS).	Número de Procedimentos odontológicos individuais preventivos realizados no município de Quedas do Iguaçu.	6.207	2025	Número	7.000	Número	6.600		
2.8.8	Tratamento Restaurador Atraumático (ART) por equipe de Saúde Bucal (eSB). Tem como objetivo medir a proporção de procedimentos "Tratamento Restaurador Atraumático (ART) em relação ao total de procedimentos restauradores realizados pela equipe de Saúde Bucal (eSB) inserida na Atenção Primária à Saúde (APS).	Número de Tratamento Restaurador Atraumático (ART) realizados no município de Quedas do Iguaçu.	2.500	2025	Número	3.000	Número	2.800		
2.8.9	Ampliar o número de estratificações de risco em Saúde Bucal realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, garantindo a identificação precoce de agravos e a priorização de grupos vulneráveis.	Número de estratificações de risco realizadas na Saúde Bucal.	1.600	2025	Número	2.000	Número	1.800		

17



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.



3451293879



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 11 / 069

2.8.10	Promover capacitações periódicas para os profissionais da Saúde Bucal, visando a atualização técnica, padronização de condutas e qualificação da assistência prestada à população.	Número de capacitações realizadas com a equipe de saúde bucal no ano.	04	2025	Número	08	Número	06				
2.8.11	Implantar e desenvolver ações permanentes de educação continuada em saúde bucal para escolares, gestantes, idosos e adultos, promovendo prevenção, promoção da saúde e melhoria dos hábitos de higiene oral no município.	Número total de ações de educação continuada realizadas no ano.	100	2025	Número	150	Número	130				

OBJETIVO Nº 2.9 – Qualificar a linha de atendimento da equipe E-Multi atenção Básica.												
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista				
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029	
2.9.1	Qualificar a linha de cuidado e o processo de atendimento da equipe e-Multi na Atenção Básica, garantindo maior integração multiprofissional, ampliação da resolutividade, padronização de protocolos assistenciais e fortalecimento das ações de promoção, prevenção e acompanhamento terapêutico dos usuários no território.	Manter uma equipe e-multi homologada no Ministério da Saúde com a equipe mínima preconizada da equipe e-multi Ampliada com teleconsulta	01	2025	Número	01	Número	01				

18

2.9.6	Qualificar e ampliar o atendimento fonoaudiológico na equipe e-Multi ampliada, promovendo ações de prevenção, diagnóstico e reabilitação dos distúrbios da comunicação, linguagem, voz e deglutição, fortalecendo o acompanhamento dos usuários na Atenção Básica.	Número de atendimentos fonoaudiológicos registrados na Atenção Básica, incluindo consultas individuais, teleconsultas e ações coletivas	2.978	2025	Número	12.000	Número	3.000				
2.9.7	Qualificar e ampliar o atendimento psicológico na equipe e-Multi ampliada, fortalecendo o cuidado em saúde mental na Atenção Básica, por meio de acolhimento, atendimentos individuais, grupos terapêuticos e ações de promoção da saúde emocional.	Número de atendimentos psicológicos registrados na Atenção Básica, incluindo consultas individuais, teleconsultas e ações coletivas	2.727	2025	Número	15.000	Número	3.750				
2.9.8	Qualificar e ampliar as ações do Serviço Social na equipe e-Multi ampliada, assegurando suporte socioassistencial, orientação às famílias, encaminhamentos intersectoriais e acompanhamento dos determinantes sociais que influenciam a saúde da população.	Número de atendimentos do Serviço Social na Atenção Básica, incluindo consultas individuais, teleconsultas e ações coletivas	1.476	2025	Número	6.000	Número	1.500				
2.9.9	Qualificar e ampliar o atendimento especializado em neuro-pediatrica, garantindo avaliação precoce, diagnóstico, acompanhamento do desenvolvimento infantil e apoio às equipes da Atenção Básica no manejo de condições neurológicas pediátricas.	Número de atendimentos do médico neuropediatra na Atenção Básica, incluindo consultas individuais, teleconsultas e ações coletivas	369	2025	Número	2.000	Número	500				

20

2.10.3	Ampliar o horário de funcionamento da academia da Saúde.	Ampliar para mais um período os atendimentos do professor de Educação Física na academia da saúde	50	2025	Percentual	100	Percentual	100				
--------	--	---	----	------	------------	-----	------------	-----	--	--	--	--

OBJETIVO Nº 2.11 – Promover a integração segura e qualificada das plantas medicinais e fitoterápicos no SUS municipal, fortalecendo práticas integrativas e complementares, ampliando o acesso da população a terapias baseadas em evidências e incentivando ações educativas, de cultivo e de uso racional, de forma articulada com a Atenção Primária à Saúde												
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista				
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029	
2.11.1	Implantar e ampliar ações de uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS municipal, garantindo que, até o final do ano, ao menos 1 serviço da Atenção Primária esteja estruturado para ofertar práticas integrativas envolvendo plantas medicinais (oficinas, orientações ou prescrição de fitoterápicos), além da realização de educação em saúde para promover o uso seguro e baseado em evidências entre profissionais e usuários.	Manter um programa municipal de plantas medicinais.	-	-	Percentual	100	Percentual	100				

22

2.9.2	Construir e estruturar um Centro Multiprofissional de Atenção Básica, destinado a concentrar e qualificar os atendimentos das equipes e-Multi, ampliando o acesso da população a serviços especializados e integrados.	Construção de uma sede própria de um centro multiprofissional para atender a população vinculada à atenção básica	0	2025	Número	01	Número	0				
2.9.3	Construir e implantar um Centro Municipal de Reabilitação em Fisioterapia, estruturado com piscina terapêutica e ambiente especializado, ampliando a capacidade de atendimento e qualificando as ações de reabilitação ofertadas à população.	Construir um Centro Municipal de Reabilitação em Fisioterapia, estruturado com piscina terapêutica e ambiente especializado.	0	2025	Número	01	Número	0				
2.9.4	Qualificar e ampliar o atendimento fisioterapêutico na equipe e-Multi ampliada, garantindo ações de prevenção de agravos, reabilitação funcional, prática de exercícios orientados e acompanhamento contínuo dos usuários com limitações ou condições crônicas.	Número de atendimentos fisioterapêuticos registrados na Atenção Básica, incluindo consultas individuais, teleconsultas e ações coletivas.	12.100	2025	Número	58.000	Número	14.000				
2.9.5	Qualificar e ampliar o atendimento nutricional realizado pela equipe e-Multi ampliada, garantindo ações de promoção da alimentação saudável, acompanhamento nutricional individual e coletivo e maior integração do nutricionista nas estratégias de cuidado da Atenção Básica.	Número de atendimentos nutricionais registrados na Atenção Básica, incluindo consultas individuais, teleconsultas e ações coletivas	664	2025	Número	3.000	Número	750				

19

2.9.10	Qualificar e ampliar o atendimento pediátrico na Atenção Básica e na equipe e-Multi ampliada, assegurando acompanhamento integral da saúde da criança, manejo adequado de condições agudas e crônicas e fortalecimento das ações de vigilância do crescimento e desenvolvimento.	Número de atendimentos do médico pediatra na Atenção Básica, incluindo consultas individuais, teleconsultas e ações coletivas	1.520	2025	Número	10.000	Número	2.500				
--------	--	---	-------	------	--------	--------	--------	-------	--	--	--	--

OBJETIVO Nº 2.10 – Promover atividades físicas orientadas na Academia da Saúde com apoio da equipe e-Multi e realizar orientações sobre, com acompanhamento, visando melhorar a qualidade de vida da população.												
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2025-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista				
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029	
2.10.1	Manter a Academia da Saúde em funcionamento estimulando a atividade física como prática na promoção à Saúde	Número de pacientes atendidos na academia da saúde pelo professor de Educação Física.	2.400	2025	Número	9.600	Número	2.400				
2.10.2	Assegurar o pleno funcionamento da Academia da Saúde, promovendo a prática regular de atividade física como ação estruturante de promoção da saúde, prevenção de agravos e melhoria da qualidade de vida, com acompanhamento sistemático dos usuários pelo professor de Educação Física e pelo fisioterapeuta.	Número de pacientes atendidos na academia da saúde pelo fisioterapeuta.	2.800	2025	Número	10.700	Número	2.675				

21

2.11.2	Implementar e fortalecer o Programa Municipal de incentivo ao Uso de Plantas Medicinais, promovendo ações educativas, cultivo orientado e distribuição de mudas, com a realização de atividades anuais (oficinas, palestras ou feiras) voltadas à população e aos profissionais de saúde, visando ampliar o conhecimento, o uso seguro e a valorização das práticas integrativas no município.	Número de oficinas ou palestras voltadas para a população ou profissionais de saúde de uso de Plantas Medicinais, visando ampliar o conhecimento, o uso seguro e a valorização das práticas integrativas no município	3	2025	Número	12	Número	3				
--------	--	---	---	------	--------	----	--------	---	--	--	--	--

DIRETRIZ Nº 3 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

OBJETIVO Nº 3.1 – Fortalecer as ações de Vigilância Epidemiológica para identificação, monitoramento, prevenção e controle de agravos, visando à redução da incidência, da mortalidade e dos riscos à saúde da população.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista				
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029	
3.1.1	Alcançar 75% de homogeneidade de vacinal para no mínimo 6 vacinas	Percentual de vacinas selecionadas que compõem o Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 1 ano (BCG, Rotavírus, Pentavalente, Poliomielite, Pneumocócica 10 valente, Meningocócica C e Febre Amarela) e de 1 ano de idade (Tríplice Viral) com coberturas vacinais preconizadas	16,67	2025	Percentual	95%	Percentual	85				

23



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/ MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.



3451293879



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 12 / 069

3.1.2	Investigar 93% ou mais dos óbitos de crianças menores de um ano de idade	Percentual de óbitos de crianças menores de um ano de idade investigados	100	2025	Percentual	100	Percentual	100		
3.1.3	Investigação de óbitos com causa mal definida no município de Quedas do Iguaçu	Percentual de investigação de óbitos no município de Quedas do Iguaçu	98,02	2025	Percentual	100	Percentual	100		
3.1.4	Alcançar mais de 90% de contatos de casos novos de hanseníase examinados no ano de diagnóstico	Percentual de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados	100	2025	Percentual	100	Percentual	100		
3.1.5	Garantir que 100% das crianças residentes no município tenham seus nascimentos devidamente registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)	Número de Nascidos Vivos cadastrados no sistema SINASC	100	2025	Percentual	100	Percentual	100		
3.1.6	Reduzir os óbitos prematuros (30-69 anos) por doenças do aparelho respiratório, por meio do fortalecimento da Atenção Básica, vigilância de fatores de risco e manejo clínico adequado	Número de óbitos prematuros (30-69 anos) referente a doenças do aparelho respiratório	02	2025	Número	01	Número	010		
3.1.7	Reduzir em os óbitos por doenças do aparelho circulatório, mediante aprimoramento das linhas de cuidado para hipertensão e diabetes, ampliação do rastreamento e educação em saúde.	Número óbitos referente a doenças circulatórias	17	2025	Número	13	Número	15		

24

3.1.8	Reduzir em os óbitos por neoplasias, com foco na ampliação do diagnóstico precoce, oferta de exames de rastreamento e acompanhamento contínuo dos casos confirmados.	Número óbitos referente a doenças de neoplasia	24	2025	Número	20	Número	22		
3.1.9	Quantidade de notificações inseridas no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)	Número total de notificações inseridas no SINAN	100	2025	Percentual	100	Percentual	100		
3.1.10	Reduzir a quantidade de notificação de Atendimento anti-rábico cadastrados no SINAN	Número de notificações – de Atendimento anti-rábico	94	2025	Número	60	Número	80		
3.1.11	Quantidade de notificações de hepatite viral cadastrado no SINAN	Número de notificações – de hepatite viral	8	2025	Número	32	Número	8		
3.1.12	Reduzir a quantidade de notificações de Tuberculose cadastrada no SINAN.	Número de notificação de Tuberculose	15	2025	Número	40	Número	10		
3.1.13	Reduzir a quantidade de notificações de Sífilis em gestante cadastradas no SINAN	Número de notificações de Sífilis em gestante	25	2025	Número	80	Número	20		

25

3.1.14	Reduzir a quantidade de notificações de Sífilis congênita cadastradas no SINAN	Número de notificações de Sífilis congênita	02	2025	Número	01	Número	0		
3.1.15	Quantidade de notificações de Sífilis adquirida cadastrada no SINAN	Número de notificações de Sífilis adquirida	24	2025	Número	50	Número	15		
3.1.16	Quantidade de notificações de leptospirose cadastrada no SINAN	Número de notificações de leptospirose	5	2025	Número	10	Número	3		
3.1.17	Reduzir a quantidade de notificação de HIV cadastrado no SINAN	Número de notificação de HIV	2	2025	Número	0	Número	0		
3.1.18	Quantidade de notificação de Hantavirose por Hantavirose	Número de notificação de hantavirose	1	2025	Número	0	Número	0		
3.1.19	Quantidade de notificações por Toxoplasmose gestacional cadastrada no SINAN	Número de notificação de Toxoplasmose gestacional	2	2025	Número	0	Número	0		
3.1.20	Quantidade de notificações por acidente de trabalho cadastrado no SINAN	Número de notificação de acidente de trabalho	160	2025	Número	300	Número	75		

26

3.1.21	Quantidade de casos positivos/confirmados de dengue	Número de casos positivos/confirmados de dengue no município de Quedas do Iguaçu	59	2025	Número	40	Número	10		
3.1.22	Acompanhamento e monitoramento de doenças Diarreicas Agudas - MDDA - Sistema de Vigilância Epidemiológica de Surto de Doença Transmissível por Alimentos (SIVEP - DDA)	Número de casos monitorados de diarreia no município	963	2025	Número	100	Número	25		
3.1.23	Quantidade de capacitação dos profissionais para preenchimento de fichas de notificação	Número de capacitações realizadas com a equipe de atenção básica e atenção hospitalar	02	2025	Número	6	Número	04		

OBJETIVO Nº 3.2 - Fortalecer as ações de Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental em Saúde, vigilância em Saúde do trabalhador com ações de fiscalização, monitoramento e controle sanitário realizados no município.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano			2026	2027	2028	2029

27

3.2.1	Ampliar o número de atividades educativas voltadas ao setor regulado, promovendo a orientação, a conscientização e o cumprimento das normas sanitárias, contribuindo para a melhoria das práticas e para a segurança sanitária no município.	Número de atividade educativa para o setor regulado da vigilância sanitária.	40	2025	Número	200	Percentual	50		
3.2.2	Realizar inspeções regulares nos estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária, assegurando o cumprimento das normas sanitárias, a prevenção de riscos e a promoção de ambientes seguros para a população.	Inspeção dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária	1750	2025	Número	2000	Número	500		
3.2.3	Ampliar o número de licenciamentos dos estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária, garantindo que todos atendam às normas vigentes e contribuindo para a segurança sanitária e a qualidade dos serviços ofertados à população.	Número de Licenciamento dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária	155	2025	Número	620	Número	155		
3.2.4	Aprimorar o recebimento e o registro de denúncias e reclamações relacionadas à Vigilância Sanitária, Vigilância do Trabalhador e Vigilância Ambiental, garantindo resposta ágil, investigação qualificada e aprimoramento contínuo das ações de proteção à saúde da população.	Número de recebimento de denúncias/reclamações na Vigilância sanitária, Vigilância do trabalhador e ambiental.	90	2025	Número	360	Número	90		

28

3.2.5	Garantir o atendimento eficiente às denúncias e reclamações relacionadas à Vigilância Sanitária, Vigilância do Trabalhador e Vigilância Ambiental, assegurando investigação oportuna, adoção das medidas necessárias e fortalecimento das ações de proteção à saúde da população.	Número de Atendimento a denúncias/reclamações na Vigilância sanitária, Vigilância do trabalhador e ambiental.	95	2025	Número	380	Número	95		
3.2.6	Realizar inspeções sanitárias nos estabelecimentos de serviços de alimentação, garantindo o cumprimento das normas sanitárias, a prevenção de riscos e a oferta de produtos e serviços seguros à população.	Número de Inspeção sanitária de estabelecimentos de serviços de alimentação	12	2025	Número	100	Número	25		
3.2.7	Desenvolver e ampliar atividades educativas sobre a dengue, promovendo ações informativas e visitas orientativas à população, com foco na prevenção, eliminação de criadouros e redução dos riscos de transmissão.	Número de visitas domiciliares realizadas pelos Agentes de Combate às Endemias (ACE) para prevenção e controle da dengue junto à população.	2254	2025	Número	10000	Número	2.500		
3.2.8	Realizar e ampliar mutirões de combate à dengue no município, integrando atividades educativas, ações informativas e visitas domiciliares dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), com foco na orientação da população, eliminação de criadouros, fortalecimento das medidas preventivas e redução dos riscos de transmissão.	Número de mutirões de combate a dengue no município.	01	2025	Número	08	Número	02		

29



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

3451293879



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 13 / 069

3.2.9	Fortalecer a vigilância da situação de saúde dos trabalhadores, por meio do monitoramento contínuo, identificação de riscos, registro de agravos e implementação de ações que promovam ambientes laborais mais seguros e saudáveis.	Número de vigilância da situação de saúde dos trabalhadores	25	2025	Número	200	Número	50		
3.2.10	Realizar inspeções sanitárias em ambientes de trabalho, visando identificar riscos, verificar o cumprimento das normas de saúde e segurança, e promover condições laborais adequadas para a proteção da saúde dos trabalhadores	Número de inspeção sanitária em saúde do trabalhador	22	2025	Número	200	Número	50		
3.2.11	Aprimorar o registro e a notificação de causas externas e agravos relacionados ao trabalho, garantindo a identificação oportuna dos riscos, o monitoramento dos eventos e o fortalecimento das ações de prevenção e proteção à saúde do trabalhador	Número de notificação de causas externas e agravos relacionados ao trabalho	190	2025	Número	600	Número	150		
3.2.12	Realizar o envio regular de amostras de água para análise de coliformia, garantindo a coleta e o encaminhamento de, no mínimo, 100% das amostras previstas no Plano de Monitoramento da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGI-GUA), assegurando a detecção precoce de possíveis contaminações por coliformes totais e E. coli.	Número de amostras enviadas para Análise de Coliformia (Coliformes totais e E. Coli)	144	2025	Número	576	Número	144		

30

3.2.13	Realizar 100% das análises físico-químicas previstas no Plano Municipal de Monitoramento da Qualidade da Água, garantindo a verificação regular dos parâmetros de cloro residual livre, teor de flúor e turbidez em todos os pontos de coleta estabelecidos, assegurando conformidade com os padrões de potabilidade e a proteção da saúde da população.	Número de análise Físico-química de água (monitoramento para cloro, flúor e turbidez)	480	2025	Número	1920	Número	480		
--------	--	---	-----	------	--------	------	--------	-----	--	--

DIRETRIZ Nº 4 – ATENÇÃO ESPECIALIZADA E DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

OBJETIVO Nº 4.1 - Garantir o acesso oportuno, seguro e qualificado aos serviços de atenção hospitalar, promovendo a resolutividade, a humanização e a segurança do paciente											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
4.1.1	Melhorar a infraestrutura das unidades do Hospital Municipal	Termino do processo de construção da nova sede	25%	2022	Porcentual	100 %	Porcentual		100%		
4.1.2	Ampliar números de leitos Hospitalar com nova unidade	Nº de leitos	36	2022	Número	50	Número		48		

31

4.1.3	Ampliar números de leitos de observação no Pronto Atendimento	Nº de leitos de observação, considerando a previsão de 70 atendimentos de urgência diários (n= 2100/mês)	6 leitos	2022	Número	14	Número	10		
4.1.4	Ampliar a capacidade de AIHS no Hospital Municipal de Quedas do Iguaçu	Nº de AIHS pactuadas	110	2022	Número	177	Número	177		
4.1.5	Aumentar a proporção de cirurgias eletivas realizadas	Quantidade de cirurgias eletivas	15	2022	Número	50	Número	40		
4.1.6	Redução das filas de espera para cirurgias eletivas	Percentual de redução da fila	-	-	-	60	Número	60		
4.1.7	Implantar o Prontuário Eletrônico 100% integrado	Percentual de implantação	-	-	-	100	Percentual	50%		
4.1.8	Capacitar 100% da equipe em segurança do paciente e humanização	% de profissionais capacitados	-	-	-	90	Percentual	60%		
4.1.9	Ampliar a taxa de ocupação média dos leitos do Hospital Municipal	Taxa de ocupação hospitalar	30%	2022	Porcentagem	50	Percentual	35%		

32

4.1.10	Garantir os atendimentos especializados em Fisioterapia, psicologia no Hospital	% de oferta de atendimentos conforme demanda	-	-	-	25	Percentual		15%		
4.1.11	Empreender ações para o acolhimento, com classificação de risco e o aumento da capacidade resolutiva dos serviços nas situações de urgência e emergência	Implantação de protocolos de acolhimento e classificação de risco	-	-	-	90	Percentual		80%		
4.1.12	Aumentar a taxa de amamentação na primeira hora de vida	% de recém-nascidos amamentados na primeira hora	-	-	-	85	Percentual		75%		
4.1.13	Garantir o contato pele a pele no parto	% de partos com contato pele a pele	-	-	-	85	Percentual		75%		
4.1.14	Manter atuante a Comissão de verificação de óbitos maternos e infantis.	Nº de reuniões anual	-	-	-	4	Número		4		
4.1.15	Manter e implementar comissão de controle de infecção hospitalar atuante.	Manter 06 reuniões anuais da comissão de controle de infecção Hospitalar.	-	-	-	6	Número		6		
4.1.16	Manter e implementar comissão de controle de infecção hospitalar atuante.	Implementar protocolos de controle de infecção com monitoramento mensal	-	-	-	10	Número		06		

33

4.1.17	Possuir equipe assistencial de anestesia, obstetra e pediatra 24 hs	Contratação de profissionais	-	-	-	03	Número	02		
4.1.18	Implementar notificações dos casos de Near Miss Materno até 72 horas após a ocorrência	Implementar protocolos de notificação dos casos de Near Miss Materno em tempo oportuno.	-	-	-	100	Percentual	80		
4.1.19	Garantir a presença do acompanhante durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto	% da presença do acompanhante durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto	-	-	-	100	Percentual	90		
4.1.20	Realizar triagem neonatal e registrar no sistema KIBANA (oftalmológica, cardiológica e biológica) em tempo oportuno (entre 24 e 48 horas).	% de triagem neonatal (oftalmológica, cardiológica e biológica) em tempo oportuno (entre 24 e 48 horas).	-	-	-	100	Percentual	80		
4.1.21	Notificar os agravos de doenças de notificação compulsória	% de Notificação dos agravos de doenças de notificação compulsória	-	-	-	100	Percentual	80		
4.1.22	Integrar a ouvidoria municipal acompanhando e registrando as denúncias e resoluções.	% de acompanhando e registrando as denúncias e resoluções.	-	-	-	100	Percentual	80		

34

4.1.23	Implementar pesquisa de satisfação de usuários	Implementar pesquisa de satisfação de usuários	-	-	-	03	Número		03		
4.1.24	Realizar transição do modelo de gestão de público público para público privado ou similar de acordo com legislação vigente.	% da transição do modelo de gestão de público público para público privado ou similar de acordo com legislação vigente.	-	-	-	100	Percentual		60		

OBJETIVO Nº 4.2 – Garantir atenção integral, humanizada e contínua aos usuários com condições de saúde que demandem cuidados domiciliares, por meio da expansão, qualificação e organização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e dos Serviços de Internamento Domiciliar. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (Melhor em Casa / Internamento Domiciliar)

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
4.2.1	Garantir a oferta de atenção domiciliar qualificada por meio do Programa Melhor em Casa, assegurando o internamento domiciliar de usuários com necessidade de cuidados contínuos, por equipe, visando à desospitalização segura, à continuidade do cuidado, à humanização da assistência e à redução de internações hospitalares evitáveis, em articulação com a Atenção Primária à Saúde e a Rede de Atenção à Saúde.	Número de atendimento médico no programa Melhor em Casa	1.341	2025	Número	4.641	Número		1.200		

35



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/ MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

3451293879



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 14 / 069

4.2.2	Oferta de atenção domiciliar qualificada por meio do Programa Melhor em Casa, assegurando o internamento domiciliar de usuários com necessidade de cuidados contínuos, por equipe, visando à desospitalização segura	Número de atendimento do enfermeiro no programa melhor em Casa	842	2025	Número	3.010	Número	749		
4.2.3	Atenção domiciliar qualificada por meio do Programa Melhor em Casa, assegurando o internamento domiciliar de usuários com necessidade de cuidados contínuos, por equipe, visando à desospitalização segura	Número de atendimento do fisioterapeuta no programa melhor em Casa	954	2025	Número	3.800	Número	950		
4.2.4	Programa Melhor em Casa, assegurando o internamento domiciliar de usuários com necessidade de cuidados contínuos, por equipe, visando à desospitalização segura	Número de atendimento da nutricionista e fonoaudióloga no programa melhor em Casa - Como uma ampliação da equipe mínima de atendimento.	80	2025	Número	600	Número	150		

OBJETIVO Nº 4.3 - Ampliar e qualificar a atenção psicossocial no município, fortalecendo o cuidado em liberdade, por meio do aumento do acesso, da continuidade do cuidado e da integração do CAPS com a Atenção Primária à Saúde e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), garantindo atendimento humanizado e resolutivo às pessoas com sofrimento mental e/ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)	Meta Plano (2025-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista				
						2026	2027	2028	2029	

36

			Valor	Ano	Unidade de Medida						
4.3.1	Melhorar a infraestrutura das unidades do CAPS	Construção de uma Sede própria do CAPS	0	2025	Percentual	100	Percentual		50		
4.3.2	Incorporação de novas tecnologias para atendimento a grupos com problemas de saúde mental incluindo videoconsulta e/ou teleatendimento	Atendimento de Consultas utilizando a teleconsulta no CAPS	0	2025	Número	500	Número		125		
4.3.3	Ampliar as ações realizadas por Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com equipes de Atenção Básica	Número de matricimento junto a atenção básica em saúde	12	2025	Número	60	Número		15		
4.3.4	Ampliar os atendimentos no CAPS	Inclusão de novos profissionais para atender no CAPS	1	2025	Número	03	Número		1		
4.3.5	Fortalecimento da articulação com a atenção básica e outros serviços de saúde para facilitar o encaminhamento e o acesso aos CAPS	Manter Protocolo de encaminhamento e fluxo atualizado da atenção básica para o CAPS	0	2025	Percentual	100	Percentual		100		
4.3.6	Ampliar as ações realizadas por Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com equipes de Atenção Básica	Número de reuniões realizadas em conjunto com a atenção básica junto a população	2	2025	Número	30	Número		07		

37

4.3.7	Aumentar número de usuários com Plano Terapêutico Individual (PTI) atualizado	Aumentar em 20% o número de usuários com Plano Terapêutico Individual (PTI) atualizado	3	2025	Percentual	20%	Percentual		3		
4.3.8	Reduzir em 30% os casos de abandono de tratamento por meio de ações de busca ativa, acompanhamento familiar e fortalecimento do vínculo com a Atenção Básica, até o final da vigência do Plano Municipal de Saúde.	Reduzir em 30% os casos de abandono de tratamento por meio de busca ativa e acompanhamento familiar	17	2025	Percentual	30%	Percentual		7		
4.3.9	Garantir acolhimento em até 15 dias úteis para casos novos de crise/emergência	Número de acolhimentos/atendimentos realizados no CAPS de casos novos de crise/emergência	37	2025	Número	75	Número		20		
4.3.10	Ampliar a realização de busca ativa e visitas domiciliares aos usuários do CAPS, garantindo acompanhamento contínuo e integral, aos pacientes com transtorno mental.	Número de visitas e busca ativa realizadas no CAPS	280	2025	Número	1100	Número		275		
4.3.11	Implantar e atualizar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas baseados em evidências científicas em todas as unidades da rede municipal de saúde, garantindo padronização, segurança e qualidade no cuidado.	Manter os protocolos clínicos e terapêuticos atualizados e aprovados no conselho municipal de saúde	100	2025	Percentual	100	Percentual		100		

38

4.3.12	Implementar e manter, de forma contínua, um grupo de psicoeducação para familiares, com realização mínima de um encontro a cada bimestre	Número de reuniões realizadas em grupo de psicoeducação para familiares no CAPS	0	2025	Número	24	Número		6		
4.3.13	Garantir ao menos um ação de educação em saúde mental em escolas e/ou na comunidade por trimestre	Número de ações em educação em saúde mental realizadas em escolas e/ou na comunidade	2	2025	Número	24	Número		6		
4.3.14	Desenvolvimento de campanhas de conscientização sobre saúde mental.	Número de campanhas de conscientização realizadas no município sobre saúde mental	4	2025	Número	16	Número		4		
4.3.15	Realização de atividades de prevenção de transtornos mentais, como o combate ao uso de álcool e outras drogas	Número de atividades de prevenção de transtornos mentais, como o combate ao uso de álcool e outras drogas	6	2025	Número	8	Número		2		
4.3.16	Promover pelo menos 2 capacitações internas anuais para profissionais da equipe multiprofissional (ex: manejo de crise, abordagem em TEPT). Formação continuada de profissionais	Número de capacitações realizadas com os profissionais do CAPS	2	2025	Número	8	Número		2		
4.3.17	Aprimoramento dos móveis, eletrodomésticos e equipamentos em geral dos alocados no CAPS	Número de móveis, eletrodomésticos e equipamentos em geral novos alocados no CAPS	6	2025	Número	50	Número		10		

39

4.3.18	Reuniões de equipe semanais para discussão de casos clínicos e fluxos no CAPS.	Número de reuniões de equipes realizadas no CAPS	48	2025	Número	192	Número		48		
4.3.19	Realizar reuniões trimestrais com a rede intersetorial (CRAS, CREAS, UBS, Conselho Tutelar, Judiciário, etc.).	Número de reuniões com a rede intersetorial	12	2025	Número	64	Número		16		
4.3.20	Atendimentos de Médico psiquiatra realizados no CAPS	Número de atendimentos médico psiquiatra realizados no CAPS	1928	2025	Número	8500	Número		2125		
4.3.21	Atendimentos de Médico clínico realizados no CAPS	Número de atendimentos médico clínico realizados no CAPS	1997	2025	Número	8000	Número		2000		
4.3.22	Atendimentos psicológicos realizados no CAPS	Número de atendimentos psicológicos realizados no CAPS	1364	2025	Número	4800	Número		1200		
4.3.23	Atendimentos realizados nas oficinas terapêuticas	Número de pacientes que participaram das oficinas terapêuticas	116	2025	Número	680	Número		170		

40

OBJETIVO Nº 4.4 - Atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), assegurando resposta oportuna às demandas da população, por meio das Unidades de Suporte Avançado (USA) e Unidades de Suporte Básico (USB)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano			2026	2027	2028	2029
4.4.1	Melhorar a infraestrutura da Unidade do SAMU	Reforma na sede do SAMU	0	2025	Porcental	100	Percentual		100	
4.4.2	Ampliar e qualificar o atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), assegurando resposta oportuna às demandas da população, por meio das Unidades de Suporte Avançado (USA) e Unidades de Suporte Básico (USB).	Número de atendimentos realizados na USA e na USB na região de Saúde	1477	2025	Número	6.000	Número		1.500	
4.4.3	Qualificar o atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), assegurando resposta oportuna às demandas da população, por meio das Unidades de Suporte Avançado (USA) e Unidades de Suporte Básico (USB).	Número de transporte de pacientes realizados na USA e na USB na região de Saúde	707	2025	Número	2828	Número		707	

41



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

3451293879



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 15 / 069

OBJETIVO Nº 4.5 – Garantir exames de imagem para diagnósticos realizados no Município de Quedas do Iguaçu										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)		Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano			Unidade de Medida	2026	2027	2028
4.4.1	Ampliar e qualificar o acesso da população do Município de Quedas do Iguaçu aos exames de ultrassonografia, garantindo oferta regular, redução do tempo de espera e melhoria na capacidade diagnóstica da Atenção Básica e da Rede de Atenção à Saúde	Número de exames de ultrassonografia realizados	3.619	2025	Número	13.000	Número		3.250	
4.4.2	Qualificar o acesso da população do Município de Quedas do Iguaçu aos exames de raio-x na clínica de imagem Municipal	Número de Exames de Raios-x realizados na clínica de imagem de Quedas do Iguaçu	5.000	2025	Número	20.000	Número		5.000	

OBJETIVO Nº 4.6 – Manter e fortalecer o Consórcio CISOP como estratégia de apoio à atenção de média complexidade, assegurando o acesso oportuno e regulado da população aos serviços especializados, exames e procedimentos, de forma regionalizada, integrada à Rede de Atenção à Saúde, com eficiência na gestão dos recursos e melhoria da resolutividade do cuidado.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029

42

5.1.1	Manter em a distribuição de medicamentos da REMUME e do componente Básico da Assistência Farmacêutica	Quantidade de medicamentos distribuídos	3.998.808	2025	Número	13.600.000	Número		3.400.000		
5.1.2	Manter a farmácia básica	Número de pacientes atendidos na farmácia básica.	14.114	2025	Número	60.000	Número		15.000		
5.1.3	Manter em a distribuição de medicamentos da REMUME e do componente Básico da Assistência Farmacêutica	Valor de investimento de medicamentos distribuídos	1.027.805,32	2025	Valor	4.111.220,00	Valor		1.027.805,32		
5.1.4	Manter a oferta de medicamentos hipoglicemiantes e insulinos destinados a pacientes insulino dependentes (insulina + fitas)	Número dispensação de medicamentos hipoglicemiantes e insulinos destinados a pacientes insulino dependentes (insulina + fitas)	200.700	2025	Número	802.800	Número		200.700		
5.1.5	Manter a distribuição de métodos anticoncepcionais destinados ao planejamento familiar.	Número de unidades de preservativos e anticoncepcional dispensados.	23.519	2025	Número	100.000	Número		25.000		
5.1.6	Manter o número de atendimentos de fórmulas enterais	Número de unidades de fórmulas enterais e suplementos distribuídos	5.161	2025	Número	20.500	Número		5.125		
5.1.7	Formular ou revisar e publicar a REMUME	REMUME publicada	100	2025	Percentual	100	Percentual		100		

44

5.1.15	Manter a distribuição de medicamentos na farmácia hospitalar conforme prescrição médica de pacientes internados e observação	Número de medicamentos dispensados na farmácia hospitalar para os pacientes.	597.696	2025	Número	2.400.000	Número		600.000		
5.1.16	Implantar e colocar em funcionamento, a Farmácia básica 24 horas no município, garantindo acesso contínuo a medicamentos essenciais, especialmente para atendimentos de urgência e emergência	Implantação o funcionamento da Farmácia básica 24 horas no município.	-	2025	Número	01	Número		0		

OBJETIVO Nº 5.2 – Promover o acesso da população a utilização de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2025-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
5.2.1	Implantar e fortalecer ações de educação em saúde sobre o uso seguro de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos na Atenção Básica.	Número de ações educativas realizadas anualmente sobre plantas medicinais e fitoterapia.	2	2025	Número	8	Número		2		

46

4.6.1	Garantir a manutenção do vínculo institucional com o Consórcio CISOP durante todo o período do Plano Municipal de Saúde, assegurando a oferta contínua de consultas, exames e procedimentos de média complexidade.	Investimento anual no consórcio CISOP, em exames consultas e demais procedimentos para atendimento a população na média complexidade	4.653.296,44	2025	Valor	18.613.185,76	Valor			4.653.296,44	
4.6.2	Manutenção do vínculo institucional com o Consórcio CISOP durante todo o período do Plano Municipal de Saúde, assegurando a oferta contínua de consultas, exames e procedimentos de média complexidade	Valor financeiro de investimento variável no CISOP.	3.776.000,00	2025	Valor	16.000.000,00	Valor			3.776.000,00	
4.6.3	Manter o Consórcio CISOP durante todo o período do Plano Municipal de Saúde, assegurando a oferta contínua de consultas, exames e procedimentos de média complexidade	Valor financeiro de investimento fixo no CISOP	828.985,82	2025	Valor	3.660.000,00	Valor			920.000,00	

DIRETRIZ Nº 5 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA											
OBJETIVO Nº 5.1 - Promover o acesso da população aos medicamentos contemplados nas políticas públicas e ao cuidado farmacêutico.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029

43

5.1.8	Aquisição de mobiliário e adequação da estrutura física da farmácia	Investimento utilizando o IOF	73.632,00	2025	Valor	300.000,00	Valor			75.000,00	
5.1.9	Manter o município no Consórcio Intergestores Paraná Saúde para aquisição de medicamentos da saúde básica	Manter as compras dos itens disponíveis do Consórcio conforme a Remume	100	2025	Percentual	100	Percentual			100	
5.1.10	Estruturar a Farmácia Municipal do município	Construção/reforma de Sede própria da Farmácia Básica Municipal	0	2025	Número	1	Número			0	
5.1.11	Estruturar a central de abastecimento farmacêutico do município	Construção de Sede própria da CAF – Central de Abastecimento farmacêutico	0	2025	Número	1	Número			0	
5.1.12	Estabelecer os Procedimentos Operacionais Padrão da Rotina das Farmácias Básicas	Manter atualizados e aprovados em conselho os POP's da Farmácia Básica Municipal	100	2025	Percentual	100	Percentual			100	
5.1.13	Capacitar os Farmacêuticos E AUXILIARES DE FARMÁCIA	Realizar 2 capacitações com farmacêuticos e Auxiliares de farmácia durante o ano.	2	2025	Número	2	Número			2	
5.1.14	Manter a farmácia hospitalar para atendimento as pessoas internadas e observação.	Número de pacientes atendidos na farmácia hospitalar.	2.370	2025	Número	9.480	Número			2.370	

45

5.2.2	Implantar a oferta de, no mínimo, 03 medicamentos fitoterápicos na rede municipal de Atenção Básica, conforme Relação Municipal de Medicamentos (REMUME)	Número de fitoterápicos incorporados à REMUME	0	2025	Número	3	Número			1	
-------	--	---	---	------	--------	---	--------	--	--	---	--

DIRETRIZ Nº 6 – NAVEGAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE											
OBJETIVO Nº 6 – Garantir transporte sanitário e apoio logístico aos profissionais de Saúde na atenção básica e para pacientes encaminhados para atendimentos especializados, incluindo oferta de estadia e pensão/hotel quando necessário.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2026-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2026	2027	2028	2029
6.1	Manter ônibus para transporte de pacientes para Cascavel para atendimento na especialidade.	Manutenção ônibus para transporte de pacientes para Cascavel para atendimento na especialidade.	3	2025	Percentual	6	Percentual		6		
6.2	Manter carros para transporte de equipes na atenção básica em saúde	Quantidade de carros alocados nas ESF para atendimento domiciliar, curativos, vacina entre outros procedimentos	0	2025	Número	12	Número		12		
6.3	Renovação de Frota de veículos ônibus para transporte de pacientes	Quantidade de ônibus adquiridos para transporte de pacientes.	0	2025	Número	06	Número		02		

47



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

3451293879



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 16 / 069

6.4	Renovação de frota de veículos micro-ônibus para transporte de pacientes	Quantidade de ônibus adquiridos para transporte de pacientes.	0	2025	Número	04	Número	01		
6.5	Renovação de frota de veículos ambulância para transporte de pacientes	Quantidade de ambulâncias adquiridas para transporte de pacientes.	1	2025	Número	09	Número	02		
6.6	Renovação de frota de veículos VAN para transporte de pacientes	Quantidade de VANS adquiridas para transporte de pacientes.	0	2025	Número	06	Número	01		
6.7	Renovação de frota de veículos de 05 e 07 lugares para transporte de pacientes e equipes de ESF	Quantidade de veículos de 05 e 07 adquiridos para transporte de pacientes e equipes de ESF.	2	2025	Número	24	Número	6		
6.8	Manter a Manutenção dos veículos da saúde em dia dentro das normas técnicas de cada veículo/marca	Quantidade de manutenção realizada nos veículos da saúde	30	2025	Número	240	Número	60		
6.9	Manter o serviço de acolhimento institucional por meio de casa de apoio, pensão ou hotel, garantindo hospedagem, alimentação e suporte logístico aos pacientes e acompanhantes do município que necessitam realizar consultas, exames e procedimentos de média e alta complexidade nos municípios de Curitiba e Cascavel	Número de pacientes acolhidos na casa de apoio de Cascavel e Curitiba	2.460	2025	Número	9.600	Número	2.400		

48

	vel, assegurando condições adequadas de permanência, continuidade do cuidado e redução de barreiras de acesso ao tratamento especializado																		
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIRETRIZ Nº 7 – GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

OBJETIVO Nº 9 - Implementar a Educação Permanente em Saúde como estratégia estruturante, integrando a formação ao cotidiano dos serviços, estimulando a reflexão sobre práticas e fortalecendo a capacidade técnica das equipes em todas as áreas de atuação da rede municipal.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)	Meta Plano (2025-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista		
7.1	Capacitar profissionais de saúde da atenção básica, caps, melhor em casa, hospital, clínica e imagem ou seja toda a secretaria de saúde do município no acolhimento e atendimento humanizado a todas as populações nos diversos serviços	Número de capacitações realizadas em acolhimento humanizado	0	2025	Número	12	Número	03
7.2	Capacitação dos profissionais da secretaria de saúde de todos os setores e departamento para utilização das tecnologias e aperfeiçoamentos no atendimento em saúde	Número de capacitações realizadas em tecnologias em saúde para os profissionais de todos os departamentos da Secretaria de Saúde.	2	2025	Número	12	Número	03

49

RETRIZ Nº 8 – CONTROLE SOCIAL NO SUS

OBJETIVO Nº 10 – Fortalecer a participação social na saúde									
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2025-2029)	Unidade de Medida	Meta Prevista	
	Manter no mínimo 12 reuniões ordinárias do Conselho Municipal de Saúde	Número de reuniões ordinárias do conselho Municipal de Saúde	12	2025	Número	12	Número	12	
	Realizar a Conferência Municipal de Saúde	Número de conferência realizada	0	2025	Número	01	Número	0	
	Formar e capacitar os conselheiros municipais de Saúde	Número de conselheiros capacitados	0	2025	Número	04	Número	01	
	Realizar 08 encontros de fortalecimento e sensibilização em Ouidoria junto a população	Número de encontros realizados	0	2025	Número	08	Número	2	
	Capacitar familiares e pessoas da comunidade para o cuidado da pessoa idosa	Número de Capacitações realizadas para o cuidado da pessoa idosa	0	2025	Número	04	Número	1	
	Capacitar familiares e pessoas da comunidade para o cuidado das crianças Neurodivergentes, TEA, TDHA	Número de Capacitações realizadas para o cuidado de crianças neurodivergentes, TEA, TDHA.	0	2025	Número	04	Número	1	

50

3. GESTÃO EM SAÚDE

- Qualificar permanentemente os profissionais da Atenção Primária à Saúde, assegurando a padronização dos fluxos assistenciais e a adesão aos protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e normativas vigentes;
- Reorganizar a Atenção Especializada, ampliando e qualificando o acesso às ações e serviços de média e alta complexidade, com incorporação tecnológica regulada por critérios de necessidade em saúde, eficiência, eficácia, efetividade e qualidade técnico-científica, garantindo o apoio material à Atenção Primária e a integralidade do cuidado;
- Fortalecer a capacidade institucional da gestão pública municipal, assegurando acesso, resolutividade, equidade e qualidade às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, com uso racional dos recursos e atuação integrada com demais políticas públicas;
- Implementar política permanente de valorização dos trabalhadores da saúde, fundamentada na humanização do cuidado, na educação permanente, na avaliação de desempenho, na melhoria de indicadores e na qualificação do processo de trabalho;
- Promover a qualidade de vida no trabalho, com ações voltadas à saúde ocupacional, segurança do trabalhador, prevenção de adoecimentos relacionados ao trabalho e melhoria do clima organizacional;
- Garantir educação permanente e continuada aos trabalhadores da saúde, alinhada às necessidades epidemiológicas, assistenciais e de gestão do sistema municipal;
- Aperfeiçoar e consolidar a descentralização do SUS, fortalecendo a gestão municipal, os instrumentos de planejamento e os processos de pactuação interfederativa, em consonância com as diretrizes regionais e estaduais;
- Fortalecer a regionalização da saúde, com integração efetiva às Redes de Atenção à Saúde (RAS), garantindo fluxos assistenciais regulados e acesso ordenado aos serviços regionais;
- Institucionalizar a auditoria em saúde como instrumento permanente de regulação, monitoramento, avaliação e controle da gestão e da assistência, visando à qualificação dos serviços, à transparência, à racionalização dos custos e à correta aplicação dos recursos públicos;
- Estruturar e fortalecer os processos de regulação do acesso, incluindo regulação ambulatorial, hospitalar, de urgência e emergência, assegurando critérios clínicos, transparência, equidade e priorização baseada em risco;
- Fortalecer o planejamento em saúde, assegurando a integração entre Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão e demais instrumentos de gestão;
- Instituir mecanismos permanentes de monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde, com uso sistemático de informações epidemiológicas, assistenciais, financeiras e administrativas para tomada de decisão;

51

- Aperfeiçoar a gestão da informação em saúde, garantindo a alimentação qualificada, o uso e a integração dos sistemas oficiais de informação do SUS;
- Fortalecer a transparência da gestão, ampliando o acesso às informações, relatórios e dados de saúde para os órgãos de controle e para a sociedade;
- Promover o fortalecimento do Controle Social, assegurando o funcionamento regular e qualificado do Conselho Municipal de Saúde, com apoio técnico, administrativo e financeiro;
- Fomentar a participação social e a mobilização comunitária na formulação, acompanhamento, avaliação e controle das políticas públicas de saúde;
- Instituir política de economia e sustentabilidade na saúde, com foco no financiamento equitativo, no controle de custos, na eficiência do gasto público e na ampliação da discussão compartilhada sobre orçamento e investimentos;
- Fortalecer a gestão financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde, garantindo conformidade legal, rastreabilidade dos recursos e alinhamento às prioridades do Plano Municipal de Saúde;
- Qualificar os processos de contratação, compras públicas e gestão de contratos, com foco na economicidade, transparência, legalidade e eficiência;
- Investir na infraestrutura física da rede municipal de saúde, incluindo construção, reforma, ampliação, manutenção e adequação das unidades de saúde;
- Promover a renovação, ampliação e manutenção da frota de transporte sanitário e de remoção de pacientes, assegurando logística adequada, segura e humanizada;
- Fortalecer a gestão do trabalho e da educação na saúde, com planejamento da força de trabalho, dimensionamento adequado de equipes e redução da rotatividade de profissionais;
- Implantar e fortalecer políticas de humanização da atenção e da gestão, assegurando acolhimento, escuta qualificada e respeito aos direitos dos usuários;
- Promover a integração entre Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Atenção Especializada, Urgência e Emergência, Saúde Mental, Assistência Farmacêutica e demais pontos da rede;
- Fortalecer a gestão de riscos, segurança do paciente e qualidade assistencial em todos os serviços de saúde do município;
- Incentivar a inovação, a modernização administrativa e o uso de tecnologias digitais na gestão e na assistência em saúde;
- Garantir a conformidade da gestão municipal com as normativas do SUS, legislações vigentes, pactuações em CIB/CIT e orientações dos órgãos de controle;
- Promover ações intersetoriais voltadas à promoção da saúde, enfrentamento dos determinantes sociais e redução das iniquidades;
- Estabelecer planos de contingência e resposta a emergências em saúde pública, desastres e situações de risco sanitário;
- Assegurar a continuidade administrativa e a institucionalização dos processos de gestão, reduzindo a dependência de ações pontuais e fortalecendo a governança do sistema municipal de saúde.

52

ONSIDERAÇÕES FINAIS

O Município de Quedas do Iguaçu reafirma seu compromisso em priorizar e fortalecer a Atenção Básica, consolidando um modelo assistencial voltado à humanização do cuidado, por meio de uma regulação assistencial e de gestão eficiente. Busca-se garantir acesso qualificado, ampliar a resolutividade das ações e fortalecer as práticas de promoção, prevenção, vigilância e recuperação da saúde, assegurando acolhimento e endimento integral ao usuário.

Reconhecendo a saúde como um bem social e fruto da construção coletiva, destaca-se a necessidade de financiamento adequado, com ocação proporcional de recursos pelas esferas municipal, estadual e federal, de forma a sustentar e ampliar a Atenção Básica — reconhecida como pilar estruturante do Sistema Único de Saúde.

O conjunto de objetivos, metas, produtos e atividades estabelecidos neste Plano consolida as diretrizes de desenvolvimento do sistema municipal de saúde. Busca-se superar a fragmentação existente e avançar na construção de um sistema integrado de serviços, orientado para a ampliação do acesso, qualificação da assistência e aumento da resolutividade em todas as linhas de cuidado.

A participação ativa do controle social constitui eixo estratégico deste documento. As discussões e reflexões promovidas pelos diferentes atores e instâncias participativas fortalecem a corresponsabilidade e transformam o usuário em coautor na construção do sistema de saúde, estimulando transparência, participação cidadã e melhoria contínua da gestão.

As ações e resultados produzidos pelo conjunto de profissionais, serviços e instituições refletem diretamente nos indicadores de qualidade de vida e saúde da população de Quedas do Iguaçu, sendo estes o parâmetro central para avaliação do desempenho da Rede Municipal de Saúde.

53



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

3451293879



A avaliação deste Plano Municipal de Saúde ocorrerá anualmente, com base nos resultados alcançados e nas informações sistematizadas a partir da Programação Anual de Saúde (PAS), permitindo ajustes, correções de rumo e o acompanhamento qualificado da execução das ações planejadas.

REFERÊNCIAS

Plano Estadual de Saúde Paraná 2024-2027 - Curitiba: SESA, 2024.
Plano Municipal de Saúde 2021 – 2025 – Quedas do Iguaçu, 2021.
DIGISUS – CONASEMS
IBGE
E-GESTOR
CNES
BPA – Boletim de produção
Sistema IDS – (sistema de informações em saúde do Município de Quedas do Iguaçu)
Indicadores de Indução de boas práticas para Atenção Primária- <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas-18/12/2025>
Base Legal e Normativa Nacional
BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.
BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990.
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
BRASIL. Ministério da Saúde. Planejamento do SUS: uma construção coletiva – Instrumentos básicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.
BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Planejamento no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.
BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Regulação do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Auditoria do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Dispõe sobre as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 maio 2012.
BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Dispõe sobre o planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jul. 2018.
BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG): orientações para elaboração. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
BRASIL. Tribunal de Contas da União. Referencial Básico de Governança Aplicável a Órgãos e Entidades da Administração Pública. Brasília, DF: TCU.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

Identificação Correta do Paciente em Consultas Especializadas

Código: POP-NMSP-001	Versão: 1.0	Vigência: 2026-2028
Setores: UBSS, Clínica de Especialidades e eMulti	Periodicidade de Revisão: A cada 2 (dois) anos	

1. IDENTIFICAÇÃO GERAL DO POP

Nome do POP:	Identificação Correta do Paciente em Atendimento e Consultas de Especialistas
Setores de Aplicação:	Unidades Básicas de Saúde (UBSS), Clínica Municipal de Especialidades e Equipe eMulti
Elaborado por:	Eli Ferreira Ribas dos Santos
Revisado por:	Adriana Rosa (Coordenadora)
Aprovado por:	Renato Rodolfo Carleto (Secretário de Saúde)
Periodicidade de Revisão:	2 (dois) anos ou extraordinariamente em caso de alteração de fluxos operacionais

2. OBJETIVO

Padronizar o processo de identificação dos usuários atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBSS), Clínica Municipal de Especialidades e Equipe eMulti, garantindo a correspondência inequívoca entre o paciente, seu prontuário eletrônico e a consulta médica/multiprofissional especializada, prevenindo trocas de prontuários, registros equivocados, encaminhamentos incorretos e condutas inadequadas.

3. ABRANGÊNCIA E ESPECIFICIDADE DO SETOR

Este POP aplica-se obrigatoriamente a todos os profissionais de recepção, triagem, enfermagem, médicos especialistas e profissionais da eMulti (como Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Assistência Social, entre outros).

Especificidade Operacional dos Setores: Nos setores abrangidos por este POP, a assistência é voltada estritamente à realização de consultas com especialistas e atendimentos multiprofissionais, não sendo realizados procedimentos invasivos, coleta de exames ou administração de medicamentos no local.

4. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS E MATERIAIS

- Prontuário Eletrônico do Paciente (Sistema IDS);
- Impressora para emissão de etiquetas / Etiketadora térmica;
- **Etiqueta adesiva** impressa com dados do Sistema IDS;
- Documento oficial com foto do paciente e/ou Cartão Nacional de Saúde (CNS).

5. EXECUÇÃO DO PASSO A PASSO (DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES)

- Passo 1: Recepção e Emissão da Etiqueta Adesiva**
1. O recepcionista solicita um documento oficial de identificação com foto do paciente e/ou Cartão SUS.
 2. Acessa o prontuário eletrônico no **Sistema IDS** e localiza o cadastro do usuário.
 3. Confronta os dados do documento com o cadastro do sistema para evitar duplicidade ou homônimos.
 4. Emite a **etiqueta adesiva** contendo obrigatoriamente os 4 (quatro) identificadores fundamentais:
 - **Nome Completo do Paciente** (grafia completa, sem abreviações);





Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 18 / 069

- **Data de Nascimento** (formato DD/MM/AAAA);
- **Nome Completo da Mãe** (fundamental para distinção de homônimos);
- **Número do Prontuário Eletrônico** (gerado pelo Sistema IDS).

5. Em caso de acompanhante autorizado, emite a etiqueta adesiva contendo a palavra: **ACOMPANHANTE**.

Passo 2: Afixação da Etiqueta no Paciente

1. A etiqueta adesiva deve ser afixada diretamente sobre a vestimenta na **região anterior do tórax** (altura do peito) do paciente.
2. A fixação deve ser feita em local **amplamente visível** e desobstruído, garantindo fácil leitura visual antes da chamada para a consulta.

Passo 3: Checagem e Confirmação Obrigatória pelo Profissional (Barreira de Segurança)

Antes do início de qualquer consulta especializada ou atendimento multiprofissional, o médico ou profissional da eMulti deve obrigatoriamente cumprir a seguinte rotina de confirmação:

1. **Visualização Direta:** Visualizar a etiqueta adesiva fixada no tórax do paciente.
2. **Confirmação Ativa (Dupla Checagem Verbal):** Perguntar ao paciente ou acompanhante o nome completo e a data de nascimento (solicitando que o paciente responda, e não apenas confirme dizendo "sim").
3. **Confrontação no Sistema:** Confrontar as informações prestadas verbalmente e impressas na etiqueta com a tela da consulta aberta no Sistema IDS / Prontuário do Paciente.
4. **Validação:** Somente iniciar a anamnese, exame clínico ou conduta de especialidade após a confirmação total da convergência dos dados.

6. CUIDADOS E RECOMENDAÇÕES ESPECIAIS

- Em caso de divergência nos dados entre a etiqueta no tórax e o prontuário do Sistema IDS, a consulta não deve ser iniciada até a correção imediata no setor de recepção.
- Caso a etiqueta adesiva se solte da vestimenta durante a espera, a recepção deverá emitir uma nova etiqueta adesiva e fixá-la novamente no tórax do paciente.
- Reforçar a orientação aos usuários sobre a importância de manter a etiqueta adesiva no tórax durante todo o período de permanência na unidade.

7. CONTROLE DE HISTÓRICO E REVISÃO

Versão	Data de Vigência	Periodicidade	Responsáveis
1.0	2026 – 2028	A cada 2 (dois) anos	NMSP / Secretaria Municipal de Saúde

Assinaturas e Aprovação:

- **Elaborado por:** Eli Ferreira Ribas dos Santos
- **Revisado por:** Adriana Rosa — *Coordenadora*
- **Aprovado por:** Renato Rodolfo Carleto — *Secretário de Saúde*

8. REFERÊNCIAS LEGAIS E NORMATIVAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 abr. 2013.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

- BRASIL. Ministério da Saúde; ANVISA; FIOCRUZ. Protocolo de Identificação do Paciente. Anexo 3 do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.217/2018. Aprova o Código de Ética Médica.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Joint Commission International. Patient Identification. World Alliance for Patient Safety. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, Solution 2, 2007.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- INSTITUTO DE MEDICINA (IOM). To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: The National Academies Press, 2000.
- REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

Página 2 de 3

Página 3 de 3



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



ON
OBSERVATÓRIO NACIONAL

Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.



3451293879



PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE

Órgão Emissor: Núcleo Municipal de Segurança do Paciente (NMSP) **Código:** PRT-NMSP-001

Vigência: 2026-2028 (Revisão a cada 2 anos) **Elaborado por:** Eli Ferreira Ribas dos Santos

Revisado por: Adriana Rosa e Renato Rodolfo Carleto **Âmbito:** UBSs, Clínica de Especialidades, CAPS, eMulti e Transporte da Saúde

1. OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

A identificação correta do paciente constitui a primeira Meta Internacional de Segurança do Paciente. Este protocolo estabelece diretrizes padronizadas para assegurar a identificação inequívoca dos usuários em todos os pontos da rede municipal de atenção à saúde, prevenindo falhas, trocas de exames, erros de medicação e condutas inadequadas.

2. ABRANGÊNCIA E CAMPO DE APLICAÇÃO

As diretrizes contidas neste documento aplicam-se obrigatoriamente às seguintes unidades e serviços municipais:

- Todas as Unidades Básicas de Saúde (UBSs);
- Clínica Municipal de Especialidades;
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);
- Equipe eMulti (atendimentos de Fisioterapia e multiprofissionais);
- Serviço de Transporte Sanitário do Município.

Nota sobre a Rede Hospitalar: O Hospital Municipal/Regional dispõe de Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) próprio e de protocolo interno específico para suas rotinas hospitalares, não estando submetido a esta norma da Atenção Primária e Especializada.

3. PADRÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (SISTEMA IDS)

A identificação do paciente em prontuários, documentos, exames e procedimentos deve obrigatoriamente conter os 4 (quatro) identificadores fundamentais extraídos do prontuário eletrônico (Sistema IDS):

Item	Identificador	Descrição / Padrão de Preenchimento
1	Nome Completo do Paciente	Grafia completa, sem abreviações.
2	Data de Nascimento	Formato padrão DD/MM/AAAA.
3	Nome Completo da Mãe	Grafia completa da mãe, fundamental para distinção de homônimos.
4	Número do Prontuário Eletrônico	Número de registro individual gerado pelo Sistema IDS.

4. LOCALIZAÇÃO, APLICAÇÃO E CONFIRMAÇÃO OBRIGATÓRIA DA ETIQUETA

4.1 Fixação da Etiqueta Adesiva

- A identificação do paciente será realizada por meio de **etiqueta adesiva**, fixada diretamente sobre a vestimenta na **região anterior do tórax** (altura do peito).
- A etiqueta deve ser posicionada em um **local visível e de fácil visualização**, garantindo que as informações impressas estejam perfeitamente legíveis a qualquer momento do atendimento.

4.2 Barreira de Segurança e Confirmação Obrigatória pelos Profissionais

Antes de qualquer procedimento (administração de medicamentos, coleta de exames, realização de terapias, consultas, procedimentos invasivos ou transporte sanitário), o profissional de saúde deverá **obrigatoriamente** realizar as seguintes confirmações nos indicadores da etiqueta:

1. **Visualizar a etiqueta adesiva no tórax** do paciente.
2. **Confirmar verbalmente com o paciente ou acompanhante** os indicadores de identificação (mínimo de dois identificadores: Nome Completo e Data de Nascimento).
3. **Confrontar as informações** registradas na etiqueta com o prontuário eletrônico/físico, prescrição ou ordem de serviço antes de iniciar qualquer assistência.

5. REGRAS DE IDENTIFICAÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

5.1 Acompanhantes nas Unidades de Saúde

Nos atendimentos em que for necessária a presença de acompanhante nas UBSs, Clínica de Especialidades, CAPS ou eMulti:

- A etiqueta adesiva fixada no acompanhante conterá exclusivamente a palavra: **ACOMPANHANTE**.

5.2 Pacientes e Acompanhantes no Transporte Municipal da Saúde

Para o controle de embarque e segurança no transporte sanitário fornecido pelo município:

- **Para o Paciente:** A etiqueta adesiva conterá exclusivamente a palavra: **PACIENTE**.
- **Para o Acompanhante:** A etiqueta adesiva conterá exclusivamente a palavra: **ACOMPANHANTE**.

6. PROCESSO DE IMPRESSÃO E MIGRAÇÃO DE RECURSOS TECNOLÓGICOS

O processo de confecção e emissão das etiquetas observará a utilização obrigatória de **etiqueta adesiva** em todas as fases:

- **Fase Atual (Transitória):** Identificação realizada via emissão de etiqueta adesiva utilizando a impressão padrão já disponível nas unidades.
- **Fase Futura (Definitiva):** Transição para impressão em etiquetadoras térmicas específicas com bobina de papel adesivo próprio, assim que o processo de aquisição for concluído pelo município.

7. REVISÃO E CONTROLE DE ALTERAÇÕES

Periodicidade Regular	Revisão Extraordinária	Responsáveis
A cada 2 (dois) anos	Em caso de alteração de fluxos, aquisição de etiquetadoras ou novas diretrizes operacionais.	Núcleo Municipal de Segurança do Paciente (NMSP)

Equipe Responsável:

- **Elaboração:** Eli Ferreira Ribas dos Santos
- **Revisão Técnica:** Adriana Rosa
- **Revisão / Aprovação:** Renato Rodolfo Carleto

8. REFERÊNCIAS LEGAIS E NORMATIVAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 abr. 2013.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 20 / 069

- BRASIL. Ministério da Saúde; ANVISA; FIOCRUZ. Protocolo de Identificação do Paciente. Anexo 3 do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.217/2018. Aprova o Código de Ética Médica.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Joint Commission International. Patient Identification. World Alliance for Patient Safety. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, Solution 2, 2007.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- INSTITUTO DE MEDICINA (IOM). To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: The National Academies Press, 2000.
- REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE

Órgão Emissor: Núcleo Municipal de Segurança do Paciente (NMSP)	Código: PRT-NMSP-001
Vigência: 2026-2028 (Revisão a cada 2 anos)	Elaborado por: Eli Ferreira Ribas dos Santos
Revisado por: Adriana Rosa e Renato Rodolfo Carleto	Âmbito: UBSs, Clínica de Especialidades, CAPS, eMulti e Transporte da Saúde

1. OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

A identificação correta do paciente constitui a primeira Meta Internacional de Segurança do Paciente. Este protocolo estabelece diretrizes padronizadas para assegurar a identificação inequívoca dos usuários em todos os pontos da rede municipal de atenção à saúde, prevenindo falhas, trocas de exames, erros de medicação e condutas inadequadas.

2. ABRANGÊNCIA E CAMPO DE APLICAÇÃO

As diretrizes contidas neste documento aplicam-se obrigatoriamente às seguintes unidades e serviços municipais:

- Todas as Unidades Básicas de Saúde (UBSs);
- Clínica Municipal de Especialidades;
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);
- Equipe eMulti (atendimentos de Fisioterapia e multiprofissionais);
- Serviço de Transporte Sanitário do Município.

Nota sobre a Rede Hospitalar: O Hospital Municipal/Regional dispõe de Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) próprio e de protocolo interno específico para suas rotinas hospitalares, não estando submetido a esta norma da Atenção Primária e Especializada.

3. PADRÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (SISTEMA IDS)

A identificação do paciente em prontuários, documentos, exames e procedimentos deve obrigatoriamente conter os 4 (quatro) identificadores fundamentais extraídos do prontuário eletrônico (Sistema IDS):

Item	Identificador	Descrição / Padrão de Preenchimento
1	Nome Completo do Paciente	Grafia completa, sem abreviações.
2	Data de Nascimento	Formato padrão DD/MM/AAAA.
3	Nome Completo da Mãe	Grafia completa da mãe, fundamental para distinção de homônimos.
4	Número do Prontuário Eletrônico	Número de registro individual gerado pelo Sistema IDS.

4. LOCALIZAÇÃO, APLICAÇÃO E CONFIRMAÇÃO OBRIGATÓRIA DA ETIQUETA

4.1 Fixação da Etiqueta Adesiva

- A identificação do paciente será realizada por meio de **etiqueta adesiva**, fixada diretamente sobre a vestimenta na **região anterior do tórax** (altura do peito).
- A etiqueta deve ser posicionada em um **local visível e de fácil visualização**, garantindo que as informações impressas estejam perfeitamente legíveis a qualquer momento do atendimento.

Página 3 de 3

Página 1 de 3



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



ON
OBSERVATÓRIO NACIONAL

Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

3451293879



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 21 / 069

4.2 Barreira de Segurança e Confirmação Obrigatória pelos Profissionais

Antes de qualquer procedimento (administração de medicamentos, coleta de exames, realização de terapias, consultas, procedimentos invasivos ou transporte sanitário), o profissional de saúde deverá **obrigatoriamente** realizar as seguintes confirmações nos indicadores da etiqueta:

1. **Visualizar a etiqueta adesiva no tórax** do paciente.
2. **Confirmar verbalmente com o paciente ou acompanhante** os indicadores de identificação (mínimo de dois identificadores: Nome Completo e Data de Nascimento).
3. **Confrontar as informações** registradas na etiqueta com o prontuário eletrônico/físico, prescrição ou ordem de serviço antes de iniciar qualquer assistência.

5. REGRAS DE IDENTIFICAÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

5.1 Acompanhantes nas Unidades de Saúde

Nos atendimentos em que for necessária a presença de acompanhante nas UBSs, Clínica de Especialidades, CAPS ou eMulti:

- A etiqueta adesiva fixada no acompanhante conterá exclusivamente a palavra: **ACOMPANHANTE**.

5.2 Pacientes e Acompanhantes no Transporte Municipal da Saúde

Para o controle de embarque e segurança no transporte sanitário fornecido pelo município:

- **Para o Paciente:** A etiqueta adesiva conterá exclusivamente a palavra: **PACIENTE**.
- **Para o Acompanhante:** A etiqueta adesiva conterá exclusivamente a palavra: **ACOMPANHANTE**.

6. PROCESSO DE IMPRESSÃO E MIGRAÇÃO DE RECURSOS TECNOLÓGICOS

O processo de confecção e emissão das etiquetas observará a utilização obrigatória de **etiqueta adesiva** em todas as fases:

- **Fase Atual (Transitória):** Identificação realizada via emissão de etiqueta adesiva utilizando a impressão padrão já disponível nas unidades.
- **Fase Futura (Definitiva):** Transição para impressão em etiquetadoras térmicas específicas com bobina de papel adesivo próprio, assim que o processo de aquisição for concluído pelo município.

7. REVISÃO E CONTROLE DE ALTERAÇÕES

Periodicidade Regular	Revisão Extraordinária	Responsáveis
A cada 2 (dois) anos	Em caso de alteração de fluxos, aquisição de etiquetadoras ou novas diretrizes operacionais.	Núcleo Municipal de Segurança do Paciente (NMSP)

Equipe Responsável:

- **Elaboração:** Eli Ferreira Ribas dos Santos
- **Revisão Técnica:** Adriana Rosa
- **Revisão / Aprovação:** Renato Rodolfo Carleto

8. REFERÊNCIAS LEGAIS E NORMATIVAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 abr. 2013.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

- BRASIL. Ministério da Saúde; ANVISA; FIOCRUZ. Protocolo de Identificação do Paciente. Anexo 3 do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.217/2018. Aprova o Código de Ética Médica.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Joint Commission International. Patient Identification. World Alliance for Patient Safety. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, Solution 2, 2007.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- INSTITUTO DE MEDICINA (IOM). To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: The National Academies Press, 2000.
- REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



ON
OBSERVATÓRIO NACIONAL

Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.



3451293879



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
QUEDAS DO IGUAÇU • PARANÁ

PROTOCOLO MUNICIPAL

CARDIOLOGIA

ADULTO

Regulação • Auditoria • Atenção Primária à Saúde

Critérios de encaminhamento e classificação de prioridade P0 a P3

VERSÃO TÉCNICA PARA VALIDAÇÃO MUNICIPAL
Quedas do Iguaçu • 2026

Referência técnica: protocolo de encaminhamento eletivo APS para Cardiologia da SESA/PR, 1ª ed., 2026; complementado por TelessaúdeRS/UFRGS, Ministério da Saúde e PCDTs vigentes.

1. Objetivo e escopo

Padronizar os encaminhamentos eletivos de adultos para Cardiologia, aumentar a resolutividade da APS, permitir classificação de prioridade baseada em risco e fornecer critérios objetivos para regulação e auditoria. O protocolo não substitui julgamento clínico e não se aplica a situações de urgência/emergência.

PRINCÍPIO CENTRAL

A consulta especializada deve ser compartilhada quando houver necessidade clínica que exceda a capacidade de manejo da APS ou quando a avaliação do especialista puder modificar de forma relevante diagnóstico, prognóstico ou tratamento. Casos manejáveis na APS permanecem sob seguimento longitudinal na APS.

2. Como usar este protocolo

- APS: consultar a seção correspondente ao motivo do encaminhamento, realizar avaliação/manejo inicial e registrar os dados mínimos.
- Regulação: confirmar a indicação, verificar a suficiência das informações clínicas e classificar o acesso como P0, P1, P2, P3 ou manejo na APS, conforme os critérios específicos de cada seção.
- Auditoria: avaliar aderência aos critérios, coerência entre quadro clínico, exames, tratamento realizado e recurso solicitado; registrar justificativa técnica quando houver devolução.
- Urgência/emergência: não inserir em fila ambulatorial eletiva.

PADRÃO MUNICIPAL: P0 = urgência/emergência; P1 = alta prioridade; P2 = prioridade intermediária; P3 = eletivo não prioritário. Quando o protocolo estadual indicar "não se aplica" para determinada prioridade, esta informação será mantida — não serão criados critérios artificiais apenas para preencher a categoria.

3. Classificação municipal de acesso

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Condição que não pode aguardar fila ambulatorial. Direcionar imediatamente à rede de urgência/emergência conforme gravidade e fluxo assistencial.
P1 — ALTA PRIORIDADE	Eletivo prioritário de maior risco: necessidade de avaliação especializada em curtíssimo prazo pelo risco elevado de complicação ou perda de oportunidade de intervenção.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	Eletivo prioritário: condição crônica de risco moderado ou sintomatologia relevante em que o atraso pode prejudicar a intervenção ou modificar de forma importante a conduta.
P3 — ELETIVO	Eletivo não prioritário (equivalente à categoria estadual "Rotina"); há indicação de atenção especializada, mas sem critérios de P1/P2.
APS	Sem critério atual para Cardiologia; realizar manejo longitudinal, investigação e tratamento na APS, com reencaminhamento se surgirem critérios.

4. Conteúdo mínimo obrigatório do encaminhamento

- Identificação completa e contato atualizado do paciente e UBS de origem.
- Queixa/motivo do encaminhamento, início e evolução, sintomas associados e repercussão funcional.
- Exame físico pertinente: PA, FC, ausculta, sinais de congestão/hipoperfusão e demais achados relacionados.
- Comorbidades, fatores de risco cardiovascular, tabagismo/etilismo e antecedentes familiares pertinentes.
- Medicamentos com doses, tempo de uso, adesão, tolerância e tratamentos já tentados.
- Manejo realizado na APS e resposta clínica.

Documento técnico para validação municipal • Base prioritária: SESA/PR 2026 | Prioridades: P0 • P1 • P2 • P3



Quedas do Iguaçu/PR • Cardiologia Adulto • Regulação | Auditoria | APS • 2026

Quedas do Iguaçu/PR • Cardiologia Adulto • Regulação | Auditoria | APS • 2026

- Exames disponíveis com data e resultado/laudo (ECG e, conforme o caso, laboratório, ecocardiograma, MAPA, Holter, teste ergométrico, imagem etc.).
- Hipótese diagnóstica e pergunta clínica ao especialista.

ENCAMINHAMENTO INSUFICIENTE

"Encaminho a pedido do paciente" não constitui, isoladamente, justificativa clínica. Quando faltarem elementos necessários para aplicar o protocolo, a solicitação poderá ser devolvida para complementação, informando objetivamente quais dados são necessários.

5. Situações cardiovasculares que NÃO devem aguardar fila eletiva

- Síndrome coronariana aguda suspeita/confirmada, angina instável ou dor torácica aguda/equivalente anginoso de início súbito.
- IC aguda ou agudamente descompensada, edema agudo de pulmão, hipoperfusão, insuficiência respiratória ou baixo débito.
- Emergência hipertensiva com lesão aguda de órgão-alvo.
- Taquiarritmia sustentada, arritmia com instabilidade hemodinâmica ou BAV avançado/total sintomático.
- FA/flutter de instalação aguda quando houver necessidade de avaliação imediata para estratégia de cardioversão/anticoagulação.
- Síncope de provável etiologia cardíaca com características de alto risco.
- Suspeita de miocardite aguda, endocardite infecciosa ou trombose/disfunção aguda de prótese valvar.
- Valvopatia com descompensação aguda.
- Evento tromboembólico agudo de provável origem cardíaca.
- Suspeita de síndrome aórtica aguda.

6. Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

O que deve ser feito na APS antes do encaminhamento

- Confirmar o diagnóstico e a persistência do descontrole pressórico com técnica correta de aferição e medidas em ocasiões diferentes. Quando houver indicação e disponibilidade, utilizar MAPA ou MRPA para afastar efeito do avental branco e auxiliar na confirmação de hipertensão não controlada.
- Revisar adesão ao tratamento, posologia e horários; verificar consumo excessivo de sódio e álcool, obesidade, sedentarismo e uso de substâncias ou medicamentos que possam elevar a pressão arterial, como AINES, descongestionantes simpaticomiméticos, estimulantes e outros fármacos pertinentes ao caso.
- Antes de classificar como hipertensão resistente, excluir pseudoresistência. Documentar tratamento anti-hipertensivo adequado, em doses máximas toleradas, incluindo três classes complementares e, quando não houver contraindicação, diurético apropriado. Registrar intolerâncias, contraindicações e motivo para eventual impossibilidade de otimização.
- Avaliar lesão de órgão-alvo e risco cardiovascular conforme o quadro clínico. A investigação inicial deve ser direcionada pela história, exame físico e disponibilidade da rede. Suspeitas de hipertensão secundária devem ser encaminhadas à especialidade mais relacionada à provável etiologia (Cardiologia, Nefrologia ou Endocrinologia), conforme organização municipal.

Crítérios para encaminhamento à Cardiologia

- Encaminhar quando houver hipertensão resistente verdadeira, após confirmação de adesão, exclusão de pseudoresistência e tentativa documentada de otimização terapêutica; ou quando houver hipertensão associada a cardiopatia/lesão cardiovascular relevante cuja avaliação pelo cardiologista possa modificar a conduta.
- Também pode haver indicação diante de suspeita consistente de hipertensão secundária com provável causa cardiovascular ou quando a etiologia não estiver definida e houver necessidade de avaliação cardiológica. Exemplos de sinais de alerta para causa secundária incluem início abrupto ou em idade incomum, piora súbita de hipertensão

Documento técnico para validação municipal • Base prioritária: SESA/PR 2026 | Prioridades: P0 • P1 • P2 • P3

- previamente controlada, hipocalcemia não explicada, assimetria importante de pulsos ou pressão arterial e manifestações clínicas sugestivas de doença secundária.
- HAS primária controlada, ou descontrole ainda sem otimização terapêutica/avaliação de adesão, deve permanecer inicialmente sob manejo longitudinal da APS, salvo presença de sinais de alarme, lesão aguda de órgão-alvo ou outra indicação específica de encaminhamento.

Classificação de prioridade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Hipertensão grave associada a lesão aguda de órgão-alvo; ou sinais/sintomas sugestivos de feocromocitoma em contexto de crise hipertensiva. Não inserir em fila ambulatorial.
P1 — ALTA PRIORIDADE	Hipertensão arterial resistente; ou HAS com critérios consistentes de suspeita de hipertensão secundária.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	Não se aplica no protocolo estadual de Cardiologia para HAS.
P3 — ELETIVO	HAS associada a múltiplas comorbidades/complicações coexistentes; ou HAS em paciente com risco cardiovascular muito alto/extremo, sem critérios de P0/P1.
APS	HAS primária sem critérios de secundarismo/resistência e demais situações sem critério de encaminhamento; seguimento longitudinal compartilhado quando indicado.

REGULAÇÃO/AUDITORIA — O encaminhamento deve informar: valores de PA documentados em ocasiões diferentes; medicamentos em uso com doses e horários; avaliação de adesão; medidas adotadas para excluir pseudoresistência; exames/achados de lesão de órgão-alvo quando presentes; suspeita de causa secundária e elementos que a sustentam; e a pergunta clínica dirigida ao cardiologista. Encaminhamentos sem essas informações essenciais podem ser devolvidos para complementação, quando não houver situação de urgência.

Nota técnica: nesta versão municipal, P0 corresponde à urgência/emergência; P1 e P2 mantêm as categorias eletivas prioritárias do protocolo estadual; P3 corresponde ao "eletivo não prioritário/rotina" do protocolo estadual. A categoria APS permanece separada, pois significa ausência de indicação atual de consulta especializada.

PARA REGULAÇÃO / AUDITORIA

Verificar:

- medidas de PA registradas em ocasiões diferentes e confirmação do descontrole;
- medicamentos em uso, doses, horários e tempo de uso;
- adesão avaliada e possíveis causas de pseudoresistência abordadas;
- tentativa de otimização terapêutica ou justificativa de contraindicação/intolerância;
- presença ou ausência de lesão de órgão-alvo/cardiopatia;
- elementos objetivos que sustentem suspeita de hipertensão secundária;
- pergunta clínica dirigida ao especialista.

DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO / MANTER MANEJO NA APS QUANDO

- encaminhamento motivado apenas pelo diagnóstico de HAS, sem questão clínica especializada;
 - ausência de valores de PA documentados, medicamentos/doses ou avaliação de adesão;
 - descontrole sem tentativa documentada de otimização terapêutica, salvo contraindicação ou intolerância;
 - pseudoresistência ainda não avaliada quando pertinente;
 - HAS primária controlada e sem cardiopatia/lesão de órgão-alvo que justifique avaliação cardiológica.
- ATENÇÃO: não devolver para APS casos com sinais de emergência hipertensiva; estes devem seguir imediatamente para urgência/emergência.

Documento técnico para validação municipal • Base prioritária: SESA/PR 2026 | Prioridades: P0 • P1 • P2 • P3



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 24 / 069

Quedas do Iguaçu/PR • Cardiologia Adulto • Regulação | Auditoria | APS • 2026

Quedas do Iguaçu/PR • Cardiologia Adulto • Regulação | Auditoria | APS • 2026

7. Insuficiência cardíaca (IC)

O que deve ser feito na APS

- Na suspeita estável: história e exame dirigidos, ECG, função renal, eletrólitos, hemograma e demais exames conforme contexto; solicitar ecocardiograma quando disponível e indicado.
- Identificar e tratar fatores precipitantes e comorbidades; avaliar congestão, classe funcional NYHA e adesão.
- Na ICFER estável, iniciar/otimizar tratamento conforme PCDT e disponibilidade/contraindicações, com monitorização clínica, renal e eletrolítica.
- ICFER NYHA I e casos estáveis contrarreferenciados podem permanecer em acompanhamento longitudinal na APS.

Crêterios para encaminhamento à Cardiologia

- NYHA II quando houver necessidade de terapia/avaliação especializada prevista no fluxo; NYHA III-IV apesar de tratamento clínico otimizado.
- Internação por IC descompensada no último ano.
- Disfunção ventricular grave sintomática apesar de terapia otimizada, especialmente candidato a dispositivo/terapia avançada.
- IC associada a FA, arritmia complexa, coronariopatia, hipertensão pulmonar ou valvopatia clinicamente relevante.
- Suspeita/diagnóstico de IC com fração preservada que necessite avaliação diagnóstica inicial especializada ou investigação de cardiomiopatia infiltrativa/restritiva.
- Suspeita de cardiomiopatia hipertrófica, dilatada, restritiva ou arritmogênica.

Classificação de prioridade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	IC aguda ou agudamente descompensada; sinais de hipoperfusão; síncope associada à descompensação; piora recente importante de congestão; suspeita de miocárdite aguda; arritmia de instalação aguda associada à IC.
P1 — ALTA PRIORIDADE	Caquexia cardíaca; disfunção ventricular grave sintomática apesar de terapia otimizada, com possível indicação de dispositivo/transplante; IC associada a fibrilação atrial; IC associada a arritmia complexa, hipertensão pulmonar, DAC ou valvopatia clinicamente relevante.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	Internação por IC descompensada no último ano; paciente transplantado cardíaco recém-chegado à rede e que necessite continuidade do protocolo de acompanhamento.
P3 — ELETIVO	NYHA II com indicação de terapia especializada conforme fluxo; suspeita/diagnóstico de IC com fração de ejeção preservada para avaliação inicial; investigação adicional de cardiomiopatia em paciente estável.
APS	Suspeita e avaliação inicial de IC estável; ICFER NYHA I; ICFER NYHA II já com terapia especializada iniciada e estável; seguimento compartilhado.

PARA REGULAÇÃO / AUDITORIA

Verificar:

- classe funcional e FEVE estão informadas quando disponíveis
- há registro de tratamento e doses/tolerância
- há internação/descompensação recente
- há comorbidade cardíaca que aumente prioridade
- ecocardiograma ou justificativa de indisponibilidade está descrito

DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO / MANEJO NA APS QUANDO

- suspeita inicial estável sem investigação básica realizada quando disponível
- ICFER NYHA I estável sem outro critério

Documento técnico para validação municipal • Base prioritária: SESA/PR 2026 | Prioridades: P0 • P1 • P2 • P3

- pedido sem classe funcional, tratamento ou dados de ecocardiograma quando já realizado

8. Doença arterial coronariana / angina estável

O que deve ser feito na APS

- Caracterizar dor: localização, qualidade, duração, relação com esforço, fatores de alívio, frequência e mudança de padrão; registrar classe funcional CCS quando possível.
- Pesquisar fatores de risco e realizar ECG de repouso; manejar fatores de risco e iniciar tratamento clínico apropriado conforme quadro.
- Paciente contrarreferenciado com angina estável CCS I-II, sem mudança de padrão, sem disfunção ventricular importante e sem evento cardiovascular recente pode ser acompanhado na APS.

Crêterios para encaminhamento à Cardiologia

- Angina estável ou equivalente anginoso sem avaliação prévia especializada.
- DAC conhecida, SCA prévia ou revascularização sem avaliação especializada prévia/seguimento definido.
- Paciente contrarreferenciado que apresente mudança do padrão anginoso, piora funcional ou novo evento cardiovascular.
- Angina por vasoespasmos ou suspeita de angina microvascular.
- Teste de triagem positivo para DAC em assintomático, conforme contexto clínico.
- DAC associada a ICFER, FA, valvopatia moderada/grave ou cardiomiopatia.

Classificação de prioridade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Suspeita/diagnóstico de síndrome coronariana aguda, incluindo angina instável: início recente com CCS III-IV, angina em crescendo ou angina em repouso prolongada; dor torácica aguda ou equivalente anginoso de início súbito.
P1 — ALTA PRIORIDADE	Angina estável em seguimento com mudança do padrão, piora da classe CCS ou novo evento cardiovascular; angina com suspeita/evidência de vasoespasmos ou angina microvascular; angina estável/equivalente anginoso sem avaliação prévia pela atenção especializada.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	DAC conhecida, SCA prévia ou revascularização sem avaliação especializada prévia; alta recente após SCA/revascularização; DAC associada a ICFER, FA, valvopatia relevante ou cardiomiopatia.
P3 — ELETIVO	Indicação especializada estável sem critérios de P1/P2, incluindo situações previstas no protocolo estadual como eletivas não prioritárias.
APS	Angina estável CCS I-II contrarreferenciada, sem mudança de padrão, sem disfunção ventricular importante e sem evento cardiovascular/revascularização nos últimos 2 anos.

PARA REGULAÇÃO / AUDITORIA

Verificar:

- sintoma está caracterizado e há informação sobre mudança de padrão
- CCS ou repercussão funcional está descrita
- há ECG/exames disponíveis e fatores de risco
- tratamento e eventos/revascularização prévios estão registrados

DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO / MANEJO NA APS QUANDO

- dor torácica inespecífica sem caracterização clínica mínima

Documento técnico para validação municipal • Base prioritária: SESA/PR 2026 | Prioridades: P0 • P1 • P2 • P3



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/ MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

3451293879



Quedas do Iguaçu/PR • Cardiologia Adulto • Regulação | Auditoria | APS • 2026

Quedas do Iguaçu/PR • Cardiologia Adulto • Regulação | Auditoria | APS • 2026

- paciente estável contrarreferenciado sem novo critério
- pedido sem informar sintomas, evolução ou antecedentes de DAC

9. Valvopatias e sopros

O que deve ser feito na APS

- Auscultar e caracterizar sopro, pesquisar sintomas e sinais de IC; avaliar ECG e solicitar ecocardiograma quando houver indicação e disponibilidade.
- Valvopatias leves e diagnóstico etiológico de sopros sem repercussão podem, em regra, permanecer na APS com seguimento adequado.

Critérios para encaminhamento à Cardiologia

- Ecocardiograma demonstrando estenose ou insuficiência valvar moderada a grave sem avaliação especializada prévia.
- Valvopatia moderada/grave associada a DAC ou repercussão clínica.
- Prótese valvar sem seguimento especializado atual.
- Situação de anticoagulação complexa relacionada a prótese mecânica/estenose mitral reumática/FA quando houver risco hemorrágico relevante ou necessidade de avaliação especializada.

Classificação de prioridade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Valvopatia com descompensação aguda/IC descompensada; febre sem causa definida em portador de valvopatia com suspeita de endocardite; suspeita de trombose de prótese valvar.
P1 — ALTA PRIORIDADE	FA de início recente associada à valvopatia; complicadores ecocardiográficos de valvopatia; sinais de disfunção de prótese, anemia hemolítica ou complicadores ecocardiográficos; indicação de anticoagulação em prótese mecânica/estenose mitral reumática/FA valvar com risco moderado-alto de sangramento.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	Valvopatia associada a DAC; estenose ou insuficiência valvar moderada a grave, clinicamente relevante, sem avaliação prévia pela atenção especializada.
P3 — ELETIVO	Prótese valvar sem acompanhamento atual pela atenção especializada, em paciente estável e sem sinais de disfunção.
APS	Valvopatia leve; investigação etiológica inicial de sopro sem repercussão; seguimento compartilhado conforme plano especializado.

PARA REGULAÇÃO / AUDITORIA

Verificar:

- grau da valvopatia no eco está informado
- há sintomas/repercussão hemodinâmica
- há prótese e situação de anticoagulação
- há sinais de descompensação que mudem o destino para urgência

DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO / MANEJO NA APS QUANDO

- sopro isolado sem exame físico descrito ou sem investigação indicada disponível
- valvopatia leve assintomática sem repercussão
- pedido sem laudo/data do ecocardiograma já realizado

10. Arritmias, palpitações, bloqueios e síncope

O que deve ser feito na APS

- Caracterizar palpitações/síncope, duração, frequência, relação com esforço, pródromos, recuperação, medicamentos e história familiar de morte súbita.
- Realizar ECG de 12 derivações; pesquisar causas reversíveis (eletrólitos, tireoide, anemia, fármacos) conforme quadro.
- FA permanente anticoagulada com bom controle de frequência, BAV de 1º grau assintomático, bloqueio bifascicular assintomático e extrassístoles isoladas sem manifestações podem ser acompanhados na APS, salvo outro critério.

Critérios para encaminhamento à Cardiologia

- Arritmia documentada clinicamente relevante ou sintomática; taquicardia recorrente; bradicardia sintomática.
- FA/flutter que necessite definição de estratégia, controle inadequado, dificuldade de anticoagulação ou associação com outra cardiopatia.
- Bloqueios de condução com sintomas ou progressão; suspeita de doença do nó sinusal.
- Síncope recorrente ou suspeita de etiologia cardíaca em paciente estável, sem critério de emergência.
- Arritmia associada a cardiopatia estrutural ou história familiar de morte súbita.

Classificação de prioridade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Arritmia associada a IC descompensada ou SCA; evento tromboembólico de provável origem cardíaca; instabilidade hemodinâmica por arritmia; taquiarritmia sustentada; BAV avançado/total sintomático; mau funcionamento de marcapasso/eletrodos; FA/flutter de instalação aguda; síncope de provável etiologia cardíaca com alto risco.
P1 — ALTA PRIORIDADE	Síncope de provável etiologia cardíaca sem critérios de P0; paciente com CDI sem seguimento; FA/flutter com tromboembolismo recente e/ou necessidade de anticoagulação com contraindicação ao anticoagulante.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	FA/flutter com duração >48 h; BAV de 2º grau Mobitz II ou BAV total assintomático; QT longo; TVNS/TSVNS; extrassístoles frequentes com pré-síncope/síncope/palpitações taquicárdicas; BAV de 1º grau sintomático com distúrbio intraventricular; ocupação de risco associada ao quadro arritmico.
P3 — ELETIVO	Acompanhamento de marcapasso definitivo normofuncionante; BAV de 2º grau Mobitz I, quando houver indicação de avaliação especializada e ausência de critérios de maior prioridade.
APS	FA permanente anticoagulada com controle adequado de frequência; BAV de 1º grau assintomático; bloqueio bifascicular assintomático; extrassístoles isoladas sem manifestações clínicas; seguimento compartilhado.

PARA REGULAÇÃO / AUDITORIA

Verificar:

- ECG/registro da arritmia está anexado ou descrito
- sintomas e síncope/pré-síncope estão caracterizados
- FC, anticoagulação e controle de frequência estão descritos na FA
- há cardiopatia estrutural/história familiar de risco

DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO / MANEJO NA APS QUANDO

- palpitação sem descrição e sem ECG básico quando disponível
- extrassístoles isoladas assintomáticas sem cardiopatia relevante

Documento técnico para validação municipal • Base prioritária: SESA/PR 2026 | Prioridades: P0 • P1 • P2 • P3

Documento técnico para validação municipal • Base prioritária: SESA/PR 2026 | Prioridades: P0 • P1 • P2 • P3



• FA permanente bem controlada sem novo problema especializado

11. Hipertensão pulmonar

O que deve ser feito na APS

- Suspeitar diante de dispneia progressiva, síncope/pré-síncope, sinais de sobrecarga direita ou achados ecocardiográficos; investigar causas cardiopulmonares comuns conforme capacidade da APS.
- Registrar ecocardiograma, PSAP estimada e função ventricular direita quando disponíveis, além de doença pulmonar, tromboembolismo e cardiopatia esquerda associadas.

Crítérios para encaminhamento à Cardiologia

- Suspeita clínica/ecocardiográfica de hipertensão pulmonar para confirmação etiológica e estratificação.
- Diagnóstico estabelecido sem seguimento especializado ou com piora funcional.
- Associação a cardiopatia congênita, doença tromboembólica crônica ou sinais de disfunção ventricular direita.

Classificação de prioridade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	HP diagnosticada/suspeita com piora súbita da dispneia, insuficiência respiratória, dor torácica aguda, palpitações com repercussão, hemoptise/hemorragia alveolar, sinais de baixo débito ou instabilidade hemodinâmica.
P1 — ALTA PRIORIDADE	HP com risco de morte intermediário-alto; características hemodinâmicas de HP pré-capilar; HP tromboembólica crônica ou associada a antecedente de embolia pulmonar.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	Alta probabilidade ecocardiográfica de HP; probabilidade intermediária com alta suspeição clínica ou fatores associados (doença do tecido conjuntivo, HIV, hipertensão portal, cardiopatia congênita, esquistossomose); HP secundária a doença cardíaca esquerda.
P3 — ELETIVO	Probabilidade ecocardiográfica intermediária como achado incidental, sem critérios de maior prioridade; diagnóstico prévio de HP sem seguimento; avaliação de parentes de primeiro grau de paciente com HP hereditária.
APS	Seguimento longitudinal de pacientes em cuidado compartilhado com a atenção especializada.

PARA REGULAÇÃO / AUDITORIA

Verificar:

- há ecocardiograma/PSAP quando disponível
- dispneia e classe funcional estão descritas
- foram consideradas causas cardíacas/pulmonares
- há sinais de disfunção direita ou síncope

DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO / MANEJO NA APS QUANDO

- encaminhamento por dispneia inespecífica sem avaliação inicial
- achado ecocardiográfico isolado sem contexto clínico descrito

12. Avaliação pré-operatória / risco cardiovascular perioperatório

O que deve ser feito na APS

- Não encaminhar automaticamente por idade. Avaliar tipo/risco da cirurgia, capacidade funcional, sintomas, cardiopatia conhecida e condições cardiovasculares ativas.
- Procedimento de baixo risco em paciente sem doença cardíaca/sintomas geralmente pode ter avaliação clínica na APS conforme fluxo local.
- Solicitar exames apenas quando indicados pelo risco clínico/procedimento, evitando baterias de exames sem impacto na conduta.

Crítérios para encaminhamento à Cardiologia

- Condição cardiovascular ativa ou suspeita que exija esclarecimento antes da cirurgia.
- Cardiopatia conhecida com instabilidade, sintomas novos ou necessidade de ajuste especializado que possa modificar conduta perioperatória.
- Cirurgia de maior risco em paciente com risco cardiovascular elevado quando a avaliação especializada puder alterar manejo.

Classificação de prioridade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Não se aplica à avaliação pré-operatória eletiva. Se houver condição cardiovascular aguda/instável, seguir o protocolo específico e a rede de urgência/emergência.
P1 — ALTA PRIORIDADE	Procedimento de alto risco cardiovascular; procedimento de risco intermediário em paciente com valvopatia, arritmia, IC ou DAC não adequadamente compensada e sem seguimento atual; cirurgia oncológica, exceto pequeno porte.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	Procedimento de risco cardiovascular intermediário, exceto situações descompensadas enquadradas em P1.
P3 — ELETIVO	Procedimento de baixo risco cardiovascular em paciente com cardiopatia previamente conhecida, quando houver indicação de avaliação especializada.
APS	Procedimento de baixo risco em paciente sem cardiopatia e sem outro critério de encaminhamento.

PARA REGULAÇÃO / AUDITORIA

Verificar:

- tipo e data prevista da cirurgia estão informados
- risco do procedimento e capacidade funcional estão descritos
- há cardiopatia/sintomas que justifiquem especialista
- a consulta cardiológica realmente pode modificar a conduta

DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO / MANEJO NA APS QUANDO

- pedido apenas por idade
- "risco cirúrgico" sem informar procedimento
- procedimento de baixo risco em assintomático sem cardiopatia e sem critério adicional

13. Avaliação para atividade física

O que deve ser feito na APS

- Realizar anamnese, exame físico, fatores de risco, sintomas ao esforço e história familiar de morte súbita.



Quedas do Iguaçu/PR • Cardiologia Adulto • Regulação | Auditoria | APS • 2026

Quedas do Iguaçu/PR • Cardiologia Adulto • Regulação | Auditoria | APS • 2026

- Indivíduos assintomáticos sem doença cardiovascular conhecida e sem achados de risco não necessitam de cardiologista de rotina apenas para liberação de atividade física.

Crítérios para encaminhamento à Cardiologia

- Sintomas ao esforço (dor torácica, síncope/pré-síncope, dispneia desproporcional, palpitações relevantes).
- Cardiopatía conhecida, ECG anormal relevante ou história familiar sugestiva de cardiopatía hereditária/morte súbita.
- Atividade competitiva/intensa em indivíduo com condição cardiovascular que exija estratificação especializada.

Classificação de prioridade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Sintoma cardiovascular agudo ou instabilidade durante/relacionada ao esforço, como dor torácica sugestiva de síndrome coronariana aguda, síncope de alto risco, arritmia com repercussão ou dispneia aguda importante. Encaminhar à urgência/emergência.
P1 — ALTA PRIORIDADE	Sintomas de alto risco ao esforço em paciente estável, após exclusão de emergência.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	Cardiopatía conhecida com necessidade de estratificação antes de atividade intensa.
P3 — ELETIVO	Demais casos com indicação clínica especializada.
APS	Avaliação de rotina sem sintomas, cardiopatía ou fatores de alto risco.

PARA REGULAÇÃO / AUDITORIA
Verificar:
• qual atividade/intensidade está prevista
• há sintomas ao esforço
• há cardiopatía/ECG anormal/história familiar
• pedido não é apenas administrativo sem indicação clínica

DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO / MANEJO NA APS QUANDO
• pedido de “liberação” sem fator clínico de risco
• assintomático sem cardiopatía e sem achados de risco

14. Cardiopatías congênitas no adulto

O que deve ser feito na APS

- Identificar tipo de cardiopatía, correção prévia, sintomas, saturação, sopros e exames disponíveis.
- Cardiopatías acianóticas corrigidas ou não, assintomáticas e sem complicações podem permanecer em seguimento compartilhado conforme orientação especializada.

Crítérios para encaminhamento à Cardiologia

- Cardiopatía congênita com sintomas, cianose, arritmia, disfunção ventricular, hipertensão pulmonar ou complicação estrutural.
- Paciente sem avaliação especializada prévia/seguimento definido quando a anatomia ou correção exige acompanhamento.
- Gestação ou planejamento gestacional em portadora de cardiopatía congênita relevante deve seguir fluxo especializado apropriado.

Documento técnico para validação municipal • Base prioritária: SESA/PR 2026 | Prioridades: P0 • P1 • P2 • P3

Classificação de prioridade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Cardiopatía congênita com descompensação aguda, cianose/hipoxemia importante de início ou piora recente, arritmia instável, síncope de alto risco ou insuficiência cardíaca aguda. Encaminhar à urgência/emergência.
P1 — ALTA PRIORIDADE	Cianose, síncope, arritmia relevante, disfunção ventricular ou hipertensão pulmonar em paciente estável.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	Cardiopatía congênita com repercussão moderada sem sinais de alarme.
P3 — ELETIVO	Necessidade de revisão especializada sem repercussão atual.
APS	Cardiopatía acianótica estável, assintomática e sem complicações, conforme plano de seguimento.

PARA REGULAÇÃO / AUDITORIA
Verificar:
• diagnóstico anatômico/cirurgia prévia estão informados
• há eco e repercussão hemodinâmica
• há sintomas/cianose/HP/arritmia
• há plano prévio de seguimento

DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO / MANEJO NA APS QUANDO
• pedido apenas por antecedente remoto de cardiopatía corrigida sem complicação ou necessidade de revisão definida
• ausência de informação sobre tipo de cardiopatía e correção prévia

15. Dislipidemia

O que deve ser feito na APS

- Tratamento e seguimento são predominantemente da APS: estratificar risco cardiovascular, excluir causas secundárias, orientar estilo de vida e instituir terapia conforme diretrizes/PCDT.
- Registrar perfil lipídico, adesão, doses máximas toleradas, efeitos adversos e eventos ateroscleróticos prévios.

Crítérios para encaminhamento à Cardiologia

- Suspeita de hipercolesterolemia familiar ou dislipidemia genética relevante.
- LDL persistentemente muito elevado apesar de tratamento otimizado e adesão, quando houver necessidade de terapia especializada/alto risco.
- Intolerância verdadeira a múltiplas estratégias terapêuticas em paciente de alto risco.
- Hipertrigliceridemia grave/persistente com necessidade de avaliação especializada, após investigação de causas secundárias.

Classificação de prioridade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Não se aplica como categoria própria da avaliação eletiva para atividade física. Sintomas agudos/graves devem ser classificados conforme o protocolo cardiovascular específico.
P1 — ALTA PRIORIDADE	Síncope durante atividade esportiva, desde que não haja critério para urgência/emergência pelo protocolo de arritmias/síncope.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	Paciente com mais de 40 anos e sintomas cardíacos desencadeados pelo exercício, como dor/precordialgia, palpitações, pré-síncope ou dispneia.

Documento técnico para validação municipal • Base prioritária: SESA/PR 2026 | Prioridades: P0 • P1 • P2 • P3



P3 — ELETIVO	Quedas do Iguaçu/PR • Cardiologia Adulto • Regulação Auditoria APS • 2026
APS	Não se aplica no protocolo estadual para este motivo de encaminhamento. Demais avaliações para atividade física sem critérios de encaminhamento à atenção especializada.

PARA REGULAÇÃO / AUDITORIA Verificar: • perfil lipídico e risco cardiovascular estão informados • tratamento/doses/adesão e intolerâncias estão descritos • causas secundárias foram consideradas • há suspeita genética ou falha terapêutica real

DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO / MANEJO NA APS QUANDO • dislipidemia isolada sem tentativa de manejo na APS • pedido sem perfil lipídico ou tratamento descrito • controle inadequado por baixa adesão sem intervenção documentada

16. Aneurisma de aorta ascendente / aortopatia

O que deve ser feito na APS

- Registrar método de imagem, diâmetro máximo, segmento acometido, data e comparação com exames prévios; controlar rigorosamente PA e fatores de risco.
- Aneurismas pequenos e estáveis podem ser acompanhados conforme plano especializado/protocolo, com atenção a crescimento e condições associadas.

Critérios para encaminhamento à Cardiologia

- Aorta ascendente com diâmetro relevante para avaliação especializada, crescimento documentado ou associação a valva aórtica bicúspide/síndrome genética.
- Aneurisma ≥45 mm ou abaixo desse limiar quando houver crescimento, sintomas, história familiar de dissecação/morte súbita ou condição de maior risco, conforme avaliação especializada.
- Valva aórtica bicúspide com dilatação significativa da aorta ou outra repercussão cardíaca.

Classificação de prioridade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Suspeita de endocardite infecciosa; insuficiência cardíaca descompensada; crise de hipóxia; arritmia de instalação aguda (<48 h) e/ou com instabilidade em portador de cardiopatia congênita.
P1 — ALTA PRIORIDADE	Não se aplica no protocolo estadual específico para cardiopatias congênitas do adulto.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	Cardiopatia congênita com arritmia, hipertensão pulmonar, sinais de IC ou alterações estruturais significativas, sem critérios de P0 ou de maior prioridade por outro protocolo específico.
P3 — ELETIVO	Alterações estruturais iniciais em portador de cardiopatia congênita; acompanhamento de cardiopatia congênita cianótica corrigida em paciente assintomático.
APS	Cardiopatia congênita acianótica corrigida ou não, assintomática e sem complicações; valva aórtica bicúspide com aorta ascendente <45 mm; orientação de profilaxia de endocardite conforme indicação.

PARA REGULAÇÃO / AUDITORIA Verificar: • diâmetro, segmento, método e data estão informados • há comparação temporal/crescimento • há valva bicúspide, síndrome genética ou história familiar • há sintomas sugestivos de síndrome aórtica aguda
--

DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO / MANEJO NA APS QUANDO • pedido sem medida da aorta ou sem laudo do exame disponível • aorta <45 mm estável sem outro critério, quando já há plano de seguimento na APS
--

17. Regras gerais para devolução técnica

- Solicitação sem conteúdo clínico suficiente para aplicação dos critérios.
- Ausência de exame físico, evolução, medicamentos/doses ou exames já realizados quando essenciais ao motivo do encaminhamento.
- Condição classificada como manejo na APS sem registro de situação excepcional que justifique compartilhamento especializado.
- Ausência de tentativa de manejo inicial prevista no protocolo, quando clinicamente segura e disponível.
- Encaminhamento administrativo ou “a pedido” sem indicação clínica.
- Solicitação incompatível com fila eletiva por apresentar sinais de urgência: orientar imediatamente o fluxo adequado, não simplesmente manter/devolver sem orientação.

IMPORTANTE PARA AUDITORIA A devolução deve ser técnica, objetiva e rastreável. Preferir linguagem como: “Solicitação devolvida para complementação porque não constam X/Y, necessários para aplicação do protocolo” ou “No momento, os dados descritos enquadram o caso em manejo na APS; reencaminhar se surgir X/Y/Z”. Evitar justificativas genéricas como “não tem indicação” sem fundamentação.

18. Modelos prontos de resposta do regulador

SITUAÇÃO	TEXTO SUGERIDO
Complementação de dados	Solicitação devolvida para complementação. Favor informar evolução dos sintomas, exame físico pertinente, medicamentos em uso com doses/adesão e resultados dos exames já realizados, para possibilitar aplicação dos critérios de prioridade deste protocolo.
Manejo inicial na APS	Com os dados atualmente descritos, o caso enquadra-se em manejo longitudinal pela APS, sem critério objetivo para consulta especializada neste momento. Orienta-se realizar/otimizar o manejo inicial previsto no protocolo e reencaminhar se houver persistência, falha terapêutica documentada, surgimento de sinais de alarme ou outro critério de encaminhamento.
Pedido a pedido do paciente	A justificativa “a pedido do paciente”, isoladamente, não permite caracterizar indicação clínica ou prioridade. Favor descrever a condição clínica que motiva o encaminhamento, exame físico, manejo já realizado e exames pertinentes.
Suspeita de urgência	Os dados descritos sugerem condição que não deve aguardar fila ambulatorial eletiva. Orienta-se avaliação imediata na rede de urgência/emergência conforme fluxo municipal.
Reclassificação de prioridade	Solicitação aceita, com prioridade ajustada conforme critérios clínicos do protocolo e informações apresentadas no encaminhamento.



Quedas do Iguaçu/PR • Cardiologia Adulto • Regulação | Auditoria | APS • 2026

19. Checklist rápido antes de enviar à Regulação

- ☐ Existe critério objetivo para Cardiologia?
- ☐ É caso eletivo?
- ☐ Sintomas e tempo de evolução estão descritos?
- ☐ Exame físico cardiovascular está registrado?
- ☐ Medicamentos, doses e adesão estão informados?
- ☐ Manejo inicial foi realizado quando indicado?
- ☐ ECG e exames pertinentes disponíveis foram informados?
- ☐ Há sinais de alarme?
- ☐ É possível classificar P0/P1/P2/P3/APS com o texto enviado?

20. Referências e hierarquia técnica utilizada

1. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Protocolos para encaminhamento eletivo da Atenção Primária à Saúde para a Atenção Ambulatorial Especializada: Cardiologia. 1ª ed. Curitiba: SESA, 2026. Aprovado pela Deliberação CIB/PR nº 295/2026.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Repositório de Protocolos de Acesso – Cardiologia. Atualização 2026.
3. RIO GRANDE DO SUL / UFRGS / TelessaúdeRS. Protocolos de Regulação Ambulatorial – Cardiologia Adulto (RegulaSUS).
4. BRASIL. Ministério da Saúde. PCDT de Hipertensão Arterial Sistêmica. Portaria SECTICS/MS nº 49, de 23/07/2025.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. PCDT de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 10/2024, com anexo atualizado em novembro de 2024.

21. Pontos que exigem validação local antes da publicação

- Serviço de referência e forma de acesso à Cardiologia na região.
- Disponibilidade municipal/regional de ECG, ecocardiograma, MAPA, Holter, teste ergométrico e demais exames.
- Prazos operacionais desejados para P1 e P2, se o município decidir formalizá-los.
- Fluxo local de urgência/emergência e referência hospitalar.
- Fluxo de risco cirúrgico e eventuais exigências administrativas locais.
- Critérios de retorno/contrarreferência e acompanhamento compartilhado.
- Regras locais sobre quais profissionais podem solicitar exames cardiológicos específicos.

STATUS DO DOCUMENTO

Versão técnica ampliada para discussão e validação pela Secretaria Municipal de Saúde. As regras estaduais de 2026 foram usadas como referência prioritária por serem diretamente aplicáveis ao contexto do Paraná; adaptações municipais devem ser formalmente aprovadas antes de publicação como norma local.

Protocolo municipal de Endocrinologia
adulto

QUEDAS DO IGUAÇU • PARANÁ

Críticos de encaminhamento para Atenção Primária, regulação e auditoria

Versão técnica para validação municipal • Setembro de 2026

Escopo: adultos não gestantes. Casos pediátricos e gestação seguem fluxos próprios. Este documento reúne recomendações clínicas de fontes oficiais e propostas de classificação eletiva para discussão local; não constitui pactuação ou aprovação municipal.



1. Finalidade e uso

Apoiar o cuidado longitudinal da APS, indicar quando a consulta em Endocrinologia pode modificar diagnóstico ou tratamento e padronizar os dados necessários para regular o acesso. A decisão clínica deve considerar gravidade, contexto e disponibilidade da rede. A ausência de exame especializado não impede encaminhamento quando houver indicação clínica bem descrita.

Como usar por função

Público	Ação prática neste protocolo
Médico da APS	Localizar a condição clínica; identificar o manejo inicial possível; reconhecer sinais de urgência; encaminhar quando houver critério e registrar os dados essenciais da linha correspondente.
Regulação	Conferir indicação e informações clínicas; escolher P0, P1, P2, P3 ou seguimento na APS; selecionar a via assistencial adequada e registrar o fundamento da prioridade.
Auditoria	Verificar coerência entre quadro, tratamento realizado e recurso solicitado; autorizar, solicitar complemento específico ou redirecionar com justificativa técnica e orientação objetiva ao solicitante.

Nas seções clínicas, a tabela reúne o critério de encaminhamento, a prioridade e os dados para regulação; os parágrafos seguintes orientam o manejo pelo médico solicitante e a análise pela auditoria. Nenhuma devolução deve interromper o atendimento de situação urgente.

2. Classificação de prioridade

Classe	Destino e critério
P0	Urgência ou emergência: avaliação imediata na rede de urgência; não inserir em fila eletiva.
P1	Eletivo de alta prioridade: maior risco clínico ou necessidade de decisão especializada breve.
P2	Eletivo prioritário: quadro persistente ou complexo com potencial de piora ou necessidade de ajuste especializado.
P3	Eletivo: indicação especializada estável, sem critérios P1 ou P2.
APS	Sem indicação atual de consulta: investigar, tratar e acompanhar longitudinalmente; reavaliar se surgir novo critério.

P0 a P3 é o padrão de classificação solicitado para os protocolos municipais. Não há prazo numérico de acesso definido neste documento.

Cada condição apresenta uma única linha para P0, P1, P2, P3 e APS. "Não se aplica" indica que não há critério para aquela prioridade nessa condição; não é uma indicação de encaminhamento.

Legenda visual: P0 vermelho claro • P1 laranja claro • P2 amarelo claro • P3 verde claro • APS azul claro. As cores auxiliam a leitura; o texto da prioridade define a conduta.

3. Dados mínimos de todo encaminhamento

Informar motivo e pergunta clínica; tempo de evolução; sintomas e exame físico pertinentes; comorbidades e medicamentos (dose, duração, adesão); tratamentos tentados e resposta; resultados de exames com datas; complicações e sinais de gravidade; gestação quando pertinente. Identificar UBS e contato atualizado. Exames complementares devem ser proporcionais à hipótese e à disponibilidade, sem atrasar situações de risco.

4. Situações que não devem aguardar consulta eletiva

Suspeita de cetoacidose diabética ou estado hiperosmolar; hipoglicemia grave ou persistente com alteração de consciência; desidratação importante, vômitos e hiperglicemia sintomática; tireotóxicose com instabilidade, febre ou alteração mental; hipotireoidismo grave com rebaixamento de consciência; crise adrenal; hipercalcemia sintomática importante; compressão cervical aguda ou dificuldade respiratória. Encaminhar à urgência conforme gravidade, enquanto se institui manejo inicial cabível.

5. Diabetes melito tipo 1 e tipo 2

A APS inicia e acompanha o tratamento do diabetes, inclusive insulina quando indicada e viável. A consulta especializada integra o cuidado nos casos complexos; hiperglicemia isolada não justifica negar assistência ou exigir espera por consulta.

Prioridade	Quando encaminhar ou manter na APS	Dados para regulação
P0	Suspeita de cetoacidose, estado hiperosmolar ou hipoglicemia grave: rede de urgência.	Descrever sinais vitais, sintomas e dados disponíveis; não aguardar exames para encaminhar.
P1	• DM1 confirmado ou forte suspeita em adulto, clinicamente estável; necessidade de plano de insulinoterapia e educação estruturada.	• Idade de início, peso, sintomas, glicemias/HbA1c, esquema de insulina e episódios de hipoglicemia.
P2	• DM2 com hipoglicemias recorrentes, grande variabilidade glicêmica ou controle persistentemente inadequado apesar de ajuste documentado e avaliação de adesão. • DM2 com complicações e dúvida terapêutica complexa, contra-indicações/intolerâncias relevantes ou necessidade de avaliação de possível outro tipo de diabetes.	• HbA1c com data e meta individual, glicemias, tratamento com doses/tempo, adesão, função renal e barreiras identificadas. • Complicações, medicamentos e resposta, eGFR, albuminúria quando disponível, contexto da dúvida diagnóstica.
P3	• DM2 estável com questão especializada específica, sem sinais de agravamento.	• Pergunta clínica e resumo de tratamento, exames e complicações.
APS	• DM2 recém-diagnosticado ou com controle ainda não otimizado e sem complicador que exija especialista.	• Plano inicial e seguimento na APS.

Manejo inicial na APS

Confirmar o tipo provável de diabetes; avaliar sintomas, peso, PA, função renal, risco cardiovascular, complicações e adesão; iniciar ou intensificar tratamento segundo o PCDT de DM2 de 2026 ou PCDT de DM1, conforme o caso. Em descompensação aguda, priorizar avaliação no mesmo dia.

Regulação e auditoria

Autorizar quando a complexidade estiver demonstrada. Devolver para complementação quando faltarem HbA1c/glicemias, esquema e doses, tempo de uso ou motivo da falha terapêutica. Redirecionar para APS casos sem tentativa de manejo, desde que clinicamente estáveis. Não condicionar o acesso à realização de exames avançados indisponíveis.

6. Hipertireoidismo e tireotóxicose

TSH baixo deve ser interpretado com T4 livre, sintomas, medicamentos e contexto clínico; resultados discretos podem exigir confirmação. Quadro grave segue urgência.

Prioridade	Quando encaminhar ou manter na APS	Dados para regulação
P0	Tireotóxicose com instabilidade, febre, alteração mental ou arritmia grave: rede de urgência.	Descrever sinais vitais, sintomas e dados disponíveis; não aguardar exames para encaminhar.
P1	• Tireotóxicose manifesta com sintomas relevantes, arritmia, cardiopatia ou perda ponderal acentuada, sem instabilidade.	• TSH e T4 livre datados, FC, sintomas, ECG quando indicado, medicamentos e medidas já iniciadas.
P2	• Hipertireoidismo confirmado e estável, inclusive doença de Graves, bócio tóxico ou recidiva. • TSH baixo persistente com T4 livre normal e fibrilação atrial, osteoporose ou repercussão clínica relevante.	• TSH, T4 livre, eventual T3, história terapêutica e exame cervical; TRAb/US se disponíveis e indicados. • Exames repetidos com datas, sintomas, FA/osteoporose e medicamentos.
P3	• TSH baixo persistente com T4 livre normal, sem complicador, mas com dúvida terapêutica especializada.	• Exames repetidos com datas, idade, sintomas e medicamentos.
APS	• TSH baixo isolado sem confirmação e sem sintomas ou risco.	• Reavaliar interferências e repetir exames conforme contexto.



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 31 / 069

Manejo inicial na APS

Investigar fármacos como amiodarona e uso de hormônio tireoidiano; controlar sintomas conforme avaliação clínica e verificar ECG se palpitação/taquicardia. Não aguardar anticorpos ou cintilografia se a apresentação clínica justificar encaminhamento.

Regulação e auditoria

Devolver para complementação quando o pedido trouxer apenas "TSH alterado", sem valor, data, T4 livre ou quadro clínico. A prioridade sobe conforme repercussão cardiovascular e gravidade; não confundir caso instável com fila eletiva.

7. Hipotireoidismo

Hipotireoidismo primário usual pode ser tratado na APS. Suspeita de origem central e dificuldade de controle após revisão sistemática merecem avaliação especializada.

Prioridade	Quando encaminhar ou manter na APS	Dados para regulação
P0	Suspeita de coma mixedematoso ou hipotireoidismo grave com rebaixamento de consciência: rede de urgência.	Descrever sinais vitais, sintomas e dados disponíveis; não aguardar exames para encaminhar.
P1	• Suspeita de hipotireoidismo central com sintomas importantes ou outros sinais de hipopituitarismo, sem instabilidade.	• TSH, T4 livre, sintomas, medicações e avaliação de insuficiência adrenal.
P2	• Suspeita de hipotireoidismo central clinicamente estável. • TSH persistentemente fora da meta após ajustes e revisão de adesão, com repercussão clínica ou dificuldade terapêutica significativa.	• TSH e T4 livre datados, sintomas, medicações e antecedentes hipofisários. • Série de TSH/T4 livre, dose, intervalo entre ajustes, adesão e interações.
P3	• Dificuldade de ajuste persistente, estável e sem repercussão relevante, após avaliação inicial completa.	• Série de TSH/T4 livre, dose, tempo e pergunta clínica específica.
APS	• Hipotireoidismo primário habitual, controlado ou ainda sem tentativa adequada de tratamento.	• Seguimento e titulação na APS.

Manejo inicial na APS

Confirmar TSH e T4 livre conforme apresentação; iniciar e ajustar levotiroxina quando indicada; revisar tomada em jejum, cálcio/ferro e outras interações, adesão e tempo entre mudanças de dose. Suspeita de insuficiência adrenal associada exige avaliação imediata antes de reposição tireoidiana isolada.

Regulação e auditoria

Pedidos com TSH isolado sem tratamento descrito devem retornar para dados ou manejo na APS, conforme risco. Encaminhar suspeita de doença hipofisária sem exigir imagem prévia.

8. Nódulo tireoidiano e bócio

A decisão deve considerar ultrassonografia estruturada, tamanho, fatores de risco, função tireoidiana e citologia quando indicada; o nódulo isolado não equivale a câncer.

Prioridade	Quando encaminhar ou manter na APS	Dados para regulação
P0	Comprometimento agudo da via aérea ou compressão cervical rapidamente progressiva: rede de urgência.	Descrever sinais vitais, sintomas e dados disponíveis; não aguardar exames para encaminhar.
P1	• Suspeita relevante de malignidade (citologia Bethesda V ou VI, linfonodo cervical suspeito, crescimento rápido ou dissonia persistente) ou câncer confirmado: encaminhar à Oncologia, P1, pelo fluxo municipal. Sintomas compressivos sem comprometimento agudo: avaliação especializada prioritária conforme o quadro.	• Descrever achados clínicos, exame cervical, US com dimensões e classificação de risco e PAAF/Bethesda se já realizada. A ausência de PAAF não impede o encaminhamento por suspeita relevante. Comprometimento agudo da via aérea é P0.

Quedas do Iguaçu • Endocrinologia adulto • versão técnica para validação • 2026

Prioridade	Quando encaminhar ou manter na APS	Dados para regulação
P2	• Nódulo que preenche critério de PAAF ou tem citologia indeterminada, sem sinais de alarme; bócio sintomático estável.	• TSH, US com medidas e características, citologia se houver, sintomas e antecedentes.
P3	• Nódulo estável com necessidade de interpretação especializada não resolvida na APS.	• US seriadas e pergunta clínica.
APS	• Nódulo de baixo risco sem indicação atual de PAAF ou avaliação especializada.	• Seguimento conforme estratificação e evolução.

Manejo inicial na APS

Solicitar TSH e US de tireoide quando clinicamente indicada; comparar laudos prévios. A necessidade de PAAF depende de padrão ultrassonográfico e tamanho, não apenas de um valor isolado. Nos casos sem suspeita de malignidade, definir com a rede o acesso à PAAF e à avaliação especializada conforme a indicação.

Regulação e auditoria

Regra local informada: diante de suspeita clínica, ultrassonográfica ou citológica relevante de malignidade, ou de câncer de tireoide confirmado, encaminhar prioritariamente à Oncologia pelo fluxo municipal, sem aguardar consulta de Endocrinologia. Informar a suspeita e anexar US e citologia disponíveis; não exigir PAAF, ressonância ou tomografia como condição universal para encaminhar. A regulação deve verificar o acesso à equipe capaz de concluir a investigação e definir o tratamento, incluindo cirurgia de cabeça e pescoço quando indicada. Comprometimento agudo da via aérea segue a urgência (P0).

9. Obesidade e alterações metabólicas

O cuidado de obesidade é longitudinal, multiprofissional e centrado em complicações. Endocrinologia é útil quando há hipótese endócrina, comorbidades complexas ou decisão terapêutica especializada.

Prioridade	Quando encaminhar ou manter na APS	Dados para regulação
P0	Obesidade isolada não define P0; intercorrências agudas seguem o fluxo de urgência conforme o quadro.	Descrever sinais vitais, sintomas e dados disponíveis; não aguardar exames para encaminhar.
P1	Não se aplica nesta condição com os critérios desta versão.	Reclassificar apenas se houver novo achado clínico; não atribuir prioridade artificial.
P2	• Obesidade com suspeita fundamentada de causa endócrina ou complicações importantes que exigem decisão especializada.	• IMC, cintura se disponível, evolução ponderal, comorbidades, medicamentos, exame e elementos da suspeita.
P3	• Obesidade persistente com indicação de avaliação especializada após abordagem estruturada e resposta insuficiente.	• Duração e componentes do tratamento, evolução de peso, barreiras e objetivo da consulta.
APS	• Sobre peso/obesidade sem complicação ou hipótese endócrina, antes de abordagem longitudinal.	• Plano de cuidado, nutrição e atividade física adaptados.

Manejo inicial na APS

Avaliar sono, alimentação, atividade física, medicamentos que favoreçam ganho ponderal, saúde mental e comorbidades. Não solicitar painel hormonal indiscriminado; investigar causas específicas quando houver sinais clínicos.

Regulação e auditoria

Não usar IMC isolado como critério automático para consulta de Endocrinologia nem inferir elegibilidade a cirurgia bariátrica. Encaminhamento cirúrgico segue critérios e rede próprios.

10. Outras alterações endócrinas

A investigação inicial deve ser dirigida. Exames alterados de forma isolada, sem contexto ou confirmação, raramente permitem priorização segura.

Quedas do Iguaçu • Endocrinologia adulto • versão técnica para validação • 2026



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

3451293879



Prioridade	Quando encaminhar ou manter na APS	Dados para regulação
P0	Crise adrenal, hipercalcemia sintomática grave ou crise hipertensiva com lesão aguda de órgão-alvo: rede de urgência.	Descrever sinais vitais, sintomas e dados disponíveis; não aguardar exames para encaminhar.
P1	• Suspeita consistente de insuficiência adrenal com sintomas relevantes, mas sem sinais de crise.	• Sintomas, PA, medicamentos/corticoides e exames iniciais; crise ou instabilidade é P0.
P2	• Suspeita fundamentada de hipercortisolismo, feocromocitoma ou outra doença suprarrenal em paciente estável. • Hiperparatireoidismo/hipercalcemia persistente sem sintomas agudos, osteoporose secundária complexa ou distúrbio de cálcio relevante. • Hiperprolactinemia persistente sintomática ou suspeita hipofisária estável com repercussão clínica. • Dislipidemia grave persistente com suspeita familiar, falha/intolerância de terapia apropriada ou hipertrigliceridemia importante.	• Sinais objetivos, padrão de PA, potássio, medicamentos e exames iniciais. • Cálcio corrigido ou ionizado, PTH quando indicado, creatinina/eGFR, vitamina D e fraturas/cálculos. • Prolactina com valor/data, sintomas, medicamentos e sinais visuais/neurológicos. • Perfil lipídico datado, história familiar, tratamento e causas secundárias; dor abdominal aguda é urgência.
P3	• Hipogonadismo confirmado ou hiperprolactinemia persistente sem repercussão importante, com dúvida terapêutica específica.	• Exames repetidos, sintomas, medicamentos e história reprodutiva.
APS	• Exame hormonal discretamente alterado, isolado, sem confirmação ou correlação clínica.	• Reavaliar indicação, condições de coleta e repetir quando pertinente.

Manejo inicial na APS

Revisar medicamentos e doenças que alteram resultados; confirmar alterações antes de investigação extensa quando o quadro for estável. Suspeita de lesão hipofisária com perda visual aguda, cefaleia intensa ou sinais neurológicos segue urgência.

Regulação e auditoria

Priorizar pelo quadro clínico, não pelo nome do exame. Devolver pedidos sem sintomas, valores e datas apontando precisamente os dados ausentes; preservar acesso quando houver sinais de risco.

11. Roteiros específicos para situações complexas

11.1 Hipófise e hiperprolactinemia

Na APS, investigar galactorreia, amenorreia ou hipogonadismo, infertilidade, cefaleia e alterações visuais; revisar gravidez quando aplicável, função tireoidiana e medicamentos que elevam prolactina. Confirmar elevação discreta em condições adequadas antes de atribuí-la a adenoma. Informar valor, unidade e data da prolactina, demais exames, medicamentos e sintomas. Hiperprolactinemia persistente sintomática ou suspeita de lesão hipofisária estável justifica Endocrinologia (P2); elevação discreta sem sintomas e sem confirmação permanece inicialmente na APS. Déficit visual agudo ou cefaleia intensa com suspeita de apoplexia hipofisária é P0.

11.2 Suprarrenal e hipertensão endócrina

Suspeitar de insuficiência adrenal quando houver sintomas compatíveis, hipotensão, hiperpigmentação ou exposição e retirada de glicocorticoide; informar dose, duração e data da última exposição. Suspeita estável e fundamentada é P1 ou P2 conforme intensidade e risco; hipotensão grave, vômitos, desidratação ou alteração de consciência com suspeita de crise adrenal é P0. Para hipercortisolismo, feocromocitoma ou hiperaldosteronismo, descrever achados clínicos, padrão de PA, potássio, medicamentos e exames já realizados. Crise hipertensiva com lesão aguda de órgão-alvo é P0. A investigação laboratorial dirigida pode ser compartilhada com a especialidade, sem exigir painel hormonal indiscriminado para aceitar o encaminhamento.

11.3 Cálcio, paratireoide e saúde óssea

Confirmar hipercalcemia persistente e interpretar cálcio com albumina ou cálcio ionizado quando disponível; registrar PTH, creatinina/eGFR, vitamina D, história de cálculos, fraturas e medicamentos relevantes. Hiperparatireoidismo provável ou hipercalcemia persistente sem instabilidade é P2, com prioridade ajustada por sintomas, função renal e fraturas. Hipercalcemia importante com desidratação, confusão, arritmia ou outros sintomas

agudos é P0. Osteoporose comum pode ser tratada na APS; encaminhar quando houver suspeita de causa secundária, fratura de fragilidade sob tratamento ou dificuldade terapêutica que exija avaliação especializada. O encaminhamento não deve depender de todos os exames quando sua obtenção atrasar caso de maior risco.

11.4 Dislipidemia e hipertrigliceridemia

Avaliar risco cardiovascular, história familiar de evento precoce, causas secundárias, adesão, dose e tempo de tratamento, e perfil lipídico com data. Dislipidemia habitual integra o cuidado da APS. Encaminhar P2 se houver suspeita clínica de dislipidemia familiar, intolerância relevante ou persistência de alteração importante apesar de tratamento apropriado; P3 para dúvida especializada estável bem delimitada. Hipertrigliceridemia acompanhada de dor abdominal aguda ou suspeita de pancreatite não aguarda consulta eletiva. O PCDT nacional de dislipidemia orienta o tratamento e a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite.

12. Ferramentas para encaminhar, regular e auditar

12.1 Modelo mínimo de encaminhamento pelo médico

"Encaminhamento para Endocrinologia por [condição e pergunta clínica]. Evolução há [tempo], com [sintomas e sinais]. Exame físico: [dados relevantes]. Exames [resultado e data]. Tratamentos já realizados [medicamento, dose, tempo, adesão, ajustes e resposta]. Comorbidades/complicações [descrição]. Justificativa para avaliação especializada [critério da seção]. Prioridade sugerida [P1, P2 ou P3] e motivo." A prioridade final cabe à regulação; o médico deve sinalizar imediatamente qualquer P0 pelo fluxo de urgência.

12.2 Conferência da regulação

Identificar a condição e a pergunta clínica; verificar se há critério especializado e dados suficientes; reconhecer sinais de urgência; atribuir prioridade pelo risco descrito, não apenas pelo exame alterado; conferir se outro serviço é o destino mais adequado; registrar a razão da classificação. Se faltar um dado essencial que pode mudar a prioridade, solicitar complementação objetiva. Casos estáveis sem critério seguem plano de cuidado na APS.

12.3 Justificativas padronizadas da auditoria

Decisão	Redação útil para resposta ao solicitante
Autorizar	"Critério de encaminhamento presente por [achado clínico]; dados suficientes para classificação [P1/P2/P3]."
Devolver	"Para definir indicação/prioridade, informar [resultado e data] e [tratamento com dose, duração e resposta]. Manter acompanhamento clínico enquanto complementa."
Redirecionar	"A hipótese descrita sugere avaliação por [serviço] devido a [motivo]. Orientar o fluxo assistencial disponível; não repetir exames sem indicação."
Manejo na APS	"No momento, não há critério especializado demonstrado; realizar [medida inicial concreta] e reavaliar/encaminhar se [critério de retorno]."
Urgência	"Sinais de [agravo] indicam avaliação imediata na rede de urgência, fora da fila ambulatorial."

Esses textos são exemplos adaptáveis à situação clínica. A devolução deve informar o dado ausente e o próximo passo, sem funcionar como negativa automática por falta de exame não indispensável.

13. Decisões da auditoria

Decisão	Aplicação
Autorizar	Indicação demonstrada, dados suficientes e prioridade coerente com gravidade.
Devolver para complementação	Informação essencial ausente; solicitar somente os dados necessários e especificá-los.
Manter na APS ou redirecionar	Sem critério especializado atual ou outra especialidade/fluxo mais apropriado; justificar e orientar próximo passo.
Encaminhar à urgência	Qualquer P0; não manter em fila eletiva.



14. Referências e validação

Ministério da Saúde. PCDT Diabetes Mellito Tipo 2, atualização de fevereiro de 2026. <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/2026/pcdt-diabetes-mellito-tipo-2>

Ministério da Saúde. PCDT Diabetes Mellito Tipo 1. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/d/diabetes-mellito-tipo-1/view>

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Nota Técnica Endocrinologia Adulto, 2021. <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/64132/Endocrinologia.pdf>

Prefeitura de Belo Horizonte. Protocolo de encaminhamento para Endocrinologia adulto. <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/b09f0bf5f7e05c98f6b49774366f4b67f33c9088.pdf>

Prefeitura de Curitiba. Protocolo de encaminhamentos da APS para telerregulação Endocrinologia. <https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/PROTOCOLO%20DE%20ENCAMINHAMENTOS%20DA%20ATENCAO%20PRIMARIA%20PARA%20TELERREGULACAO%20ENDOCRINOLOGIA.pdf>

Ministério da Saúde. PCDT Insuficiência Adrenal. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/i/insuficiencia-adrenal/view>

Ministério da Saúde. PCDT Hiperprolactinemia. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/h/hiperprolactinemia/view>

Ministério da Saúde. PCDT Dislipidemia. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/d/dislipidemia/view>

Fontes externas orientam a proposta técnica; seus critérios administrativos não foram adotados como regras de Quedas do Iguaçu. Prioridades eletivas e acesso à PAAF, cirurgia e serviços de apoio dependem de validação pela gestão e rede local.



Quedas do Iguaçu • Endocrinologia adulto • versão técnica para validação • 2026



Controle do documento

Campo	Registro
Elaboração técnica	_____
Revisão clínica	_____
Responsável pela auditoria	_____
Aprovação / ato normativo	_____
Data de vigência	___/___/___
Revisão programada	24 meses ou antes, se houver mudança normativa/assistencial

STATUS Minuta técnica para pactuação e aprovação municipal. Antes da vigência, validar carteira de exames, rede prestadora, responsabilidades, fluxos, prazos e capacidade de resposta a resultados críticos. O texto não cria, por si só, regra administrativa local.

Sumário executivo

- Princípios e regras gerais
- Classificação regulatória e fluxo de auditoria
- Matrizes de indicação por grupos de exames
- Linhas de cuidado e populações especiais
- Exames de uso restrito ou especializado
- Práticas de baixo valor e critérios de devolução
- Urgência, resultados críticos e responsabilidades
- Anexos: solicitação, justificativa e checklist de auditoria
- Referências técnicas

1. Objeto, alcance e objetivos

Este protocolo orienta solicitações ambulatoriais de exames laboratoriais no SUS municipal, sobretudo na Atenção Primária, e oferece critérios transparentes para análise pela auditoria. Não substitui julgamento clínico, protocolos de urgência, PCDT específicos nem regras de vigilância epidemiológica.

1.1 Objetivos específicos

- Vincular cada exame a pergunta clínica e possível mudança de conduta.
- Padronizar dados mínimos, periodicidade e situações que exigem justificativa.
- Evitar painéis indiscriminados, duplicidade, rastreamento não recomendado e cascatas diagnósticas.
- Priorizar gestantes, crianças, pessoas com condições crônicas, imunossuprimidos e suspeitas de agravos de notificação.
- Permitir auditoria educativa, rastreável e com devolução fundamentada.

2. Princípios para solicitar exames

Princípio	Aplicação prática
Necessidade	Solicitar apenas se o resultado puder confirmar/excluir hipótese, estratificar risco, monitorar

Princípio	Aplicação prática
	tratamento ou orientar encaminhamento.
Proporcionalidade	Começar pelo teste de primeira linha; ampliar de forma sequencial quando necessário.
Temporalidade	Respeitar tempo biológico, estabilidade clínica, meia-vida do marcador e tratamento em curso.
Não duplicidade	Consultar resultados prévios e solicitações abertas antes de repetir.
Segurança	Registrar medicamentos, gestação, comorbidades, função renal/hepática e sinais de gravidade relevantes.
Equidade	Priorizar risco clínico, não ordem informal, pressão do usuário ou pedido sem avaliação.
Autonomia clínica responsável	Exceções são possíveis, desde que justificadas e registradas.

2.1 Dados mínimos obrigatórios

- Identificação do usuário, CNS/CPF, unidade, profissional e data.
- Pergunta clínica ou finalidade explícita (rastreamento, confirmação diagnóstica, monitoramento, pré-operatório, gestação ou outra), evitando apenas registrar o nome do exame.
- Resumo clínico objetivo com duração/evolução, achados relevantes, CID-10 quando pertinente, medicamentos, exames anteriores com datas e conduta pretendida.
- Data desejada e prioridade; informar gestação, imunossupressão ou risco ocupacional quando aplicável.
- Assinatura/identificação profissional conforme legislação e sistema utilizado.

2.2 Critério central para análise

A análise deve responder se o exame é apropriado para a pergunta clínica, se o momento da coleta é útil e se o resultado poderá modificar a conduta. A ausência de CID isoladamente não justifica devolução quando a informação clínica é suficiente.

Pedidos incompletos devem ser devolvidos para complementação com indicação objetiva do dado ausente. Não autorização ou redirecionamento exigem fundamento técnico e alternativa assistencial, quando houver. Situações tempo-dependentes devem seguir o fluxo de urgência, sem permanecer na fila eletiva.

3. Classificação regulatória

Classe	Definição	Conduta regulatória
A - APS direta	Exame comum, indicação compatível e informações suficientes.	Autorizar ou realizar conforme oferta e fluxo pactuado.
B - APS com justificativa	Pode ser solicitado na APS, mas requer hipótese, contexto, resultado prévio ou condição definida.	Autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver para complementação quando faltar informação essencial.
C - Regulado ou especializado	Baixa frequência, maior complexidade, custo relevante, interpretação especializada ou maior risco de uso inadequado.	Submeter à regulação. Especialista não é requisito automático; observar indicação clínica, competência profissional, oferta contratada e regra local formalmente aprovada.
D - Urgência	Suspeita de condição tempo-dependente ou risco imediato.	Redirecionar ao ponto assistencial capaz de coletar, liberar e agir sobre o resultado. Não manter em fila eletiva.



REGRA DE SEGURANÇA A auditoria não substitui a avaliação clínica e não deve criar barreira burocrática diante de risco relevante. Exceções tecnicamente justificadas devem ser analisadas e registradas; urgências devem ser redirecionadas ao serviço adequado.

PARTE I

PROTOCOLOS POR DOENÇA E SITUAÇÃO CLÍNICA

Localize primeiro a condição clínica do usuário. Os exames listados representam um conjunto inicial possível, não uma bateria obrigatória: o profissional deve selecionar somente os que respondem à pergunta clínica.

COMO USAR 1) Identifique a condição clínica. 2) Selecione apenas os exames que respondem à pergunta clínica. 3) Consulte a classe regulatória e a periodicidade. 4) Verifique resultados recentes e duplicidades. 5) Registre a justificativa das exceções. As listas não representam baterias obrigatórias nem garantia automática de autorização.

1. Hipertensão arterial sistêmica

Critério de enquadramento: Diagnóstico estabelecido ou investigação após medidas pressóricas persistentemente elevadas, conforme protocolo vigente.

Periodicidade de solicitação: Estável: avaliação geralmente anual. Após início/ajuste de IECA, BRA, diurético ou antagonista de aldosterona: função renal e eletrólitos em prazo definido pelo risco clínico.

EXAMES POSSÍVEIS CONFORME AVALIAÇÃO CLÍNICA:

Creatinina com eTFG
Sódio
Potássio
Glicemia ou HbA1c conforme risco
Perfil lipídico + triglicerídeos
EAS
Hemograma completo
Ácido úrico
Relação albumina/creatinina urinária quando indicados

2. diabetes mellitus e pré-diabetes

Critério de enquadramento: DM1, DM2, diabetes gestacional prévio ou alteração glicêmica a confirmar; rastreamento em pessoas com fatores de risco (sobrepeso/obesidade associado a outro fator risco, história familiar de DM, hipertensão, dislipidemia, síndrome metabólica).

Periodicidade de solicitação: HbA1c: semestral em pacientes compensados e trimestral em pacientes descompensados. Função renal, albuminúria e lipídios em geral anuais, individualizando por estágio e tratamento.

EXAMES POSSÍVEIS CONFORME AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia
HbA1c
Creatinina/eTFG
Relação albumina/creatinina urinária
Perfil lipídico + triglicerídeos
Potássio
TGO e TGP (rastreamento de esteatose hepática associada)

Observação para auditoria: TOTG é diagnóstico, não exame de seguimento. Insulina, HOMA-IR, peptídeo C e autoanticorpos exigem questão clínica específica.

3. Dislipidemia e prevenção cardiovascular

Critério de enquadramento: Risco cardiovascular aumentado, diabetes, DRC, doença aterosclerótica, história familiar ou monitoramento de tratamento.

Periodicidade de solicitação: Reavaliar após intervenção em prazo clinicamente útil; depois, em estabilidade, conforme risco e adesão, frequentemente anual.

EXAMES POSSÍVEIS CONFORME AVALIAÇÃO CLÍNICA

Colesterol total, HDL-c, LDL-c e triglicerídeos. ALT e CK somente quando clinicamente indicados

Observação para auditoria: Apolipoproteína B e Lp(a) são exames selecionados/regulados. CK não deve ser seriada em usuário assintomático.

4. Cardiopatias e insuficiência cardíaca

Critério de enquadramento: Insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana, arritmia, cardiopatia estrutural ou uso de medicamentos que exigem monitoramento.

Periodicidade de solicitação: Estável: conforme doença e tratamento, frequentemente semestral a anual. Após descompensação ou ajuste de diurético/RAAS: prazo menor conforme risco.

EXAMES POSSÍVEIS CONFORME AVALIAÇÃO CLÍNICA

Creatinina/eTFG
Ureia
Sódio
Potássio
Hemograma
Glicemia/HbA1c e lipídios conforme risco
Magnésio
Cálcio
INR se varfarina

Observação para auditoria: Troponina, gasometria e lactato pertencem ao fluxo de urgência quando houver suspeita aguda; não à fila eletiva da UBS.

5. Doença renal crônica e risco renal

Critério de enquadramento: eTFG reduzida e/ou albuminúria persistente, diabetes, HAS de longa duração, alteração urinária ou uso de nefrotóxicos.

Periodicidade de solicitação: Individualizar pelo estágio e velocidade de progressão: de anual em baixo risco a intervalos menores em maior risco ou após mudanças terapêuticas.

EXAMES POSSÍVEIS CONFORME AVALIAÇÃO CLÍNICA

Creatinina/eTFG
Ureia
Potássio
Sódio
EAS
relação albumina/creatinina urinária.
Hemograma, cálcio, fósforo, bicarbonato e PTH em estágios/indicações pertinentes

Observação para auditoria: Confirmar cronicidade quando possível. Proteinúria/clearance de 24 h e exames mineral-ósseos ampliados são selecionados, não automáticos.

6. Obesidade e síndrome metabólica

Critério de enquadramento: IMC elevado e/ou adiposidade central com fatores metabólicos; avaliar comorbidades, não apenas o peso.



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 36 / 069

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | QUEDAS DO IGUAÇU - PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | QUEDAS DO IGUAÇU - PR

Periodicidade de solicitação: Em geral anual para risco metabólico estável; antes quando houver intervenção relevante ou alteração clínica.

EXAMES POSSÍVEIS CONFORME AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia
HbA1c
Perfil lipídico + triglicerídeos
TGO e TGP
Creatinina/eTFG
TSH
Ácido urico
outros conforme comorbidades

Observação para auditoria: Insulina/HOMA-IR, cortisol e painéis hormonais não são rotina da obesidade.

7. Tireoidopatias

Critério de enquadramento: Sintomas/sinais compatíveis, bócio/nódulo, história de doença tireoidiana, fármacos de risco ou acompanhamento de tratamento.

Periodicidade de solicitação: Após ajuste de levotiroxina: TSH em geral em 6-8 semanas. Estável: usualmente 6-12 meses. Hipertireoidismo segue plano individual.

EXAMES POSSÍVEIS CONFORME AVALIAÇÃO CLÍNICA

TSH como primeira linha
T4 livre
T3 em tireotoxicose selecionada
Anti-TPO – restrito a suspeita de doença autoimune com TSH alterado

8. Anemia e outras citopenias

Critério de enquadramento: Hemoglobina, leucócitos ou plaquetas alterados; sintomas de anemia/sangramento; grupos de risco; doença crônica ou toxicidade medicamentosa.

Periodicidade de solicitação: Após tratamento, repetir conforme gravidade e tempo esperado de resposta, frequentemente 4-8 semanas na anemia carencial; estabilidade depende da causa.

EXAMES POSSÍVEIS CONFORME AVALIAÇÃO CLÍNICA

Hemograma
Ferro sérico
Ferritina
Vitamina B12
Folato
Transferrina/saturação, função renal, PCR, bilirrubinas/LDH e eletroforese conforme padrão em hemograma

Observação para auditoria: Começar pelo hemograma e morfologia. Evitar solicitar simultaneamente todos os testes etiológicos sem considerar VCM e contexto.

9. Hepatopatias, esteatose e uso de hepatotóxicos

Critério de enquadramento: Enzimas alteradas, risco metabólico/infecioso, álcool, icterícia, hepatopatia conhecida ou medicamento hepatotóxico.

Periodicidade de solicitação: Alteração leve: repetir em prazo definido pela causa e intervenção, em geral semanas a meses. Doença estável: conforme estágio, frequentemente 6-12 meses.

EXAMES POSSÍVEIS CONFORME AVALIAÇÃO CLÍNICA

TGP e TGO
Fosfatase alcalina
GGT
Bilirrubinas
Albumina e INR para síntese
Sorologias conforme risco

Observação para auditoria: GGT isolada não é rastreamento universal. Autoanticorpos hepáticos, ceruloplasmina e alfa-1-antitripsina são regulados após investigação inicial.

10. Gota e hiperuricemia

Critério de enquadramento: Artrite sugestiva de gota, tofos, litíase por ácido úrico ou monitoramento de terapia hipouricemiantes.

Periodicidade de solicitação: Durante titulação, repetir ácido úrico em intervalo compatível com ajuste; após meta estável, espaçar conforme risco e adesão.

EXAMES POSSÍVEIS CONFORME AVALIAÇÃO CLÍNICA

Ácido úrico
creatinina/eTFG
hemograma e função hepática conforme medicamento

Observação para auditoria: Hiperuricemia assintomática isolada não justifica automaticamente investigação extensa nem tratamento.

11. Osteoporose e distúrbios do metabolismo ósseo

Critério de enquadramento: Fratura por fragilidade, baixa massa óssea, uso prolongado de corticoide, má absorção, DRC ou fatores de risco relevantes.

Periodicidade de solicitação: Avaliação basal e repetição conforme tratamento/causa. Vitamina D não deve ser seriada sem indicação de reposição ou risco persistente.

EXAMES POSSÍVEIS CONFORME AVALIAÇÃO CLÍNICA

Cálcio total, albumina, creatinina/eTFG, fosfatase alcalina, TSH, Vitamina D
Fósforo e PTH conforme contexto

12. Pós-operatório de cirurgia bariátrica

Critério de enquadramento: Qualquer técnica bariátrica, considerando tempo de cirurgia, sintomas, suplementação e risco de má absorção.

Periodicidade de solicitação: Em geral aos 3, 6 e 12 meses no primeiro ano e anualmente depois; intervalos menores ou testes adicionais conforme técnica e deficiência.

EXAMES POSSÍVEIS CONFORME AVALIAÇÃO CLÍNICA

Hemograma
ferritina e estudos de ferro
B12
folato
cálcio, albumina, fósforo, magnésio, PTH e vitamina D
glicemia/HbA1c
Função hepática/renal.
Tiamina, zinco e cobre conforme risco/sintomas

Observação para auditoria: A lista deve ser adaptada à técnica cirúrgica. Vômitos persistentes ou sintomas neurológicos exigem avaliação rápida de tiamina, sem atrasar tratamento.

Protocolo de Exames Laboratoriais | Versão 2.0 - 2026 | 6

Protocolo de Exames Laboratoriais | Versão 2.0 - 2026 | 7



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

3451293879



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 37 / 069

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | QUEDAS DO IGUAÇU - PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | QUEDAS DO IGUAÇU - PR

13. Saúde mental e psicofármacos

Critério de enquadramento: Transtorno mental em tratamento, especialmente lítio, clozapina, valproato, carbamazepina ou antipsicóticos com risco metabólico.

Periodicidade de solicitação: Conforme medicamento, fase e estabilidade. Lítio exige controle mais próximo após início/ajuste e depois periódico; clozapina segue cronograma próprio.

EXAMES POSSÍVEIS CONFORME AVALIAÇÃO CLÍNICA
Litemia, creatinina/eTFG, TSH, cálcio e eletrólitos conforme lítio
hemograma conforme clozapina/carbamazepina
função hepática conforme agente
glicemia/HbA1c e lipídios para antipsicóticos

Observação para auditoria: Registrar medicamento, dose, horário da última dose e fase do tratamento. Nível sérico não é rotina para toda anticonvulsivante.

14. Gestação e pré-natal

Critério de enquadramento: Gestação confirmada ou suspeita; iniciar APS preferencialmente até a 12ª semana e classificar risco.

Periodicidade de solicitação: Por trimestre e janelas específicas do protocolo vigente; resultados alterados ou alto risco determinam intervalos próprios.

EXAMES POSSÍVEIS CONFORME AVALIAÇÃO CLÍNICA
Início: hemograma, ABO/Rh, pesquisa de anticorpos quando indicada, glicemia, sífilis, HIV, HBsAg, urina e urocultura
demais conforme linha vigente. Rastreo de diabetes gestacional na janela indicada e repetição de infecções no terceiro trimestre conforme diretriz

Observação para auditoria: Não criar barreira de auditoria que faça perder janela do pré-natal. Conferir sempre a versão municipal/estadual e os testes disponíveis.

15. Infecções sexualmente transmissíveis

Critério de enquadramento: Solicitação espontânea, exposição, sinais/sintomas, gestação, populações prioritárias ou oportunidade de testagem.

Periodicidade de solicitação: Conforme exposição, janela imunológica, tratamento e risco; gestação possui calendário próprio.

EXAMES POSSÍVEIS CONFORME AVALIAÇÃO CLÍNICA
Testes rápidos/laboratoriais para HIV, sífilis, hepatites B e C
VDRL quantitativo para atividade/seguimento
testes para gonococo/clamídia conforme disponibilidade e indicação

Observação para auditoria: Garantir confidencialidade. Exposição recente pode exigir profilaxia e atendimento imediato, sem aguardar exames eletivos.

16. Tuberculose e hanseníase

Critério de enquadramento: Sintomático respiratório, contato, imagem/sinais compatíveis ou suspeita de hanseníase, conforme vigilância.

Periodicidade de solicitação: Diagnóstico e seguimento conforme programa e esquema terapêutico.

EXAMES POSSÍVEIS CONFORME AVALIAÇÃO CLÍNICA
TRM-TB, baciloscopia e cultura conforme algoritmo
exames de segurança terapêutica conforme medicamentos e risco. Hanseníase é prioritariamente diagnóstico clínico, com exames complementares selecionados

Observação para auditoria: Agravos de notificação e fluxo prioritário. Não condicionar coleta diagnóstica essencial à autorização eletiva comum.

17. Pessoa com diagnóstico novo de HIV

Critério de enquadramento: Diagnóstico confirmado, para avaliação inicial e encaminhamento ao CTA/SAE conforme fluxo regional vigente.

Periodicidade de solicitação: Avaliação inicial antes ou no momento do encaminhamento; seguimento conforme SAE/PCDT.

EXAMES POSSÍVEIS CONFORME AVALIAÇÃO CLÍNICA
Hemograma
creatina/eTFG
EAS
AST/ALT, FA e bilirrubinas
glicemia
perfil lipídico + triglicerídeos
hepatites e outras infecções
CD4 e carga viral conforme fluxo de referência

Observação para auditoria: Conferir lista atual exigida pelo CTA/SAE/CISCOPAR. Não atrasar o vínculo ao serviço especializado por exame pendente.

18. Infecção urinária recorrente ou complicada

Critério de enquadramento: Gestação, homem, criança, recorrência, pielonefrite, anomalia urológica, imunossupressão ou falha terapêutica.

Periodicidade de solicitação: Por episódio quando houver indicação; não realizar culturas seriadas de cura em assintomáticos, exceto protocolos específicos.

EXAMES POSSÍVEIS CONFORME AVALIAÇÃO CLÍNICA
EAS e urocultura com antibiograma
creatina/eTFG em quadro complicado ou risco renal
hemograma/inflamação se repercussão sistêmica

Observação para auditoria: Preferir coleta antes do antibiótico quando seguro. Bacteriúria assintomática não deve ser rastreada/tratada fora de situações indicadas.

19. Criança e adolescente

Critério de enquadramento: Puericultura e atendimento clínico com avaliação de crescimento, desenvolvimento, alimentação, puberdade e riscos.

Periodicidade de solicitação: Triagens conforme idade/programa; demais exames somente diante de risco, sintomas ou condição crônica.

EXAMES POSSÍVEIS CONFORME AVALIAÇÃO CLÍNICA
Hemograma
Parasitológico de fezes
Ferritina
Glicemia
TSH
Colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos
HbA1c e TGO/TGP em obesidade selecionada
Exames de IST/gestação conforme risco
outros dirigidos

Observação para auditoria: Não adotar hemograma e parasitológico anuais universais. Preservar confidencialidade do adolescente dentro das normas de proteção.

Protocolo de Exames Laboratoriais | Versão 2.0 - 2026 | 8

Protocolo de Exames Laboratoriais | Versão 2.0 - 2026 | 9



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

3451293879



20. Pessoa idosa, fragilidade e polifarmácia

Critério de enquadramento: Pessoa com comorbidades, fragilidade, perda funcional/peso, quedas, déficit cognitivo, sintomas ou múltiplos medicamentos.

Periodicidade de solicitação: Conforme doenças e fármacos; em estabilidade, muitos controles são semestrais ou anuais, mas idade isolada não define bateria.

EXAMES POSSÍVEIS CONFORME AVALIAÇÃO CLÍNICA

Hemograma, creatinina/eTFG, sódio, potássio, glicemia/HbA1c, função hepática, perfil lipídico, triglicerídeos e TSH conforme risco. B12, cálcio, vitamina D e eletroforese de proteínas quando houver hipótese

Observação para auditoria: Não liberar automaticamente todos os exames apenas pela idade. Priorizar revisão medicamentosa, nutrição, funcionalidade e objetivos de cuidado.

21. Suspeita de doença autoimune/reumatológica

Critério de enquadramento: Artrite inflamatória, fenômeno de Raynaud com sinais sistêmicos, serosite, nefrite, citopenias, lesões cutâneas típicas ou outro quadro específico.

Periodicidade de solicitação: Investigação inicial; repetição apenas se marcador acompanha atividade e muda conduta.

EXAMES POSSÍVEIS CONFORME AVALIAÇÃO CLÍNICA

Hemograma, creatinina/EAS, PCR/VHS e testes direcionados: FR/anti-CCP, FAN e complementares conforme fenótipo

Observação para auditoria: Evitar “painel reumatológico” para dor difusa/fadiga sem sinais específicos. Anti-DNA, ENA, complemento e HLA-B27 são regulados/condicionais.

22. Rotina da saúde do adulto

Critério de enquadramento: Avaliação preventiva individualizada, orientada por idade, sexo, gestação quando aplicável, fatores de risco, sintomas, comorbidades, medicamentos e rastreamentos recomendados. Não existe bateria laboratorial universal para todo adulto assintomático.

Periodicidade de solicitação: Definida pelo risco, resultado anterior, tratamento e diretriz específica. Na ausência de alterações nos exames anteriores, de novas queixas ou de mudanças clínicas relevantes, considerar repetição anual, conforme avaliação individualizada.

EXAMES POSSÍVEIS CONFORME RISCO E DIRETRIZ ESPECÍFICA

Hemograma completo
Glicemia
Perfil lipídico com triglicerídeos
Creatinina
Ureia
TSH

HbA1c quando houver indicação de rastreamento/monitoramento

EAS e vitaminas e outros somente quando idade, condição clínica, medicamento ou fator de risco justificarem

PSA para homens com 50 anos ou mais, ou a partir de 45 anos quando houver fator de risco, mediante decisão clínica compartilhada

Observação para auditoria: Avaliar cada exame separadamente. Repetição precoce exige justificativa, mas não deve ser recusada apenas por ter ocorrido antes de 12 meses quando houver mudança clínica, terapêutica ou resultado prévio alterado.

PARTE II

CONSULTA RÁPIDA POR EXAME

Use esta parte para confirmar indicação, sequência de investigação e classe regulatória do exame.

4. Hematologia, coagulação e estoques de ferro

Exame	Indicações principais	Repetição / observações	Classe
Hemograma completo	Anemia/sangramento; infecção com repercussão; febre persistente; citopenia; doença crônica; toxicidade medicamentosa; gestação conforme linha de cuidado.	Não usar como check-up seriado. Repetir conforme gravidade e intervenção; em estabilidade, geralmente meses, não dias.	A
Reticulócitos	Classificação de anemia após hemograma; resposta medular; suspeita de hemólise ou perda aguda.	Solicitar com hemograma e contexto.	B
Ferritina	Suspeita de deficiência/sobrecarga de ferro; anemia microcítica; monitoramento após reposição selecionada.	Interpretar com inflamação. Evitar painel completo de ferro sem hipótese.	B
Ferro, transferrina/TIBC, saturação	Dúvida diagnóstica após hemograma/ferritina; inflamação; sobrecarga de ferro.	Preferir solicitação conjunta e interpretada.	B
Vitamina B12 / folato	Macrocitose, neuropatia, má absorção, dieta de risco, uso prolongado de fármacos associados.	Não rastrear assintomáticos de baixo risco.	B
TP/INR	Varfarina; hepatopatia; sangramento; pré-procedimento quando história/risco indicarem.	Frequência individualizada no uso de varfarina.	A/B
TTPa	Sangramento inexplicado; heparina não fracionada; investigação dirigida.	Não pedir rotineiramente antes de cirurgia em pessoa sem risco.	B
D-dímero	Exclusão de TEV apenas com baixa/intermediária probabilidade clínica e fluxo definido.	Não usar como rastreio; resultado positivo é inespecífico. Suspeita aguda deve ir à urgência.	C/D
Eletroforese de hemoglobina	Suspeita de hemoglobinopatia, microcitose não explicada, triagem gestacional conforme protocolo.	Uma vez, salvo indicação especializada.	B

5. Glicemia, diabetes e metabolismo

Exame	Quando solicitar	Periodicidade orientativa	Classe
Glicemia de jejum	Diagnóstico/rastreamento em pessoas com risco; sintomas; gestação conforme protocolo.	Risco normal: individualizar. Alteração diagnóstica: confirmar conforme PCDT, salvo hiperglicemia inequívoca com sintomas.	A
Hemoglobina glicada	Diagnóstico quando método padronizado; monitoramento do diabetes.	Em geral 3-6 meses conforme controle e mudança terapêutica; evitar intervalo muito curto sem razão.	A
TOTG 75 g	Discordância diagnóstica; gestação em janela	Não repetir rotineiramente para	B



Exame	Quando solicitar	Periodicidade orientativa	Classe
	indicada; situações específicas.	monitoramento.	
Insulina / HOMA-IR	Raramente necessários na APS; não recomendados para diagnóstico usual de resistência insulínica.	Somente questão clínica específica.	C
Peptídeo C / autoanticorpos DM	Classificação de diabetes atípico, dúvida DM1/LADA/MODY, hipoglicemia selecionada.	Avaliação especializada ou justificativa robusta.	C
Cetonemia/cetonúria	Hiperglicemia com sintomas, doença intercorrente em DM1, suspeita de cetoacidose.	Suspeita de cetoacidose é urgência.	D

6. Função renal, eletrólitos e urina

Exame	Indicação	Observações	Classe
Creatinina + eTFG	HAS, diabetes, DRC, idosos/frágeis, nefrotóxicos, edema, alteração urinária, doença aguda.	Informar idade/sexo; tendência é mais útil que valor isolado.	A
Ureia	Complementar na disfunção renal, catabolismo, hidratação e suspeita de sangramento digestivo; não substitui eTFG.	Evitar como rastreio isolado.	A/B
Sódio / potássio	Diuréticos, IECA/BRA/ARM, doença renal/cardíaca, diabetes, sintomas ou distúrbio hidroeletrólítico.	Após início/ajuste de drogas de risco, prazo conforme risco clínico.	A
Cálcio total	Sintomas, osteoporose, litíase, doença renal, neoplasia, distúrbio paratireoide.	Corrigir pela albumina quando apropriado; cálcio ionizado é seletivo.	A/B
Magnésio / fósforo	Arritmia, perdas GI, álcool, diuréticos, DRC avançada, distúrbios mineral-ósseos.	Não integrar check-up rotineiro.	B
EAS/urina tipo I	Sintomas urinários, hematúria/proteinúria, gestação, suspeita renal; não rastrear bacteriúria em grupos sem indicação.	Resultado deve ser correlacionado com sintomas e coleta.	A
Urocultura + antibiograma	ITU complicada/recorrente, pielonefrite, gestação, homem, criança, falha terapêutica ou indicação clínica.	Idealmente antes do antibiótico; não controlar cura de rotina, exceto protocolos específicos.	A/B
Relação albumina/creatinina urinária	diabetes, DRC, risco renal; confirmação de albuminúria persistente.	Preferir amostra isolada; repetir para confirmar quando não houver condição transitória.	A/B
Proteinúria 24 h	Situações selecionadas quando quantificação em amostra isolada não basta.	Requer justificativa e orientação de coleta.	C
Clearance creatinina 24 h	Situações específicas de massa muscular/extremos ou decisão farmacológica; eTFG atende à maioria.	Evitar duplicar eTFG sem justificativa.	C

7. Perfil lipídico, triglicerídeos e risco cardiovascular

Exame	Indicações	Periodicidade / notas	Classe
-------	------------	-----------------------	--------

Exame	Indicações	Periodicidade / notas	Classe
CT, HDL-c, TG, LDL-c calculado/direto	Estratificação de risco; diabetes; DRC; doença cardiovascular; resposta/adesão ao tratamento.	Coleta sem jejum é possível em muitas situações; jejum pode ser necessário em hipertrigliceridemia conforme laboratório. Reavaliar após intervenção e depois conforme risco.	A
Apolipoproteína B	Risco residual/discordância em casos selecionados, hipertrigliceridemia.	Não necessária para rotina da maioria.	C
Lipoproteína(a)	Risco familiar/prematuro, hipercolesterolemia familiar ou decisão especializada.	Geralmente uma medida na vida, se disponível e indicada.	C
CK total	Sintomas musculares com estatina; risco de miopatia; doença muscular.	Não monitorar rotineiramente assintomáticos.	B
Troponina / CK-MB	Síndrome coronariana aguda ou lesão miocárdica em ambiente com avaliação imediata.	Não solicitar eletivamente na UBS.	D

8. Função hepática e pancreática

Exame	Indicações	Observações	Classe
ALT/TGP e AST/TGO	Suspeita/seguimento de hepatopatia; fármacos hepatotóxicos; risco metabólico ou infeccioso.	Evitar repetição precoce em alteração leve e estável sem mudança clínica.	A
FA e GGT	Padrão colestático; FA elevada para esclarecer origem; uso de álcool/fármacos em contexto.	GGT isolada não é teste de rastreio universal.	A/B
Bilirubinas	Icterícia, hemólise, hepatopatia/colestase.	Fracionar quando alterada ou clinicamente indicado.	A
Albumina e TP/INR	Síntese hepática/prognóstico em hepatopatia; desnutrição selecionada.	Albumina é influenciada por inflamação e perdas.	A/B
Amilase/lipase	Suspeita de pancreatite; preferir lipase quando disponível.	Não usar para dor abdominal inespecífica crônica ou acompanhamento após normalização clínica.	D/B
Alfa-1-antitripsina, ceruloplasmina, autoanticorpos hepáticos	Hepatopatia persistente após investigação inicial.	Regulado/especializado.	C

9. Tireoide e endocrinologia

Exame	Indicações	Sequência / intervalo	Classe
TSH	Primeira linha para suspeita de disfunção tireoidiana; grupos de risco; monitoramento.	Após ajuste de levotiroxina, aguardar em geral 6-8 semanas; estável, usualmente 6-12 meses.	A
T4 livre	TSH alterado; suspeita central; gestação/situações específicas. Pacientes com	Evitar T3/T4 total em painel inicial sem indicação.	A/B



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 40 / 069

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | QUEDAS DO IGUAÇU - PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | QUEDAS DO IGUAÇU - PR

Exame	Indicações	Sequência / intervalo	Classe
	diagnóstico (anual)		
T3	Suspeita de tireotoxicose com T4L normal ou situações especializadas.	Não monitorar hipotireoidismo primário tratado.	B
Anti-TPO / anti-Tg	Etiologia autoimune quando muda orientação; situações reprodutivas selecionadas.	Não repetir para monitorar resposta.	B/C
TRAb	Graves, gestação com história de Graves, decisão terapêutica.	Justificativa/especialista.	C
Cortisol, ACTH	Suspeita clínica consistente de insuficiência/hipercortisolismo.	Horário e fármacos são essenciais; testes confirmatórios regulados.	C
Prolactina	Galactorreia, amenorreia/oligomenorreia, hipogonadismo, massa hipofisária, fármacos.	Confirmar elevação leve em condições adequadas antes de imagem.	B
FSH/LH/estradiol	Amenorreia, falência ovariana, puberdade anormal, infertilidade orientada.	Não pedir painel hormonal indiscriminado.	B/C
Testosterona total	Sintomas de hipogonadismo; investigação de hiperandrogenismo.	Homens: coleta matinal e confirmação de valor baixo; complementar conforme caso.	B
PTH	Hipercalcemia/hipocalcemia, DRC com distúrbio mineral-ósseo.	Solicitar junto a cálcio, fósforo, creatinina e vitamina D quando pertinente.	B/C
Vitamina D - 25-OH	Osteomalácia, osteoporose selecionada, má absorção, DRC, risco alto ou monitoramento de reposição indicada.	Não rastrear universalmente assintomáticos; evitar 1,25-(OH)2D de rotina.	B/C

10. Inflamação, autoimunidade e reumatologia

Exame	Uso apropriado	Uso inadequado frequente	Classe
PCR / VHS	Inflamação/infeção com hipótese definida; acompanhamento de doença inflamatória quando altera conduta.	Check-up ou repetição sem decisão clínica.	A/B
Fator reumatoide	Poliartrite inflamatória persistente e probabilidade clínica.	Dor musculoesquelética inespecífica.	B
Anti-CCP	Suspeita de artrite reumatoide, sobretudo FR negativo/diagnóstico duvidoso.	Rastreamento populacional.	C
FAN	Suspeita clínica de doença autoimune sistêmica.	Fadiga, dor difusa ou queda de cabelo isoladas sem sinais específicos.	B/C
Anti-DNA, ENA, complemento	FAN/contexto compatível; diagnóstico/atividade de doença específica.	Painel automático antes da avaliação clínica.	C
HLA-B27	Suspeita estruturada de espondiloartrite; não confirma isoladamente.	Lombalgia mecânica comum.	C
Ácido úrico	Gota, litíase por ácido úrico, síndrome de lise, monitoramento de terapia.	Diagnosticar crise apenas pelo valor ou rastrear rotina.	A/B

Protocolo de Exames Laboratoriais | Versão 2.0 - 2026 | 14

11. Infectologia, sorologias e microbiologia

Exame	Indicação	Notas regulatórias	Classe
HIV 1/2	Oferta conforme políticas de testagem, exposição, gestação, IST, TB, hepatites e demanda informada.	Consentimento e aconselhamento conforme fluxo; suspeita aguda pode exigir teste complementar.	A
Sífilis - teste rápido/treponêmico e VDRL	Gestação, IST, exposição, sinais/sintomas, populações prioritárias e seguimento.	VDRL quantitativo para atividade/seguimento; interpretar cicatriz sorológica.	A
HBsAg, anti-HBc, anti-HBs	Triagem/diagnóstico conforme risco, gestação, exposição, imunossupressão; avaliação de imunidade quando indicada.	Escolher marcadores conforme pergunta; não pedir painel redundante.	A/B
Anti-HCV	Triagem/risco/exposição; alteração hepática.	Resultado reagente requer confirmação de infecção ativa por HCV-RNA conforme fluxo.	A/B
Dengue NSI/PCR/sorologia	Conforme dia de doença, epidemiologia e protocolo vigente.	Não atrasar manejo clínico; resultados e hemograma não substituem avaliação de alarme.	D/A
Toxoplasmose, rubéola, CMV	Gestação conforme protocolo; suspeita clínica e situações especiais.	Evitar sorologia seriada indiscriminada e CMV em gestante assintomática sem protocolo.	A/B/C
EBV, herpes, arbovírus ampliadas	Quadro clínico/epidemiológico compatível e impacto na conduta.	Painéis para sintomas inespecíficos.	B/C
Coprocultura / parasitológico	Diarreia persistente, sangue, surto, viagem, imunossupressão; parasitose com risco/sintomas.	Não repetir múltiplas amostras sem critério local.	A/B
Hemoculturas	Sepsis, bacteremia, endocardite, febre em imunossuprimido.	Coleta adequada antes de antibiótico quando possível; geralmente ambiente hospitalar/urgência.	D
BAAR/TRM-TB/cultura	Suspeita de tuberculose conforme algoritmo vigente.	Prioridade e fluxo de vigilância; não depender de autorização eletiva.	A/D

12. Saúde da mulher, gestação e reprodução

Situação	Exames essenciais / primeira linha	Complementares condicionais
Confirmação de gestação	Teste urinário ou beta-hCG quando necessário.	Beta-hCG quantitativo seriado apenas em dúvida evolutiva/localização, com avaliação clínica.
Início do pré-natal	Hemograma; tipagem ABO/Rh; pesquisa de anticorpos quando indicada; glicemia; sífilis; HIV; HBsAg; urina/urocultura e demais testes previstos no protocolo vigente.	Toxoplasmose conforme fluxo local; anti-HCV, eletroforese de Hb e outros conforme risco/diretriz.
24-28 semanas	Rastreamento de diabetes gestacional conforme protocolo adotado; repetição de exames prevista na linha de cuidado.	Exames adicionais por risco materno-fetal.
Terceiro trimestre	Repetir sífilis/HIV e outros conforme diretriz vigente;	Streptococcus grupo B conforme protocolo

Protocolo de Exames Laboratoriais | Versão 2.0 - 2026 | 15



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

3451293879



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 41 / 069

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | QUEDAS DO IGUAÇU - PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | QUEDAS DO IGUAÇU - PR

Situação	Exames essenciais / primeira linha	Complementares condicionais
	hemograma/urina conforme protocolo.	obstétrico local.
Amenorreia/irregularidade	Beta-hCG primeiro; TSH e prolactina conforme avaliação.	FSH/LH/estradiol, androgênios e 17-OHP conforme hipótese.
Infertilidade	Avaliação do casal e exames dirigidos.	Reserva ovariana, espermograma e investigação avançada em fluxo regulado.
Menopausa típica >45 anos	Diagnóstico geralmente clínico.	FSH em quadro atípico, histerectomia, idade precoce ou dúvida.

ATUALIZAÇÃO NECESSÁRIA O pré-natal deve seguir a versão municipal/estadual mais recente. Exames infecciosos e sua repetição podem mudar conforme situação epidemiológica, testes disponíveis e diretrizes nacionais.

13. Pediatria e adolescência

Cenário	Exames quando indicados	Evitar
Criança saudável	Triagens universais previstas em programas oficiais; avaliação dirigida por idade e risco.	Hemograma, vitaminas, ferro, tireoide e bioquímica como check-up sem fator de risco.
Anemia/risco nutricional	Hemograma; ferritina/reticulócitos conforme achados; investigação dietética e perdas.	Painéis extensos antes de confirmar padrão hematológico.
Obesidade	Glicemia/HbA1c, perfil lipídico + triglicerídeos, ALT e outros conforme idade, gravidade e comorbidades.	Insulina/HOMA-IR rotineiros.
Baixa estatura/atraso puberal	Curva de crescimento e história primeiro; hemograma, inflamação, função renal/hepática, TSH/T4L, celiaca conforme quadro.	GH aleatório; IGF-1 sem avaliação auxológica consistente.
Febre	Exames guiados por idade, estado geral, duração e foco; lactente jovem ou toxemia é urgência.	Painel viral/bacteriano indiscriminado em quadro leve autolimitado.
Adolescente	Testes de gravidez/IST, anemia, metabolismo e saúde reprodutiva conforme risco e confidencialidade.	Rastreamentos adultos aplicados automaticamente.

14. Idosos, fragilidade e polifarmácia

- Não existe “bateria geriátrica” universal. Direcionar por sintomas, funcionalidade, nutrição, cognição, quedas, comorbidades e medicamentos.
- Em polifarmácia, priorizar creatinina/cTFG, sódio, potássio, hemograma e função hepática conforme fármacos e risco.
- TSH, B12, cálcio, vitamina D e eletroforese de proteínas devem responder a hipóteses específicas, não à idade isolada.
- Alterações leves devem ser confirmadas e contextualizadas para evitar cascatas e iatrogenia.

15. Monitoramento de medicamentos comuns

Medicamento/grupo	Antes de iniciar	Depois / manutenção
IECA/BRA/espironolactona	Creatinina/eTFG e potássio.	Reavaliar após início/aumento conforme risco; depois periodicamente.

Protocolo de Exames Laboratoriais | Versão 2.0 - 2026 | 16

Medicamento/grupo	Antes de iniciar	Depois / manutenção
Diuréticos	Sódio, potássio, creatinina.	Após ajuste e conforme idade, DRC, sintomas e estabilidade.
Metformina	eTFG; HbA1c conforme diabetes.	eTFG periódica; B12 se anemia, neuropatia ou uso prolongado/risco.
Estatina	Perfil lipídico + triglicerídeos; ALT conforme avaliação; CK se sintomas/risco.	Lipídios após intervenção e depois conforme risco; CK/ALT não rotineiros em assintomático estável.
Levotiroxina	TSH e T4L quando indicado.	TSH em 6-8 semanas após ajuste; estável em geral 6-12 meses.
Varfarina	Hemograma, função renal/hepática e INR.	INR conforme estabilidade e interações; sangramento exige avaliação.
Lítio	Função renal, TSH, cálcio, eletrólitos; teste de gravidez quando aplicável.	Lítemia e funções renal/tireoidiana conforme fase, risco e protocolo.
Antipsicóticos	Peso/PA e avaliação metabólica; glicemia/HbA1c e lipídios.	Repetir após início e periodicamente conforme risco/idade.
Anticonvulsivantes	Hemograma, função hepática/renal conforme agente.	Níveis séricos apenas para indicação específica, adesão, toxicidade, gestação ou ajuste.
Imunossupressores	Hemograma, renal/hepática e rastreio infeccioso conforme agente.	Calendário definido por PCDT/especialista; resultados críticos têm fluxo prioritário.

16. Marcadores tumorais e rastreamentos

Exame	Orientação técnica para regulação	Classe
PSA	Não utilizar como rastreamento populacional automático em pessoas assintomáticas. Quando o usuário solicitar avaliação, documentar decisão compartilhada sobre potenciais benefícios e danos. Autorizar para investigação de sinais/sintomas, seguimento ou indicação especializada pertinente.	B/C
CEA, CA 19-9, CA-125, CA 15-3, AFP	Não são exames gerais de rastreamento. Uso para diagnóstico/monitoramento em cenários específicos, geralmente especializado.	C
Sangue oculto/FIT	No programa organizado do SUS, utilizar preferencialmente FIT para homens e mulheres assintomáticos de 50 a 75 anos, conforme implantação e fluxo local. Resultado positivo exige acesso oportuno à colonoscopia. Pessoas sintomáticas ou de alto risco seguem fluxo diagnóstico próprio, independentemente do rastreamento.	A/B
DNA-HPV	Conforme implantação municipal/estadual das Diretrizes Brasileiras de 2025. O teste primário é DNA-HPV oncogênico no rastreamento organizado; onde ainda não implantado, manter a estratégia vigente até transição formal.	A/B
Beta-hCG/AFP/LDH em oncologia	Tumores específicos, estadiamento ou seguimento conforme especialista.	C

17. Alergia, imunologia, genética e exames especiais

Exame	Critério mínimo	Classe
-------	-----------------	--------

Protocolo de Exames Laboratoriais | Versão 2.0 - 2026 | 17



Exame	Critério mínimo	Classe
IgE total/específica	História compatível e resultado com potencial de orientar evitamento/imunoterapia; não usar painéis amplos.	C
Imunoglobulinas/complemento	Infecções recorrentes, autoimunidade ou suspeita de imunodeficiência.	C
Eletroforese/imunofixação de proteínas	Anemia, insuficiência renal, hipercalcemia, dor óssea, neuropatia ou proteína total elevada sem explicação.	B/C
Trombofilias	Evento/situação clínica com impacto real na conduta; evitar durante fase aguda ou anticoagulação quando interfere.	C
Cariótipo/testes moleculares	Suspeita síndrômica, infertilidade/perdas selecionadas, câncer hereditário ou doença monogênica com aconselhamento.	C
Metais pesados/toxicologia	Exposição ocupacional/ambiental ou suspeita de intoxicação; informar substância, tempo e sintomas.	C/D
Gasometria/lactato	Insuficiência respiratória, choque, distúrbio ácido-base; ambiente capaz de agir imediatamente.	D

18. Solicitações que exigem justificativa reforçada

- Repetição antes do intervalo orientativo sem mudança clínica ou terapêutica.
- Painel extenso ou combinação de exames sem pergunta clínica, linha de cuidado ou justificativa coerente. A quantidade isolada de analitos não é motivo suficiente para devolução.
- Vitaminas, hormônios, marcadores tumorais, autoanticorpos, trombofilias, genética, toxicologia ou testes moleculares.
- Exame já realizado, com resultado acessível e ainda útil para a decisão clínica, salvo mudança do quadro, necessidade de confirmação ou monitoramento justificado.
- Solicitação por demanda administrativa, academia, escola, empregador ou “check-up” sem base normativa.
- Exame de urgência encaminhado pela fila eletiva.

18.1 O que deve constar na justificativa

Elemento	Exemplo adequado
Pergunta clínica	“Anemia microcítica persistente: diferenciar deficiência de ferro de inflamação.”
Achados	“Hb 9,8 g/dL; VCM 72 fL; sangramento menstrual aumentado.”
Resultado prévio e data	“Hemograma de 20/08/2026; ferritina não realizada.”
Impacto esperado	“Definir reposição de ferro e necessidade de investigação de perdas.”
Urgência/risco	“Sem instabilidade; retorno programado em 15 dias.”

19. Práticas de baixo valor a evitar

- Solicitar hemograma, função renal/hepática, tireoide, vitaminas e sorologias em todo usuário assintomático, sem risco definido.
- Repetir exames normais em poucos dias ou semanas sem nova informação clínica.

- Solicitar TSH, T4 livre e T3 simultaneamente como primeira linha para todos.
- Pedir FAN, FR, PCR/VHS para dor inespecífica sem sinais inflamatórios.
- Usar PSA ou marcadores tumorais como rastreamento indiscriminado.
- Solicitar vitamina D, B12, zinco, selênio, magnésio e “perfil hormonal” como painel de bem-estar.
- Pedir urocultura em assintomático fora de gestação/procedimento urológico indicado.
- Solicitar D-dímero com probabilidade clínica alta de TEV ou sem cálculo de probabilidade.
- Usar troponina, gasometria, lactato ou hemoculturas em fluxo eletivo sem capacidade de resposta imediata.

20. Fluxo da auditoria

Etapas	Ação	Prazo ou registro
1. Triagem	Checar identificação, profissional, data, duplicidade, hipótese e resultados prévios.	Conforme prazo municipal pactuado
2. Classificação	Definir A, B, C ou D e verificar capacidade/contrato local.	Registrar classe e verificação da oferta
3. Decisão	Autorizar; autorizar parcialmente com justificativa; devolver para complemento; redirecionar; ou negar tecnicamente.	Registrar decisão, fundamento e itens analisados
4. Comunicação	Devolução objetiva, indicando exatamente o dado ausente ou alternativa de primeira linha.	Conforme prazo municipal pactuado
5. Reanálise	Priorizar após complementação, sem reiniciar fila quando possível.	Priorizar após complementação, conforme fluxo local
6. Monitoramento	Auditar volume, repetição, taxa de devolução, tempo e resultados críticos.	Periodicidade definida pela gestão

20.1 Motivos válidos para devolução

- Ausência de identificação/assinatura ou exame ilegível.
- Falta de hipótese ou dado mínimo em exame classe B/C.
- Duplicidade recente sem explicação.
- Incompatibilidade entre exame e questão clínica, com sugestão de primeira linha.
- Necessidade de encaminhamento imediato à urgência.

NÃO UTILIZAR COMO FUNDAMENTO ISOLADO Expressões como “exame caro”, “não é rotina”, “pedido com muitos exames” ou “somente especialista” não sustentam negativa sem critério técnico, regra formal, competência profissional ou limitação contratual claramente identificada. Toda decisão restritiva deve informar o fundamento e, quando possível, o caminho assistencial alternativo.

21. Urgência e resultados críticos

A Secretaria e o laboratório devem pactuar lista de valores críticos, tempo de comunicação, confirmação de identidade, profissional receptor, registro de leitura e plano para usuário não localizado. Abaixo, situações clínicas exemplificativas; os limites numéricos devem ser definidos com o laboratório prestador.

Situação	Conduta
----------	---------



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | QUEDAS DO IGUAÇU - PR

Situação	Conduta
Suspeita de seps, ectoacidose, síndrome coronariana, tromboembolismo, hemorragia, meningite, hemólise grave ou distúrbio eletrolítico sintomático	Encaminhar ao serviço de urgência antes ou simultaneamente à coleta; não aguardar autorização eletiva.
Resultado crítico comunicado	Registrar hora, emissor, receptor, repetição verbal do resultado e orientação ao usuário.
Usuário não localizado	Acionar contatos cadastrados e rede/ACS conforme normas de privacidade e risco; documentar tentativas.
Agravo de notificação	Cumprir fluxos de vigilância e coleta específica sem barreira administrativa indevida.

22. Indicadores de gestão

Indicador	Fórmula / uso
Solicitações por 1.000 consultas	Volume de pedidos ÷ consultas médicas/enfermagem × 1.000.
Taxa de repetição precoce	Exames repetidos antes do intervalo local ÷ total do exame.
Taxa de devolução	Pedidos devolvidos ÷ pedidos regulados; estratificar por motivo/unidade.
Tempo de autorização e coleta	Mediana e percentil 90 por classe.
Resultados críticos comunicados no prazo	Críticos com comunicação documentada ÷ total de críticos.
Positividade/alteração relevante	Ajuda a identificar subuso, sobreuso ou critérios mal calibrados.
Economia com reinvestimento	Recursos evitados por duplicidade/baixo valor destinados a ampliar acesso prioritário.

23. Anexo A - Modelo de solicitação

Campo	Preenchimento
Usuário / CNS / nascimento	_____
Unidade / profissional / conselho	_____
Hipótese ou finalidade	_____
Resumo clínico e duração	_____
Medicamentos / gestação / riscos	_____
Exames solicitados	_____
Resultados prévios e datas	_____
Prioridade	() rotina () prioritário justificado () urgência - encaminhado
Impacto esperado na conduta	_____
Data / assinatura	_____

Protocolo de Exames Laboratoriais | Versão 2.0 - 2026 | 20

INCA/Ministério da Saúde. Protocolo nacional de rastreamento do câncer colorretal com teste imunológico fecal para pessoas assintomáticas de 50 a 75 anos. Publicado em 21/05/2026. <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2026/sus-adota-novo-exame-para-detectar-cancer-de-intestino-antes-dos-sintomas>

Ministério da Saúde. Câncer de próstata: orientação contrária ao rastreamento populacional de pessoas sem sinais ou sintomas; decisão compartilhada quando demandada. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/cancer-de-prostata>

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | QUEDAS DO IGUAÇU - PR

24. Anexo B - Checklist rápido da auditoria

- () Identificação e autoria válidas
- () Pergunta clínica explícita
- () Exame de primeira linha ou justificativa para classe C
- () Sem duplicidade relevante
- () Intervalo coerente com evolução/tratamento
- () Resultado mudará conduta
- () Prioridade adequada
- () Capacidade/contrato local conferidos
- () Decisão e fundamento registrados
- () Caminho alternativo informado se devolvido/negado

25. Anexo C - Texto padronizado de devolução

MODELO Solicitação devolvida para complementação, sem negativa definitiva. Para concluir a análise, informar: [dado clínico ausente], [resultado/data de exame anterior] e [conduta que poderá ser modificada pelo resultado]. Após complementar, reenviar para reanálise. Se houver [sinal de alarme], encaminhar imediatamente ao serviço de urgência.

MODELO DE ALTERNATIVA O exame solicitado não é o teste inicial preferencial para a hipótese registrada. Sugere-se iniciar por [exame], conforme protocolo, e ampliar a investigação se [critério]. Caso exista particularidade clínica, reenviar com justificativa.

26. Referências técnicas essenciais

Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt>

Ministério da Saúde. PCDT do Diabetes Mellito Tipo 2, versão vigente consultada em 2026. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/diabetes-mellito-tipo-2.pdf@@download/file>

Ministério da Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/cartazes-e-cartilhas/casaps-versao-profissionais-saude-gestores-completa.pdf@@download/file>

Ministério da Saúde. Exames e vacinas na gravidez. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gravidez/exames-e-vacinas>

Ministério da Saúde. Pré-natal. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gravidez/pre-natal>

INCA/Ministério da Saúde. Recomendação de não rastreamento populacional do câncer de próstata. <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2023/ministerio-da-saude-recomenda-o-nao-rastreamento-populacional-do-cancer-de-prostata>

INCA/Ministério da Saúde. Diretrizes brasileiras para rastreamento do câncer do colo do útero com DNA-HPV. <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2025/aprovada-diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-de-colo-do-uterio>

Ministério da Saúde. Dengue: diagnóstico e manejo clínico - adulto e criança. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-contenido/publicacoes/svsa/dengue-dengue-diagnostico-e-manejo-clinico-adulto-e-crianca>

Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico sobre doença renal crônica, 2024. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-contenido/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-12.pdf>

Organização Mundial da Saúde. Uso de ferritina sérica para avaliar o estado de ferro. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240000124>

Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero com teste molecular de DNA-HPV oncogênico. Atualização de 18/08/2025. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/rastreamento-cancer-do-colo-do-uterio/view>

Protocolo de Exames Laboratoriais | Versão 2.0 - 2026 | 21

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | QUEDAS DO IGUAÇU - PR

27. Disposições finais

- Casos omissos devem ser discutidos entre solicitante e auditor/regulador, com registro da decisão.
- A carteira de exames ofertados, as classes regulatórias, os responsáveis por autorização e os fluxos de referência devem ser formalmente pactuados e atualizados sempre que houver mudança de capacidade ou contrato.
- A implantação deve incluir divulgação aos médicos solicitantes, educação permanente, canal de dúvida e monitoramento inicial das devoluções, com finalidade educativa e assistencial.
- Revisão formal recomendada em até 24 meses ou antes diante de novas diretrizes, incorporação tecnológica ou mudança epidemiológica.

Quedas do Iguaçu - PR, ____ de _____ de 2026.

Responsável técnico	Gestão municipal
Nome/CRM: _____	Nome/cargo: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____

Cod472658



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

3451293879



PROTOCOLO MUNICIPAL

Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia

Critérios para solicitação pela Atenção Primária e encaminhamento ao especialista

FINALIDADE

Qualificar as indicações, reduzir exames repetidos sem benefício clínico e direcionar cada paciente ao fluxo mais adequado, preservando a segurança e a autonomia médica.

Secretaria Municipal de Saúde
Quedas do Iguaçu Paraná

Versão técnica para análise e aprovação local • 2026

1 Identificação e escopo

Este protocolo orienta médicos da Atenção Primária à Saúde, regulação, auditoria e serviços especializados quanto à solicitação eletiva de endoscopia digestiva alta, denominada EDA, e colonoscopia em adultos. Não substitui avaliação clínica individual, não define competência profissional fora das normas vigentes e não se aplica a situações de urgência.

CONCLUSÃO OPERACIONAL

A APS pode solicitar diretamente quando a indicação está bem definida, os dados mínimos estão registrados e o resultado tem potencial de modificar a conduta. Deve encaminhar primeiro ao especialista quando a indicação, o intervalo de repetição, o risco do procedimento ou a necessidade terapêutica exigirem planejamento especializado.

2 Princípios de regulação

- A quantidade de pedidos, isoladamente, não constitui motivo técnico para negativa.
- Antes de autorizar novo exame, verificar laudos, histologia, qualidade do preparo, completude e recomendações de exames anteriores.
- Não exigir EDA ou colonoscopia como barreira para encaminhamento quando a avaliação especializada é o passo mais apropriado.
- Solicitação incompleta deve ser devolvida com indicação objetiva dos dados faltantes.
- Hemorragia ativa, instabilidade, obstrução, perfuração ou abdome agudo devem seguir fluxo de urgência e não aguardar fila eletiva.

3 Decisão rápida APS ou especialista

Situação	Fluxo preferencial	Ação da regulação
Indicação definida, exame eletivo, baixo risco e resultado capaz de mudar a conduta	APS solicita diretamente	Autorizar se os dados mínimos estiverem completos e não houver repetição sem justificativa.
Dúvida diagnóstica relevante, vigilância complexa, comorbidade de alto risco ou provável procedimento terapêutico	Encaminhar ao gastroenterologista ou coloproctologista	Redirecionar para consulta especializada, sem exigir exame prévio.
Mesmo exame recente, sem nova informação clínica e sem justificativa de repetição	Reavaliar necessidade	Devolver para informar laudo anterior, nova indicação e motivo pelo qual o exame anterior não responde à questão atual.
Sinal de alarme com estabilidade clínica	Prioridade regulatória conforme gravidade	Não atrasar por tentativa prolongada de tratamento empírico.
Paciente com mais de 60 anos, em fluxo eletivo	Encaminhar para avaliação cardiológica antes da EDA ou colonoscopia	Aplicar como regra administrativa local, sem substituir a avaliação clínica e anestésica do serviço executor.
Emergência clínica	Urgência ou emergência	Retirar do fluxo eletivo e orientar avaliação imediata.



4 Dados mínimos obrigatórios

Para ambos os exames	Informação que deve constar
Quadro clínico	Sintomas, início, duração, evolução, sinais de alarme e achados do exame físico.
Hipótese e objetivo	Hipótese diagnóstica e pergunta clínica que o exame deverá responder.
Investigação prévia	Resultados relevantes com datas, incluindo hemograma e ferritina quando houver anemia, pesquisa de sangue oculto ou FIT quando aplicável, exames de imagem e anatomopatológico.
Tratamento realizado	Medicamentos, dose, duração, adesão e resposta, quando houver indicação de tentativa terapêutica.
Exames endoscópicos prévios	Data, laudo completo, qualidade/completude, biópsias, anatomopatológico e recomendação de seguimento.
Segurança	Idade, gestação, alergias, comorbidades, anticoagulantes/antiagregantes, risco anestésico conhecido e intercorrências anteriores. Para pacientes com mais de 60 anos, registrar o encaminhamento para avaliação cardiológica prévia, conforme regra local.
Prioridade	Motivo clínico da prioridade; não usar somente expressões como urgente ou dor intensa sem descrição objetiva.

4.1 Obrigatoriedade antes do exame

ATENÇÃO PACIENTES COM MAIS DE 60 ANOS

Regra local informada pela usuária: todo paciente com mais de 60 anos deverá ser encaminhado para avaliação cardiológica antes da realização da endoscopia digestiva alta ou da colonoscopia. O encaminhamento deve ocorrer antes do procedimento, como parte do preparo e da segurança do paciente.

Esta regra aplica-se aos exames eletivos e não substitui a avaliação clínica e anestésica do serviço executor. Situações de urgência devem seguir o fluxo de atendimento imediato.

5 Endoscopia digestiva alta

5.1 Quando a APS pode solicitar diretamente

Indicação clínica	Critérios práticos	Dados indispensáveis
Dispepsia com sinais de alarme	Disfagia ou odinofagia, sangramento digestivo, anemia ferropriva sem causa definida, perda ponderal involuntária, vômitos persistentes, massa ou história familiar relevante de neoplasia digestiva alta.	Descrever o sinal de alarme, tempo de evolução, exame físico e exames laboratoriais disponíveis.
Dispepsia de início recente em pessoa com 50 anos ou mais	EDA pode ser solicitada diretamente conforme protocolo de regulação adotado como referência.	Idade, início dos sintomas, tratamentos e resposta.
Dispepsia persistente sem sinais de alarme	Após tratamento clínico otimizado por cerca de 8 semanas e abordagem de H. pylori quando indicada, sem controle satisfatório.	Medicamento, dose, duração, adesão, estratégia para H. pylori e resposta.
DRGE com sinal de alarme ou refratária	Sinal de alarme ou persistência após medidas comportamentais e IBP em dose plena por aproximadamente 8 semanas.	Sintomas, alarme, tratamento completo e resposta.
Anemia ferropriva sem causa definida	Após confirmação laboratorial e avaliação de causas frequentes; pode exigir investigação digestiva alta e baixa.	Hemoglobina, VCM, ferritina, perdas aparentes e avaliação ginecológica quando pertinente.
Controle de úlcera péptica	Quando houver recomendação documentada, especialmente persistência de úlcera; referência utilizada cita controle em 8 a 12 semanas após início do tratamento.	Laudo anterior, anatomopatológico, tratamento e motivo do controle.

5.2 Quando encaminhar primeiro ao especialista

- Necessidade provável de procedimento terapêutico, como dilatação, ligadura, hemostasia, ressecção ou abordagem de corpo estranho.
- Esofagite grave, estenose, esôfago de Barrett, metaplasia intestinal gástrica, lesão pré-neoplásica, úlcera persistente ou anatomopatológico inconclusivo.
- Definição de vigilância após achados complexos ou quando o intervalo não está claramente recomendado no laudo anterior.
- EDA prévia recente com persistência de sintomas, sem novo sinal de alarme e sem justificativa clara para repetição.
- Alto risco para sedação ou procedimento, anticoagulação complexa, comorbidade descompensada ou intercorrência anestésica prévia.
- Suspeita de distúrbio funcional ou motor que provavelmente exigirá outro método diagnóstico além da EDA.

6 Colonoscopia

6.1 Quando a APS pode solicitar diretamente

Indicação clínica	Critérios práticos	Dados indispensáveis
Teste fecal positivo	Pesquisa de sangue oculto ou teste imunológico fecal positivo em programa ou investigação indicada.	Tipo de teste, data, resultado e ausência ou presença de sintomas.
Sangramento intestinal baixo persistente	Sangue nas fezes ou hematocritia persistente, especialmente com anemia, mudança do hábito intestinal, perda ponderal ou idade de maior risco.	Duração, aspecto/frequência, exame anorretal quando realizado, hemograma e sinais associados.
Anemia ferropriva sem causa definida	Confirmada laboratorialmente após avaliação clínica de fontes de perda; considerar investigação alta e baixa conforme perfil do paciente.	Hemoglobina, VCM, ferritina, evolução, perdas aparentes e investigação já realizada.
Mudança persistente do hábito intestinal	Mudança nova e sustentada, sobretudo quando associada a sinal de alarme.	Padrão anterior e atual, duração, perda de peso, sangramento, exames e medicamentos.
Imagem ou exame prévio alterado	Espessamento, massa, pólipos, estenose ou outro achado que requeira visualização e possível biópsia.	Laudo completo e data do exame que originou a indicação.
Vigilância com intervalo já definido	Seguimento de pólipos ou lesões quando laudo e anatomopatológico anteriores trazem recomendação clara e o prazo foi atingido.	Colonoscopia anterior, qualidade do preparo, completude, número/tamanho/histologia das lesões e recomendação.

6.2 Quando encaminhar primeiro ao especialista

- Suspeita ou diagnóstico de doença inflamatória intestinal, para definição de extensão, atividade, biópsias e plano de vigilância.
- Síndrome hereditária suspeita ou conhecida, história familiar complexa ou necessidade de individualizar início e intervalo de rastreamento.
- Colonoscopia anterior incompleta, preparo inadequado repetido, estenose ou dificuldade técnica relevante.
- Pólipo complexo, lesão avançada, anatomopatológico de alto risco ou provável necessidade de ressecção terapêutica.
- Repetição em curto intervalo sem recomendação expressa no laudo ou sem mudança clínica documentada.
- Alto risco de sedação, anticoagulação complexa, comorbidade descompensada ou necessidade de ambiente hospitalar.

6.3 Rastreamento colorretal

A estratégia de rastreamento deve seguir o programa oficialmente adotado pelo SUS e pelo município. Em 2026, o Ministério da Saúde anunciou rastreamento organizado para pessoas assintomáticas de 50 a 75 anos por teste imunológico fecal, com colonoscopia para resultados positivos. A implantação, população-alvo, periodicidade e acesso local devem ser formalmente pactuados antes de serem tratados como regra municipal.

NÃO CONFUNDIR

Colonoscopia diagnóstica por sintomas ou anemia não é o mesmo que colonoscopia de rastreamento em pessoa assintomática. A solicitação deve identificar claramente a finalidade.



7 Prevenção de duplicidade e repetição precoce

Pergunta antes de autorizar	Se a resposta for sim	Conduta
Há EDA ou colonoscopia anterior disponível?	Anexar laudo, biópsia e anatomopatológico.	Comparar a pergunta clínica atual com o que já foi respondido.
O exame foi completo e de qualidade adequada?	Registrar preparo, alcance e limitações.	Não repetir apenas porque outro profissional assumiu o caso.
Existe nova indicação clínica?	Descrever novo sinal de alarme, piora objetiva ou novo achado.	Autorizar ou priorizar conforme risco.
O laudo recomendou controle em prazo definido?	Registrar o prazo e o motivo.	Programar para o intervalo recomendado.
Há necessidade terapêutica ou biópsia não realizada?	Explicar o procedimento esperado.	Preferir encaminhamento ao especialista/serviço capaz de realizar a intervenção.
A repetição foi solicitada pelo especialista?	Exigir justificativa clínica, não apenas "repetir exame".	Autorizar quando houver finalidade documentada e benefício esperado.

REGRA CENTRAL CONTRA DUPLICIDADE

A consulta especializada não deve gerar automaticamente novo exame. O especialista deve receber o laudo completo, imagens quando disponíveis e anatomopatológico. A repetição deve indicar o que mudou, qual limitação existiu ou qual decisão depende do novo procedimento.

8 Critérios de prioridade e urgência

Classificação	Exemplos	Fluxo
Urgência ou emergência	Hemorragia ativa importante, instabilidade hemodinâmica, suspeita de perfuração, obstrução, abdome agudo, impação alimentar com incapacidade de deglutir secreções.	Avaliação imediata em serviço de urgência; não inserir como exame eletivo.
Prioridade alta eletiva	Disfagia progressiva, anemia ferropriva relevante sem causa, perda ponderal involuntária, massa, sangramento recorrente estável, imagem fortemente suspeita.	Regular com prioridade e prazo definido pela rede, sem atrasar por tratamento empírico prolongado.
Eletivo	Sintomas persistentes sem alarme após abordagem inicial adequada, vigilância programada e rastreamento conforme programa.	Fila eletiva conforme protocolo e capacidade instalada.

9 Conduta da auditoria e regulação

Decisão	Quando aplicar	Registro sugerido
Autorizar	Indicação, dados mínimos e finalidade estão completos; não há duplicidade injustificada.	Autorizado conforme critérios do protocolo municipal, com indicação clínica documentada.
Devolver para complementação	Faltam dados essenciais, laudo anterior, tratamento realizado ou justificativa da repetição.	Solicitação devolvida para informar: [listar exatamente os itens ausentes].
Redirecionar ao especialista	Caso exige definição de estratégia, intervalo, risco ou procedimento terapêutico.	Encaminhar para avaliação especializada; exame prévio não é requisito automático para acesso.
Não autorizar naquele momento	Ausência de indicação demonstrada ou duplicidade sem justificativa após oportunidade de complementação.	Não autorizado neste momento por [motivo técnico]. Orienta-se [alternativa/seguimento].
Retirar do fluxo eletivo	Há sinal de urgência ou emergência.	Orientada avaliação imediata em serviço de urgência conforme quadro clínico.

10 Regras locais informadas pela usuária

SUSPEITA ONCOLÓGICA

Conforme fluxo municipal previamente informado pela usuária, pacientes com suspeita oncológica devem ser encaminhados diretamente ao oncologista, sem exigência de exames prévios para diagnóstico, visando maior rapidez. A aplicação deste fluxo aos tumores gastrointestinais deve ser formalmente validada pela Secretaria Municipal de Saúde e articulada com a referência oncológica, pois a endoscopia com biópsia costuma integrar a confirmação diagnóstica e o planejamento terapêutico.

Enquanto o fluxo não estiver formalmente validado para cada topografia, a regulação deve evitar tanto atrasar o encaminhamento por exigência de exame quanto cancelar investigação necessária. Casos com forte suspeita devem ser discutidos ou encaminhados pelo canal prioritário definido pela rede.

AValiação CARDIOLÓGICA PARA MAIORES DE 60 ANOS

Regra local informada pela usuária: pacientes com mais de 60 anos devem ser encaminhados para avaliação cardiológica antes da realização de endoscopia digestiva alta ou colonoscopia. Esta exigência aplica-se aos procedimentos eletivos e deve constar no fluxo de preparo e agendamento.

A avaliação cardiológica baseada apenas na idade não constitui recomendação clínica universal. A regra deve ser formalmente aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde, com definição dos documentos aceitos e do prazo de validade. Não deve atrasar atendimento de urgência, e não substitui a avaliação clínica e anestésica realizada pelo serviço executor.

11 Fluxo operacional proposto

Etapas	Pergunta	Resultado
1 Triagem de segurança	Há emergência ou instabilidade?	Sim: urgência. Não: seguir para etapa 2.
2 Conferência de histórico	Existe exame igual anterior, laudo ou histologia?	Anexar e avaliar se responde à questão atual.
3 Critério clínico	A indicação está prevista e os dados mínimos estão completos?	Sim: etapa 4. Não: devolver para complementação.
4 Complexidade	Há necessidade terapêutica, vigilância complexa ou alto risco?	Sim: especialista. Não: APS pode solicitar diretamente.
5 Repetição	Há motivo novo, limitação técnica ou intervalo recomendado?	Sim: autorizar conforme prioridade. Não: não repetir automaticamente.

12 Modelos de devolução

12.1 Exame anterior não informado

Solicitação devolvida para complementação. Informar se houve EDA ou colonoscopia anterior, anexando data, laudo completo, resultado de biópsias e anatomopatológico, qualidade/completude do exame e recomendação de seguimento. Caso se trate de repetição, descrever a nova indicação ou a limitação do exame anterior.

12.2 Sintomas sem investigação inicial descrita

Solicitação devolvida para informar tempo de evolução, sinais de alarme, achados do exame físico, hipótese diagnóstica, exames laboratoriais relevantes e tratamento já realizado com dose, duração e resposta. Especificar como o resultado do exame modificará a conduta.

12.3 Encaminhamento preferencial ao especialista

O caso apresenta necessidade de definição especializada quanto ao método, intervalo, risco ou possibilidade terapêutica. Recomenda-se encaminhamento para gastroenterologia ou coloproctologia, sem exigir novo exame endoscópico prévio. Anexar os exames anteriores para evitar repetição desnecessária.



13 Indicadores para monitoramento

Indicador	Finalidade
Percentual de solicitações com laudo anterior anexado	Medir recuperação de informação e prevenção de duplicidade.
Percentual de repetições em até 12 meses com justificativa documentada	Identificar repetição precoce sem criar proibição automática.
Percentual de devoluções por ausência de dados mínimos	Direcionar educação permanente das equipes.
Percentual de exames repetidos após consulta especializada	Avaliar se laudos, imagens e histologia estão chegando ao especialista.
Tempo entre sinal de alarme e acesso ao procedimento ou especialista	Monitorar segurança e oportunidade do cuidado.

14 Governança e revisão

Documento técnico para discussão e aprovação municipal. Recomenda-se validação pela Atenção Primária, regulação, auditoria, gastroenterologia, coloproctologia, endoscopia e referência oncológica; definição do programa local de rastreamento; pactuação dos profissionais solicitantes; e revisão periódica ou sempre que houver mudança normativa ou assistencial.

15 Referências técnicas

- BRASIL. Ministério da Saúde e Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada. Gastroenterologia e Proctologia.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Protocolo de Gastroenterologia. Seções sobre solicitação de EDA, dispepsia, DRGE e alterações endoscópicas.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. Protocolo de Endoscopia Digestiva Alta, Colonoscopia e Procedimentos Endoscópicos em Adultos.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Câncer de intestino. Informações para profissionais de saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE e CONITEC. Diretrizes Brasileiras do Rastreamento do Câncer de Cólon e Reto. Relatório preliminar de 2026 e atos oficiais subsequentes.
- SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Protocolo de Regulação de Exames Eletivos de Endoscopia Digestiva Baixa e protocolo de rastreamento do câncer colorretal.

Nota: referências externas sustentam recomendações clínicas gerais. Critérios administrativos e fluxos devem ser aprovados e publicados pela autoridade municipal competente.

PROTOCOLO MUNICIPAL

Regulação e Auditoria de
Encaminhamentos para Ortopedia

Critérios para autorizar, priorizar, devolver, não autorizar e redirecionar

MUNICÍPIO	VERSÃO	STATUS
Quedas do Iguaçu – Paraná	2.0 • Setembro de 2026	Minuta para validação institucional

Finalidade central: reduzir encaminhamentos sem indicação ortopédica, garantir que a APS execute e registre o manejo inicial cabível e preservar acesso rápido para casos com risco de perda funcional ou potencial cirúrgico.

Este documento não substitui avaliação clínica individual, fluxos de urgência, pactuações regionais, critérios do prestador ou normas da SESA-PR. Os prazos e fluxos locais pendentes devem ser formalmente validados pela gestão.



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 48 / 069

PROTOCOLO MUNICIPAL • ORTOPEDIA • REGULAÇÃO E AUDITORIA

PROTOCOLO MUNICIPAL • ORTOPEDIA • REGULAÇÃO E AUDITORIA

1 Finalidade e escopo

Orientar os médicos da Atenção Primária à Saúde sobre avaliação, manejo inicial, registro e indicação de encaminhamento para Ortopedia, além de padronizar a análise dos pedidos pela regulação e auditoria. O objetivo é encaminhar quem realmente necessita de avaliação especializada, reduzir pedidos incompletos e evitar que pacientes com risco clínico permaneçam em fila inadequada.

Público-alvo: médicos da APS, equipes assistenciais, profissionais da regulação e médicos auditores do município de Quedas do Iguaçu. Aplica-se prioritariamente a adultos. Trauma agudo, ortopedia pediátrica, pós-operatório e subespecialidades seguem o fluxo municipal ou regional pactuado.

1.1 Como utilizar este protocolo

- O médico da APS deve localizar a queixa principal na seção 9 e verificar o manejo inicial, os critérios de encaminhamento e as informações obrigatórias.
- O encaminhamento deve demonstrar a necessidade clínica da avaliação especializada; a solicitação do paciente, isoladamente, não substitui essa avaliação.
- A regulação deve conferir os mesmos critérios e decidir entre autorizar, priorizar, devolver para complementação, não autorizar ou redirecionar.
- Na presença de sinais de alarme, deve ser utilizado o fluxo de urgência ou o destino assistencial apropriado, sem aguardar a fila eletiva.

2 Regra de entrada para consulta ortopédica

Para casos eletivos sem sinal de alarme, a autorização exige a presença simultânea dos quatro eixos abaixo. Um diagnóstico ou laudo de imagem isolado não basta.

Eixo obrigatório	O que deve constar	Se ausente
1 Quadro compatível	Região, lateralidade, duração, hipótese e correlação clínico-funcional.	Devolver para complementação se o dado for essencial.
2 Exame físico	Amplitude, força, sensibilidade, marcha, deformidade, edema e testes pertinentes.	Devolver; não presumir gravidade pelo laudo.
3 Manejo na APS	Tratamento compatível, duração, adesão, contraindicações e resposta; reavaliação documentada.	Manter na APS ou devolver, salvo exceção clínica.
4 Motivo para especialista	Potencial cirúrgico, déficit objetivo, deformidade/instabilidade, bloqueio, ruptura, falha terapêutica adequada ou dúvida estrutural relevante.	Não autorizar e orientar seguimento na APS.

Exceção de segurança: não exigir tratamento prévio ou exames complementares quando houver déficit neurológico objetivo, ruptura completa provável, incapacidade funcional importante de início agudo, deformidade progressiva, osteonecrose, suspeita tumoral/infecciosa ou outra condição em que o atraso possa causar dano.

3 Dados mínimos obrigatórios

Campo	Conteúdo mínimo
Identificação	Idade, região anatômica e lateralidade.
História	Início, duração, mecanismo, padrão da dor, irradiação, piora/alívio, sintomas noturnos e sistêmicos.
Exame físico	Achados positivos e negativos relevantes; exame neurológico ou neurovascular quando aplicável.
Função	Limitação objetiva em marcha, trabalho, autocuidado, sono ou atividades diárias.
Tratamento	Medicação, medidas não farmacológicas, fisioterapia/exercícios, tempo, adesão, resposta e contraindicações.
Exames	Tipo, data e conclusão; anexar laudo e orientar levar imagens. Informar indisponibilidade.
Sinais de alerta	Presença ou ausência de trauma, febre, perda ponderal, câncer, imunossupressão, déficit progressivo e disfunção esfincteriana.
Objetivo	Pergunta clínica clara: avaliação cirúrgica, déficit, deformidade, bloqueio, ruptura ou falha terapêutica.

4 Situações fora da fila eletiva

Destino	Situações
Urgência ou emergência	Fratura/luxação aguda, exposição óssea, déficit neurovascular após trauma, síndrome compartimental, artrite séptica, cauda equina, compressão medular, perda rápida de força ou dor intratável com sinal de alarme.
Fluxo oncológico	Massa progressiva, suspeita de tumor ósseo/metástase, dor óssea noturna persistente com sinais sistêmicos ou fratura patológica.
Reumatologia	Poliartrite, sinovite persistente, rigidez matinal prolongada, padrão inflamatório axial ou suspeita autoimune.
Saúde do Trabalhador	Provável nexo ocupacional quando houver fluxo específico, sem excluir o cuidado clínico.
Serviço operante	Complicação ou seguimento diretamente relacionado a cirurgia/procedimento recente, conforme regra pactuada.

Quedas do Iguaçu PR • Minuta para validação • 2

4.1 Regra para condições tratáveis na APS

Nos quadros eletivos em que exista tratamento conservador possível na Atenção Primária, o encaminhamento para Ortopedia deve ocorrer somente após realização do tratamento adequado e ausência de melhora clínica ou funcional. O encaminhamento deve informar quais medidas foram realizadas, por quanto tempo, a adesão do paciente e a resposta obtida.

Não encaminhar diretamente ao especialista sem tentativa terapêutica quando o quadro puder ser acompanhado e tratado inicialmente na APS. A simples persistência da queixa, sem tratamento adequado documentado, não caracteriza falha terapêutica e não justifica consulta ortopédica. Se o tratamento indicado não puder ser realizado por contraindicação, intolerância, limitação clínica ou indisponibilidade do serviço, o médico deve registrar claramente essa condição no encaminhamento. A regulação avaliará o caso conforme os achados clínicos e o risco assistencial.

Exceções: não aguardar tratamento conservador quando houver sinal de alarme, déficit neurológico ou neurovascular objetivo, suspeita de ruptura completa, fratura ou luxação aguda, bloqueio articular importante, deformidade progressiva, osteonecrose, suspeita infecciosa ou tumoral, perda funcional acelerada ou outra situação em que o atraso possa causar dano.

5 Regra local sobre ressonância magnética

Regra local informada pela usuária: em Quedas do Iguaçu, a solicitação de ressonância magnética no fluxo ortopédico é atribuição do médico ortopedista. A APS encaminha história, exame físico, manejo realizado e radiografias pertinentes, quando disponíveis. A ausência de RM não constitui motivo isolado para devolver ou negar consulta quando os critérios clínicos estiverem preenchidos.

5.1 Encaminhamento a pedido do paciente

Regra local informada pela usuária: a expressão “encaminhamento a pedido do paciente”, isoladamente ou usada como justificativa principal, não constitui indicação clínica e não autoriza acesso à Ortopedia. A decisão de encaminhar é responsabilidade do profissional solicitante e deve ser sustentada por avaliação clínica, exame físico, repercussão funcional, manejo realizado e critério previsto neste protocolo.

Situação encontrada	Decisão da regulação
Consta somente “encaminhamento a pedido do paciente”, sem história, exame físico, manejo ou hipótese verificável.	DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO. Exigir preenchimento dos dados mínimos e justificativa clínica. Não inserir na fila.
Há dados clínicos suficientes, mas não existe critério técnico para Ortopedia.	NÃO AUTORIZAR. Manter o cuidado na APS e registrar o critério não preenchido.
Além da frase, há dados completos e critério técnico objetivo previsto no protocolo.	Analisar pelo critério clínico, sem considerar o pedido do paciente como fundamento da autorização.
Há sinal de alarme ou condição tempo-dependente.	Orientar o fluxo de urgência ou destino apropriado; não manter em fila eletiva.

6 Matriz decisória da auditoria

Decisão	Quando aplicar	Registro obrigatório
AUTORIZAR	Quatro eixos preenchidos, destino adequado e critério específico atendido.	Critério identificado e prioridade.
AUTORIZAR E PRIORIZAR	Critério atendido com maior risco de perda funcional, déficit, evolução acelerada ou condição P1/P2.	Achado objetivo que justifica prioridade.
DEVOLVER PARA COMPLEMENTAR	Há possível indicação, mas faltam dados essenciais obtíveis na APS.	Listar exatamente os campos ausentes e sinal de alerta para retorno imediato.
NÃO AUTORIZAR	Quadro manejável na APS, sem falha terapêutica adequada, sinal de alerta, déficit objetivo ou potencial cirúrgico.	Critério não cumprido, conduta esperada e condição para reencaminhar.
MANter NA APS	Mesmo problema já está em fila ou seguimento, sem nova condição clínica que justifique outro pedido.	Identificar duplicidade e preservar solicitação válida.
NÃO AUTORIZAR POR DUPLICIDADE	Destino mais adequado é urgência, reumatologia, oncologia, saúde do trabalhador ou serviço operante.	Destino indicado e justificativa.
REDIRECIONAR	Condição tempo-dependente ou sinal de alarme.	Não manter em fila; registrar orientação imediata.
ORIENTAR URGÊNCIA		

7 Motivos técnicos para não autorizar

Esta seção também informa previamente aos médicos solicitantes quais situações não justificam consulta ortopédica naquele momento. A não autorização deve ser individualizada e educativa. Não usar exclusivamente “fora do protocolo”: vincular a decisão ao critério não preenchido, orientar o cuidado na APS e informar quando um novo encaminhamento será pertinente.

Código	Motivo	Conduta regulatória
N1	Dor musculoesquelética sem sinal de alarme e sem tratamento inicial adequado documentado.	Manter na APS; orientar manejo e reavaliação.
N2	Solicitação baseada apenas em achado de imagem, sem correlação clínica ou repercussão funcional.	Não autorizar; solicitar correlação clínica se houver dúvida relevante.

Quedas do Iguaçu PR • Minuta para validação • 3



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

3451293879



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 49 / 069

PROTOCOLO MUNICIPAL • ORTOPEDIA • REGULAÇÃO E AUDITORIA

Código	Motivo	Conduta regulatória
N3	Ausência de potencial cirúrgico, déficit objetivo, deformidade progressiva, instabilidade, bloqueio ou falha terapêutica.	Manter na APS.
N4	Diagnóstico usualmente manejável na APS ainda dentro do período inicial de tratamento, sem exceção clínica.	Manter na APS e reencaminhar se cumprir critério.
N5	Pedido exclusivo de exame, atestado, laudo, renovação de receita ou procedimento sem necessidade de consulta ortopédica.	Não autorizar consulta; seguir fluxo próprio.
N6	Duplicidade ou paciente já em seguimento pelo mesmo problema.	Cancelar pedido duplicado e manter o válido.
N7	Destino inadequado.	Redirecionar ao ponto correto da rede.
N8	Informações insuficientes impedem verificar indicação.	Devolver para complementação; não registrar negativa clínica definitiva.
N9	Queixa inespecífica sem região, lateralidade, tempo de evolução, exame físico ou impacto funcional.	Devolver com campos faltantes.
N10	Exame avançado solicitado como finalidade única, sem indicação de consulta especializada.	Não autorizar consulta; aplicar fluxo municipal do exame.

Aplicação obrigatória: solicitações cuja única justificativa seja “encaminho a pedido do paciente” devem ser devolvidas e não entram na fila. Se, após análise ou complementação, os dados forem suficientes mas não houver critério deste protocolo, devem ser não autorizadas.

8 Modelos prontos de parecer

Situação	Texto sugerido
Manter na APS	Não autorizado neste momento. O encaminhamento não demonstra critério para avaliação ortopédica especializada: [critério ausente]. Recomenda-se continuidade do manejo na APS com [conduta cabível], registro da resposta e reavaliação. Reencaminhar se houver falha terapêutica adequadamente documentada, déficit objetivo, deformidade/instabilidade, bloqueio, suspeita de ruptura ou outro critério deste protocolo.
Dados insuficientes	Solicitação devolvida para complementação. Informar [dados específicos], descrever [exame físico/impacto funcional] e registrar tratamento já realizado, duração e resposta. Reencaminhar imediatamente pelo fluxo apropriado se houver [sinal de alerta pertinente].
Imagem isolada	Não autorizado com base apenas no laudo de imagem. É necessária correlação com sintomas, exame físico, repercussão funcional e motivo clínico para avaliação ortopédica. Manter acompanhamento na APS e reapresentar se houver critério do protocolo.
Duplicidade	Não autorizado por duplicidade referente ao mesmo problema clínico. Manter ativa a solicitação/seguimento já existente. Nova solicitação somente se houver mudança clínica relevante, devidamente descrita.
Destino inadequado	Não autorizado para Ortopedia. O quadro descrito é mais compatível com o fluxo de [destino], por [justificativa]. Encaminhar conforme pactuação local.
Urgência	Não manter em fila eletiva. Há descrição de [sinal de alarme]. Orientado encaminhamento imediato ao serviço de urgência/emergência, conforme fluxo local.

Situação	Texto sugerido
Pedido do paciente sem dados	Solicitação devolvida. A justificativa “encaminho a pedido do paciente” não constitui indicação clínica para Ortopedia. Informar história, exame físico, impacto funcional, tratamento realizado e critério técnico previsto no protocolo. O pedido não será inserido na fila até a complementação.
Pedido do paciente sem critério	Não autorizado. Embora solicitado pelo paciente, não foi identificado critério técnico para avaliação ortopédica especializada. Manter acompanhamento e manejo na APS. Reencaminhar somente se surgir critério clínico previsto no protocolo, devidamente documentado.

Quedas do Iguaçu PR • Minuta para validação • 4

PROTOCOLO MUNICIPAL • ORTOPEDIA • REGULAÇÃO E AUDITORIA

9 Critérios clínicos organizados por queixa

9.1 Coluna cervical

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se déficit neurológico objetivo; sinais de mielopatia; suspeita de instabilidade, fratura, infecção ou neoplasia; ou dor com repercussão funcional sem melhora após cerca de 6 semanas de manejo adequado.

O pedido deve informar: Duração/irradiação; força, reflexos, sensibilidade, marcha; trauma; tratamento e resposta.

Exames úteis quando pertinentes: RX AP e perfil quando pertinente. RM não exigida.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.2 Lombalgia e lombociatalgia

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se déficit objetivo; suspeita de estenose/clauidiação neurogênica ou condição cirúrgica; ou falha após 6 semanas com repercussão funcional. Sinais de cauda equina seguem urgência.

O pedido deve informar: Irradiação; Lasêgue quando pertinente; força/reflexos/sensibilidade; marcha; esfínteres/anestesia em sela; alarmes; tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX quando indicado; TC em trauma/fratura. RM não exigida.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.3 Osteoartrose de coluna

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se falha após 6-12 semanas, dor progressiva importante, instabilidade/estenose suspeita ou déficit correlacionado.

O pedido deve informar: Padrão mecânico, região, função, exame neurológico, manejo.

Exames úteis quando pertinentes: RX AP e perfil.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

Quedas do Iguaçu PR • Minuta para validação • 5



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/ MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



ON
OBSERVATÓRIO NACIONAL

Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

3451293879



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 50 / 069

PROTOCOLO MUNICIPAL • ORTOPEDIA • REGULAÇÃO E AUDITORIA

9.4 Quadril e osteonecrose

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se dor progressiva refratária com limitação de marcha/AVD, progressão/deformidade ou suspeita de osteonecrose.

O pedido deve informar: Dor inguinal/lateral, marcha, amplitude, apoio, risco para osteonecrose, tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX bacia AP e perfil do quadril.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.5 Joelho

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se dor refratária com limitação e possível indicação cirúrgica, deformidade progressiva, bloqueio, instabilidade, lesão meniscal/ligamentar relevante ou subluxação recorrente após manejo.

O pedido deve informar: Trauma, derrame, amplitude, estabilidade, bloqueio, deformidade, marcha, testes e tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX com carga, perfil e axial quando pertinente.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.6 Ombro

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se suspeita de ruptura, instabilidade/luxação recorrente, limitação severa, osteoartrite cirúrgica ou tendinopatia após 6–12 semanas de manejo.

O pedido deve informar: Trauma, dominância, amplitude ativa/passiva, força, testes, tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX; US para manguito/bursa quando pertinente.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

Quedas do Iguaçu PR • Minuta para validação • 6

PROTOCOLO MUNICIPAL • ORTOPEDIA • REGULAÇÃO E AUDITORIA

9.7 Cotovelo

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se ruptura provável, incapacidade significativa, indicação cirúrgica ou tendinopatia persistente após manejo prolongado, em geral 6 meses.

O pedido deve informar: Local, movimentos, força/preensão, neurologia, ocupação e tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX; US se suspeita tendinea.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.8 Mão e punho

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se ruptura tendinea, cisto recorrente sintomático, dedo em gatilho/De Quervain após 6–12 semanas, túnel do carpo com déficit/atrofia/sensibilidade contínua ou falha prolongada, bloqueio ou perda funcional.

O pedido deve informar: Lateralidade, força/atrofia, sensibilidade, bloqueio, testes, órtese e tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX/US conforme hipótese; ENMG não é requisito universal.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.9 Quadril periarticular

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se persistência após 6–12 semanas com incapacidade, falha com necessidade invasiva/cirúrgica ou dúvida estrutural relevante.

O pedido deve informar: Dor lateral versus inguinal, marcha, amplitude, palpação/testes, função e tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX; US se avaliação tendinea/bursal.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

Quedas do Iguaçu PR • Minuta para validação • 7



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/ MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

3451293879



9.10 Tendinopatia do joelho

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se persistência após cerca de 3 meses, dificuldade funcional severa ou suspeita estrutural/procedimento.

O pedido deve informar: Local, sobrecarga, força, amplitude, edema, tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX/US conforme hipótese.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.11 Pé e tornozelo

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se ruptura, deformidade/instabilidade progressiva, hálux valgo limitante refratário ou dor persistente após manejo adequado, frequentemente até 6 meses.

O pedido deve informar: Apoio/marcha, deformidade, calçado, neurovascular, trauma, órtese e tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX com carga; US para partes moles.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.12 Sequelas de fraturas e luxações

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se deformidade, dor/perda funcional, instabilidade recorrente, pseudoartrose/consolidação viciosa ou complicação tardia não urgente.

O pedido deve informar: Data/mecanismo, tratamento inicial, cirurgia/material, neurovascular, amplitude e função.

Exames úteis quando pertinentes: RX atual; TC apenas quando questão óssea complexa.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

10 Classificação de prioridade

Classe	Aplicação	Exemplos
P0 Urgência	Fora da fila eletiva; encaminhamento imediato.	Cauda equina, compressão medular, fratura/luxação aguda, artrite séptica, comprometimento neurovascular.
P1 Alta	Avaliação prioritária conforme oferta e pactuação.	Deficit motor objetivo, ruptura tendínea completa provável, osteonecrose, perda funcional acelerada.
P2 Eletiva prioritária	Antecipar em relação aos estáveis.	Dor refratária com limitação importante, deformidade progressiva, bloqueio, falha com possível indicação cirúrgica.
P3 Eletiva	Ordem cronológica modulada por função e vulnerabilidade.	Quadro crônico estável que cumpre critério, sem alarme.

Validação local necessária: a Secretaria deve definir formalmente prazos-alvo, cores, prestadores e sistema de regulação. A classe clínica não garante prazo enquanto não houver pactuação.

11 Checklist de decisão

Pergunta de auditoria	Sim	Não
Região, lateralidade, duração e hipótese estão claras?	☐	☐
Impacto funcional foi descrito objetivamente?	☐	☐
Há exame físico pertinente?	☐	☐
Há sinal de alarme que reira da fila eletiva?	☐	☐
Tratamento adequado e resposta foram documentados?	☐	☐
Há potencial cirúrgico, déficit, deformidade, instabilidade, bloqueio, ruptura ou falha terapêutica?	☐	☐
O destino e a prioridade estão justificados?	☐	☐

Decisão: ☐ Autorizar ☐ Priorizar ☐ Devolver ☐ Não autorizar/manter na APS ☐ Redirecionar ☐ Urgência

Código/motivo e justificativa: _____

12 Governança e indicadores

- Validar o protocolo com APS, auditoria/regulação, Ortopedia de referência, fisioterapia, urgência e gestão.
- Definir fluxos pediátrico, trauma, pós-operatório, subespecialidades, prestadores, documentos anexáveis e prazos.
- Monitorar: percentual autorizado, devolvido, não autorizado, duplicado e redirecionado; motivos N1 -N10; completude; tempo de espera; reapresentação em 90 dias; ocorrência adversa e desfecho.
- Revisar decisões por amostragem para reduzir variação entre auditores e evitar negativas indevidas.
- Revisar em 12 meses ou quando mudarem pactuações, oferta ou normas aplicáveis.

13 Referências técnicas

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Material de apoio e protocolos de acesso da Regulação Estadual Ambulatorial. Portal oficial da SESA-PR.

BRASIL. Ministério da Saúde; Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada: Reumatologia e Ortopedia. Brasília, 2016.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024. Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada.

Nota: os tempos de tratamento descritos funcionam como referência clínica e não como barreira absoluta; exceções devem ser justificadas pelo risco e achados objetivos.

Anexo Campos locais para validação

Item	Definição municipal
Sistema de regulação	_____
Prestadores de referência	_____
Ortopedia geral e subespecialidades	_____
Fluxo pediátrico	_____
Fluxo de trauma e pós-operatório	_____
Exames disponíveis antes da consulta	_____
Prazos P1 P2 P3	_____
Responsável por atualização	_____
Ato normativo de aprovação	_____



PROTOCOLO MUNICIPAL

Regulação e Auditoria de Encaminhamentos para Ortopedia

Critérios para autorizar, priorizar, devolver, não autorizar e redirecionar

MUNICÍPIO	VERSÃO	STATUS
Quedas do Iguaçu – Paraná	2.0 • Setembro de 2026	Minuta para validação institucional

Finalidade central: reduzir encaminhamentos sem indicação ortopédica, garantir que a APS execute e registre o manejo inicial cabível e preservar acesso rápido para casos com risco de perda funcional ou potencial cirúrgico.

Este documento não substitui avaliação clínica individual, fluxos de urgência, pactuações regionais, critérios do prestador ou normas da SESA-PR. Os prazos e fluxos locais pendentes devem ser formalmente validados pela gestão.

1 Finalidade e escopo

Orientar os médicos da Atenção Primária à Saúde sobre avaliação, manejo inicial, registro e indicação de encaminhamento para Ortopedia, além de padronizar a análise dos pedidos pela regulação e auditoria. O objetivo é encaminhar quem realmente necessita de avaliação especializada, reduzir pedidos incompletos e evitar que pacientes com risco clínico permaneçam em fila inadequada.

Público-alvo: médicos da APS, equipes assistenciais, profissionais da regulação e médicos auditores do município de Quedas do Iguaçu. Aplica-se prioritariamente a adultos. Trauma agudo, ortopedia pediátrica, pós-operatório e subespecialidades seguem o fluxo municipal ou regional pactuado.

1.1 Como utilizar este protocolo

- O médico da APS deve localizar a queixa principal na seção 9 e verificar o manejo inicial, os critérios de encaminhamento e as informações obrigatórias.
- O encaminhamento deve demonstrar a necessidade clínica da avaliação especializada; a solicitação do paciente, isoladamente, não substitui essa avaliação.
- A regulação deve conferir os mesmos critérios e decidir entre autorizar, priorizar, devolver para complementação, não autorizar ou redirecionar.
- Na presença de sinais de alarme, deve ser utilizado o fluxo de urgência ou o destino assistencial apropriado, sem aguardar a fila eletiva.

2 Regra de entrada para consulta ortopédica

Para casos eletivos sem sinal de alarme, a autorização exige a presença simultânea dos quatro eixos abaixo. Um diagnóstico ou laudo de imagem isolado não basta.

Eixo obrigatório	O que deve constar	Se ausente
1 Quadro compatível	Região, lateralidade, duração, hipótese e correlação clínico-funcional.	Devolver para complementação se o dado for essencial.
2 Exame físico	Amplitude, força, sensibilidade, marcha, deformidade, edema e testes pertinentes.	Devolver; não presumir gravidade pelo laudo.
3 Manejo na APS	Tratamento compatível, duração, adesão, contraindicações e resposta; reavaliação documentada.	Manter na APS ou devolver, salvo exceção clínica.
4 Motivo para especialista	Potencial cirúrgico, déficit objetivo, deformidade/instabilidade, bloqueio, ruptura, falha terapêutica adequada ou dúvida estrutural relevante.	Não autorizar e orientar seguimento na APS.

Exceção de segurança: não exigir tratamento prévio ou exames complementares quando houver déficit neurológico objetivo, ruptura completa provável, incapacidade funcional importante de início agudo, deformidade progressiva, osteonecrose, suspeita tumoral/infecciosa ou outra condição em que o atraso possa causar dano.

3 Dados mínimos obrigatórios

Campo	Conteúdo mínimo
Identificação	Idade, região anatômica e lateralidade.
História	Início, duração, mecanismo, padrão da dor, irradiação, piora/alívio, sintomas noturnos e sistêmicos.
Exame físico	Achados positivos e negativos relevantes; exame neurológico ou neurovascular quando aplicável.
Função	Limitação objetiva em marcha, trabalho, autocuidado, sono ou atividades diárias.
Tratamento	Medicação, medidas não farmacológicas, fisioterapia/exercícios, tempo, adesão, resposta e contraindicações.
Exames	Tipo, data e conclusão; anexar laudo e orientar levar imagens. Informar indisponibilidade.
Sinais de alerta	Presença ou ausência de trauma, febre, perda ponderal, câncer, imunossupressão, déficit progressivo e disfunção esfincteriana.
Objetivo	Pergunta clínica clara: avaliação cirúrgica, déficit, deformidade, bloqueio, ruptura ou falha terapêutica.

4 Situações fora da fila eletiva

Destino	Situações
Urgência ou emergência	Fratura/luxação aguda, exposição óssea, déficit neurovascular após trauma, síndrome compartimental, artrite séptica, cauda equina, compressão medular, perda rápida de força ou dor intratável com sinal de alarme.
Fluxo oncológico	Massa progressiva, suspeita de tumor ósseo/metástase, dor óssea noturna persistente com sinais sistêmicos ou fratura patológica.
Reumatologia	Poliartrite, sinovite persistente, rigidez matinal prolongada, padrão inflamatório axial ou suspeita autoimune.
Saúde do Trabalhador	Provável nexo ocupacional quando houver fluxo específico, sem excluir o cuidado clínico.
Serviço operante	Complicação ou seguimento diretamente relacionado a cirurgia/procedimento recente, conforme regra pactuada.



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 53 / 069

PROTOCOLO MUNICIPAL • ORTOPEDIA • REGULAÇÃO E AUDITORIA

4.1 Regra para condições tratáveis na APS

Nos quadros eletivos em que exista tratamento conservador possível na Atenção Primária, o encaminhamento para Ortopedia deve ocorrer somente após realização do tratamento adequado e ausência de melhora clínica ou funcional. O encaminhamento deve informar quais medidas foram realizadas, por quanto tempo, a adesão do paciente e a resposta obtida.

Não encaminhar diretamente ao especialista sem tentativa terapêutica quando o quadro puder ser acompanhado e tratado inicialmente na APS. A simples persistência da queixa, sem tratamento adequado documentado, não caracteriza falha terapêutica e não justifica consulta ortopédica.

Se o tratamento indicado não puder ser realizado por contraindicação, intolerância, limitação clínica ou indisponibilidade do serviço, o médico deve registrar claramente essa condição no encaminhamento. A regulação avaliará o caso conforme os achados clínicos e o risco assistencial.

Exceções: não aguardar tratamento conservador quando houver sinal de alarme, déficit neurológico ou neurovascular objetivo, suspeita de ruptura completa, fratura ou luxação aguda, bloqueio articular importante, deformidade progressiva, osteonecrose, suspeita infecciosa ou tumoral, perda funcional acelerada ou outra situação em que o atraso possa causar dano.

5 Regra local sobre ressonância magnética

Regra local informada pela usuária: em Quedas do Iguaçu, a solicitação de ressonância magnética no fluxo ortopédico é atribuição do médico ortopedista. A APS encaminha história, exame físico, manejo realizado e radiografias pertinentes, quando disponíveis. A ausência de RM não constitui motivo isolado para devolver ou negar consulta quando os critérios clínicos estiverem preenchidos.

5.1 Encaminhamento a pedido do paciente

Regra local informada pela usuária: a expressão “encaminhamento a pedido do paciente”, isoladamente ou usada como justificativa principal, não constitui indicação clínica e não autoriza acesso à Ortopedia. A decisão de encaminhar é responsabilidade do profissional solicitante e deve ser sustentada por avaliação clínica, exame físico, repercussão funcional, manejo realizado e critério previsto neste protocolo.

Situação encontrada	Decisão da regulação
Consta somente “encaminhamento a pedido do paciente”, sem história, exame físico, manejo ou hipótese verificável.	DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO. Exigir preenchimento dos dados mínimos e justificativa clínica. Não inserir na fila.
Há dados clínicos suficientes, mas não existe critério técnico para Ortopedia.	NÃO AUTORIZAR. Manter o cuidado na APS e registrar o critério não preenchido.
Além da frase, há dados completos e critério técnico objetivo previsto no protocolo.	Analisar pelo critério clínico, sem considerar o pedido do paciente como fundamento da autorização.
Há sinal de alarme ou condição tempo-dependente.	Orientar o fluxo de urgência ou destino apropriado; não manter em fila eletiva.

6 Matriz decisória da auditoria

Decisão	Quando aplicar	Registro obrigatório
AUTORIZAR	Quatro eixos preenchidos, destino adequado e critério específico atendido.	Critério identificado e prioridade.
AUTORIZAR E DEVOLVER PARA COMPLEMENTAR	Critério atendido com maior risco de perda funcional, déficit, evolução acelerada ou condição PI/P2.	Achado objetivo que justifica prioridade.
NÃO AUTORIZAR MANTER NA APS	Há possível indicação, mas faltam dados essenciais obtíveis na APS.	Listar exatamente os campos ausentes e sinal de alerta para retorno imediato.
NÃO AUTORIZAR POR DUPLICIDADE	Quadro manejável na APS, sem falha terapêutica adequada, sinal de alerta, déficit objetivo ou potencial cirúrgico.	Critério não cumprido, conduta esperada e condição para reencaminhar.
REDIRECIONAR	Mesmo problema já está em fila ou seguimento, sem nova condição clínica que justifique outro pedido.	Identificar duplicidade e preservar solicitação válida.
ORIENTAR URGÊNCIA	Destino mais adequado é urgência, reumatologia, oncologia, saúde do trabalhador ou serviço operante.	Destino indicado e justificativa.
	Condição tempo-dependente ou sinal de alarme.	Não manter em fila; registrar orientação imediata.

7 Motivos técnicos para não autorizar

Esta seção também informa previamente aos médicos solicitantes quais situações não justificam consulta ortopédica naquele momento. A não autorização deve ser individualizada e educativa. Não usar exclusivamente “fora do protocolo”; vincular a decisão ao critério não preenchido, orientar o cuidado na APS e informar quando um novo encaminhamento será pertinente.

Código	Motivo	Conduta regulatória
N1	Dor musculoesquelética sem sinal de alarme e sem tratamento inicial adequado documentado.	Manter na APS; orientar manejo e reavaliação.
N2	Solicitação baseada apenas em achado de imagem, sem correlação clínica ou repercussão funcional.	Não autorizar; solicitar correlação clínica se houver dúvida relevante.

Quedas do Iguaçu PR • Minuta para validação • 3

PROTOCOLO MUNICIPAL • ORTOPEDIA • REGULAÇÃO E AUDITORIA

Código	Motivo	Conduta regulatória
N3	Ausência de potencial cirúrgico, déficit objetivo, deformidade progressiva, instabilidade, bloqueio ou falha terapêutica.	Manter na APS.
N4	Diagnóstico usualmente manejável na APS ainda dentro do período inicial de tratamento, sem exceção clínica.	Manter na APS e reencaminhar se cumprir critério.
N5	Pedido exclusivo de exame, atestado, laudo, renovação de receita ou procedimento sem necessidade de consulta ortopédica.	Não autorizar consulta; seguir fluxo próprio.
N6	Duplicidade ou paciente já em seguimento pelo mesmo problema.	Cancelar pedido duplicado e manter o válido.
N7	Destino inadequado.	Redirecionar ao ponto correto da rede.
N8	Informações insuficientes impedem verificar indicação.	Devolver para complementação; não registrar negativa clínica definitiva.
N9	Queixa inespecífica sem região, lateralidade, tempo de evolução, exame físico ou impacto funcional.	Devolver com campos faltantes.
N10	Exame avançado solicitado como finalidade única, sem indicação de consulta especializada.	Não autorizar consulta; aplicar fluxo municipal do exame.

Aplicação obrigatória: solicitações cuja única justificativa seja “encaminhamento a pedido do paciente” devem ser devolvidas e não entram na fila. Se, após análise ou complementação, os dados forem suficientes mas não houver critério deste protocolo, devem ser não autorizadas.

8 Modelos prontos de parecer

Situação	Texto sugerido
Manter na APS	Não autorizado neste momento. O encaminhamento não demonstra critério para avaliação ortopédica especializada: [critério ausente]. Recomenda-se continuidade do manejo na APS com [conduta cabível], registro da resposta e reavaliação. Reencaminhar se houver falha terapêutica adequadamente documentada, déficit objetivo, deformidade/instabilidade, bloqueio, suspeita de ruptura ou outro critério deste protocolo.
Dados insuficientes	Solicitação devolvida para complementação. Informar [dados específicos], descrever [exame físico/impacto funcional] e registrar tratamento já realizado, duração e resposta. Reencaminhar imediatamente pelo fluxo apropriado se houver [sinal de alerta pertinente].
Imagem isolada	Não autorizado com base apenas no laudo de imagem. É necessária correlação com sintomas, exame físico, repercussão funcional e motivo clínico para avaliação ortopédica. Manter acompanhamento na APS e rerepresentar se houver critério do protocolo.
Duplicidade	Não autorizado por duplicidade referente ao mesmo problema clínico. Manter ativa a solicitação/seguimento já existente. Nova solicitação somente se houver mudança clínica relevante, devidamente descrita.
Destino inadequado	Não autorizado para Ortopedia. O quadro descrito é mais compatível com o fluxo de [destino], por [justificativa]. Encaminhar conforme pactuação local.
Urgência	Não manter em fila eletiva. Há descrição de [sinal de alarme]. Orientado encaminhamento imediato ao serviço de urgência/emergência, conforme fluxo local.

Situação	Texto sugerido
Pedido do paciente sem dados	Solicitação devolvida. A justificativa “encaminhamento a pedido do paciente” não constitui indicação clínica para Ortopedia. Informar história, exame físico, impacto funcional, tratamento realizado e critério técnico previsto no protocolo. O pedido não será inserido na fila até a complementação.
Pedido do paciente sem critério	Não autorizado. Embora solicitado pelo paciente, não foi identificado critério técnico para avaliação ortopédica especializada. Manter acompanhamento e manejo na APS. Reencaminhar somente se surgir critério clínico previsto no protocolo, devidamente documentado.

Quedas do Iguaçu PR • Minuta para validação • 4



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

3451293879



9 Critérios clínicos organizados por queixa

9.1 Coluna cervical

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se déficit neurológico objetivo; sinais de mielopatia; suspeita de instabilidade, fratura, infecção ou neoplasia; ou dor com repercussão funcional sem melhora após cerca de 6 semanas de manejo adequado.

O pedido deve informar: Duração/irradiação; força, reflexos, sensibilidade, marcha; trauma; tratamento e resposta.

Exames úteis quando pertinentes: RX AP e perfil quando pertinente. RM não exigida.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.2 Lombalgia e lombociatalgia

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se déficit objetivo; suspeita de estenose/clauidicação neurogênica ou condição cirúrgica; ou falha após 6 semanas com repercussão funcional. Sinais de cauda equina seguem urgência.

O pedido deve informar: Irradiação; Lasêgue quando pertinente; força/reflexos/sensibilidade; marcha; esfínteres/anestesia em sela; alarmes; tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX quando indicado; TC em trauma/fratura. RM não exigida.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.3 Osteoartrose de coluna

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se falha após 6–12 semanas, dor progressiva importante, instabilidade/estenose suspeita ou déficit correlacionado.

O pedido deve informar: Padrão mecânico, região, função, exame neurológico, manejo.

Exames úteis quando pertinentes: RX AP e perfil.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.4 Quadril e osteonecrose

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se dor progressiva refratária com limitação de marcha/AVD, progressão/deformidade ou suspeita de osteonecrose.

O pedido deve informar: Dor inguinal/lateral, marcha, amplitude, apoio, risco para osteonecrose, tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX bacia AP e perfil do quadril.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.5 Joelho

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se dor refratária com limitação e possível indicação cirúrgica, deformidade progressiva, bloqueio, instabilidade, lesão meniscal/ligamentar relevante ou subluxação recorrente após manejo.

O pedido deve informar: Trauma, derrame, amplitude, estabilidade, bloqueio, deformidade, marcha, testes e tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX com carga, perfil e axial quando pertinente.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.6 Ombro

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se suspeita de ruptura, instabilidade/luxação recorrente, limitação severa, osteoartrose cirúrgica ou tendinopatia após 6–12 semanas de manejo.

O pedido deve informar: Trauma, dominância, amplitude ativa/passiva, força, testes, tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX; US para manguito/bursa quando pertinente.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 55 / 069

PROTOCOLO MUNICIPAL • ORTOPEDIA • REGULAÇÃO E AUDITORIA

9.7 Cotovelo

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se ruptura provável, incapacidade significativa, indicação cirúrgica ou tendinopatia persistente após manejo prolongado, em geral 6 meses.

O pedido deve informar: Local, movimentos, força/preensão, neurologia, ocupação e tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX; US se suspeita tendinea.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.8 Mão e punho

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se ruptura tendinea, cisto recorrente sintomático, dedo em garfo/De Quervain após 6–12 semanas, túnel do carpo com déficit atrofia/sensibilidade contínua ou falha prolongada, bloqueio ou perda funcional.

O pedido deve informar: Lateralidade, força/atrofia, sensibilidade, bloqueio, testes, órtese e tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX/US conforme hipótese; ENMG não é requisito universal.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.9 Quadril periarticular

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se persistência após 6–12 semanas com incapacidade, falha com necessidade invasiva/cirúrgica ou dúvida estrutural relevante.

O pedido deve informar: Dor lateral versus inguinal, marcha, amplitude, palpação/testes, função e tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX; US se avaliação tendinea/bursal.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.10 Tendinopatia do joelho

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se persistência após cerca de 3 meses, dificuldade funcional severa ou suspeita estrutural/procedimento.

O pedido deve informar: Local, sobrecarga, força, amplitude, edema, tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX/US conforme hipótese.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.11 Pé e tornozelo

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se ruptura, deformidade/instabilidade progressiva, hálux valgo limitante refratário ou dor persistente após manejo adequado, frequentemente até 6 meses.

O pedido deve informar: Apoio/marcha, deformidade, calçado, neurovascular, trauma, órtese e tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX com carga; US para partes moles.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.12 Sequelas de fraturas e luxações

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se deformidade, dor/perda funcional, instabilidade recorrente, pseudoartrose/consolidação viciosa ou complicação tardia não urgente.

O pedido deve informar: Data/mecanismo, tratamento inicial, cirurgia/material, neurovascular, amplitude e função.

Exames úteis quando pertinentes: RX atual; TC apenas quando questão óssea complexa.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

10 Classificação de prioridade

Classe	Aplicação	Exemplos
P0 Urgência	Fora da fila eletiva; encaminhamento imediato.	Cauda equina, compressão medular, fratura/luxação aguda, artrite séptica, comprometimento neurovascular.
P1 Alta	Avaliação prioritária conforme oferta e pactuação.	Deficit motor objetivo, ruptura tendinea completa provável, osteonecrose, perda funcional acelerada.
P2 Eletiva prioritária	Antecipar em relação aos estáveis.	Dor refratária com limitação importante, deformidade progressiva, bloqueio, falha com possível indicação cirúrgica.
P3 Eletiva	Ordem cronológica modulada por função e vulnerabilidade.	Quadro crônico estável que cumpre critério, sem alarme.

Validação local necessária: a Secretaria deve definir formalmente prazos-alvo, cores, prestadores e sistema de regulação. A classe clínica não garante prazo enquanto não houver pactuação.

Quedas do Iguaçu PR • Minuta para validação • 8

Quedas do Iguaçu PR • Minuta para validação • 7



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/ MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

3451293879



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROTOCOLO MUNICIPAL • ORTOPEDIA • REGULAÇÃO E AUDITORIA

11 Checklist de decisão

Pergunta de auditoria	Sim	Não
Região, lateralidade, duração e hipótese estão claras?	☐	☐
Impacto funcional foi descrito objetivamente?	☐	☐
Há exame físico pertinente?	☐	☐
Há sinal de alarme que retira da fila eletiva?	☐	☐
Tratamento adequado e resposta foram documentados?	☐	☐
Há potencial cirúrgico, déficit, deformidade, instabilidade, bloqueio, ruptura ou falha terapêutica?	☐	☐
O destino e a prioridade estão justificados?	☐	☐

Decisão: ☐ Autorizar ☐ Priorizar ☐ Devolver ☐ Não autorizar/manter na APS ☐ Redirecionar ☐ Urgência

Código/motivo e justificativa: _____

12 Governança e indicadores

- Validar o protocolo com APS, auditoria/regulação, Ortopedia de referência, fisioterapia, urgência e gestão.
- Definir fluxos pediátrico, trauma, pós-operatório, subespecialidades, prestadores, documentos anexáveis e prazos.
- Monitorar: percentual autorizado, devolvido, não autorizado, duplicado e redirecionado; motivos N1–N10; completude; tempo de espera; reapresentação em 90 dias; ocorrência adversa e desfecho.
- Revisar decisões por amostragem para reduzir variação entre auditores e evitar negativas indevidas.
- Revisar em 12 meses ou quando mudarem pactuações, oferta ou normas aplicáveis.

13 Referências técnicas

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Material de apoio e protocolos de acesso da Regulação Estadual Ambulatorial. Portal oficial da SESA-PR.

BRASIL. Ministério da Saúde; Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada: Reumatologia e Ortopedia. Brasília, 2016.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024. Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada.

Nota: os tempos de tratamento descritos funcionam como referência clínica e não como barreira absoluta; exceções devem ser justificadas pelo risco e achados objetivos.

Anexo Campos locais para validação

Item	Definição municipal
Sistema de regulação	_____
Prestadores de referência	_____
Ortopedia geral e subespecialidades	_____
Fluxo pediátrico	_____
Fluxo de trauma e pós-operatório	_____
Exames disponíveis antes da consulta	_____
Prazos P1 P2 P3	_____
Responsável por atualização	_____
Ato normativo de aprovação	_____

Protocolo Municipal de Tomografia Computadorizada

Solicitação regulação e auditoria

QUEDAS DO IGUAÇU • PARANÁ

2026

Edição separada por modalidade • Outubro de 2026

Orientações para médicos solicitantes, regulação, auditoria e serviços executores.



1. Apresentação e finalidade

Orienta a solicitação, a regulação e a auditoria municipal de tomografias computadorizadas (TC).

Define critérios de autorização, complementação, redirecionamento e não autorização, conforme a indicação clínica e o risco.

Público-alvo: médicos solicitantes, regulação, auditoria, gestão e serviços executores.

Aplicação: não substitui avaliação clínica, fluxos de urgência ou regras de acesso. Exceções devem ser justificadas e registradas.

2. Regras gerais para toda solicitação

Identificação do paciente: Paciente, idade, CNS/CPF, unidade, médico, CRM e data.

História clínica: Início, duração, evolução, localização, lateralidade, tratamentos e sintomas associados.

Exame físico e pergunta clínica: Achados relevantes, hipótese diagnóstica e pergunta que o exame deve responder.

Exames anteriores: Datas, resultados e laudos pertinentes; informar pedidos pendentes.

Antecedentes relevantes: Cirurgias, neoplasias, traumas e tratamentos relacionados ao quadro.

Segurança para TC: Informar possibilidade de gestação, reação prévia ao contraste, doença renal, diálise e comorbidades relevantes.

Justificativa adequada: Evitar pedidos genéricos sem contexto clínico.

Repetição de exames: Anexar o laudo anterior e justificar por mudança clínica, seguimento previsto, controle pós-tratamento, exame inconclusivo ou recomendação do laudo/especialista. O intervalo isolado não justifica a repetição.

3. Classificação regulatória sugerida

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIO CLÍNICO	CONDUTA DA REGULAÇÃO
P0 • Urgência ou emergência	Condição que exige avaliação imediata, conforme sinais de gravidade descritos neste protocolo.	Encaminhar ao fluxo de urgência ou emergência; não manter em fila ambulatorial.

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIO CLÍNICO	CONDUTA DA REGULAÇÃO
P1 • Muito prioritário	Condição potencialmente grave ou tempo-dependente, déficit progressivo, achado fortemente suspeito ou situação em que atraso possa modificar prognóstico. Casos com suspeita de neoplasia devem ser priorizados conforme os achados clínicos, o risco documentado e a necessidade de investigação oportuna.	Redirecionar urgências ao ponto assistencial adequado. Nos demais casos, priorizar conforme risco documentado e capacidade da rede. Autorizar e priorizar a investigação por imagem quando houver indicação clínica documentada, sem atrasar situações que exijam avaliação especializada ou fluxo de urgência.
P2 • Prioritário	Sintomas persistentes com sinais de alerta, alteração objetiva relevante, massa palpável ou necessidade de definição diagnóstica em tempo oportuno.	Autorizar como prioritário quando o risco estiver demonstrado; devolver para complementação apenas se faltar informação essencial e não houver sinal de gravidade disponível no prontuário.
P3 • Eletivo	Condição estável, investigação programada ou seguimento de achado conhecido sem critérios de alto risco.	Autorizar e ordenar conforme risco, tempo de espera, benefício esperado e capacidade instalada.
Devolver / complementar	Dados essenciais ausentes, modalidade incompatível com a pergunta clínica, duplicidade não justificada ou ausência de benefício esperado.	Devolver indicando exatamente o dado ausente; redirecionar quando houver método/fluxo mais apropriado; não autorizar somente com fundamento técnico registrado e alternativa assistencial quando aplicável.

4. Escolha racional da modalidade

Avaliar a pergunta clínica, região anatômica, gestação, radiação, exames prévios e impacto na conduta. Uma modalidade só deve substituir outra se responder à mesma pergunta.

TC QUANDO AGREGA INFORMAÇÃO

A tomografia é especialmente útil para trauma, avaliação pulmonar e torácica, litíase urinária em cenários selecionados, complicações abdominais, estadiamento/seguimento oncológico e caracterização de alterações não esclarecidas por métodos iniciais, conforme a pergunta clínica.

5. Requisitos adicionais para TC

Definir região anatômica, lateralidade quando aplicável e pergunta clínica. Evitar “TC de corpo inteiro”, “TC geral” ou pedidos de múltiplas regiões sem justificativa individualizada.

Informar e anexar exame de imagem prévio quando a TC for complementar; explicar qual dúvida permaneceu e como o resultado poderá modificar a conduta.

Em suspeita oncológica, registrar sítio suspeito, sinais/sintomas, achados prévios e objetivo: diagnóstico, estadiamento, resposta ou seguimento.



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 58 / 069

O protocolo com ou sem contraste deve ser definido conforme indicação clínica e protocolo do serviço de radiologia; a solicitação deve fornecer dados suficientes para essa decisão.

Em pacientes com possibilidade de gestação e em crianças/adolescentes, justificar benefício esperado, considerar método sem radiação quando adequado e aplicar o princípio de menor exposição compatível com a resposta diagnóstica.

CONTRASTE IODADO

A decisão sobre uso de contraste deve considerar a pergunta clínica e fatores individuais. História de reação prévia ao contraste e doença renal devem ser informadas ao serviço. Protocolos locais do prestador devem orientar preparo, avaliação renal e medidas de segurança.

6. TC de crânio

EXAME / SITUAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA
Trauma craniano	Trauma com critérios clínicos de risco, déficit neurológico, alteração do nível de consciência, anticoagulação em contexto relevante ou suspeita de fratura/hemorragia.	Trauma agudo com sinais de gravidade pertence ao fluxo de urgência, não à fila eletiva.
Déficit neurológico agudo	Suspeita de AVC, hemorragia intracraniana ou outra emergência neurológica.	Fluxo de urgência/emergência.
Cefaleia com sinais de alerta	Cefaleia nova com déficit focal, alteração neurológica, contexto oncológico/imunossupressão, padrão progressivo ou outros sinais de alerta após avaliação clínica.	Cefaleia primária típica, estável, com exame neurológico normal e sem sinais de alerta não requer TC de rotina. Registrar início, padrão, progressão, exame neurológico e sinais de alarme.
Crise convulsiva	Primeira crise ou mudança relevante do padrão, conforme avaliação clínica, especialmente com sinais focais/trauma/contexto secundário.	RM pode ser superior em investigação eletiva de várias epilepsias; adequar ao fluxo disponível.
Neoplasia / lesão conhecida	Na suspeita de lesão expansiva ou neoplasia, a TC pode ser indicada para caracterização, avaliação de extensão, planejamento terapêutico ou seguimento, conforme a pergunta clínica e os achados prévios.	Informar sintomas neurológicos, exame físico, história oncológica e exames prévios. Sinais de gravidade devem seguir o fluxo de urgência.

7. TC de seios da face / face

EXAME / SITUAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA
------------------	----------------------------	--------------------------

EXAME / SITUAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA
Rinossinusite complicada	Suspeita de complicação orbitária/intracraniana ou quadro grave.	Complicações agudas: urgência.
Rinossinusite crônica / pré-operatório	Sintomas persistentes apesar de tratamento adequado e avaliação especializada, ou planejamento cirúrgico.	Informar duração, tratamento clínico realizado e resposta. Não indicar TC para rinossinusite aguda não complicada de rotina.
Trauma facial	Suspeita de fratura complexa, deformidade, alteração ocular/oclusão ou trauma relevante.	Casos agudos importantes: urgência.

8. TC de pescoço

EXAME / SITUAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA
Massa cervical	Massa persistente, progressiva ou suspeita, especialmente em adulto, com sinais de alarme.	USG pode ser inicial em tireoide/linfonodos superficiais; TC é útil para extensão profunda e planejamento.
Infecção profunda	Suspeita de abscesso profundo, complicação cervical ou comprometimento de vias aéreas.	Urgência quando houver risco de via aérea/sepses.
Neoplasia	Massa persistente ou suspeita de neoplasia de cabeça e pescoço pode requerer TC para avaliar extensão profunda, relação com estruturas adjacentes e planejamento, conforme avaliação clínica e especializada.	Informar localização, tempo de evolução, exame físico, sintomas compressivos, adenomegalias e exames prévios disponíveis.

9. TC de tórax

EXAME / SITUAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA
Nódulo / massa pulmonar	Achado em radiografia ou outro exame que necessite caracterização, conforme tamanho, aspecto, evolução, fatores de risco e repercussão clínica.	Anexar o exame que motivou a solicitação e informar tabagismo, exposições, sintomas, comparação temporal e avaliação especializada quando existente.



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



ON
OBSERVATÓRIO NACIONAL

Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

3451293879



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 59 / 069

EXAME / SITUAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA
Doença pulmonar persistente	Alterações persistentes em RX, hemoptise, sintomas respiratórios com sinais de alerta ou suspeita de doença intersticial/bronquiectasias.	Informar duração, tabagismo/exposições, sinais de alerta e resultado da radiografia quando disponível. A TC não substitui avaliação clínica e RX inicial em muitos cenários estáveis.
Oncologia	Estadiamento, avaliação de resposta ou seguimento conforme definição do serviço oncológico responsável e protocolo assistencial aplicável.	Informar diagnóstico, tratamento realizado, exame de referência, fase do acompanhamento e pergunta clínica específica.
Trauma / TEP / dissecação	Quando houver suspeita aguda relevante, o protocolo é específico e geralmente de urgência.	Não encaminhar para fila eletiva quando houver risco imediato.

10. TC de abdome e pelve

EXAME / SITUAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA
Dor abdominal com sinais de alarme	Dor persistente ou quadro complexo com perda ponderal, massa, febre prolongada, alteração laboratorial importante ou suspeita de complicação não esclarecida.	Informar localização, duração, exame físico, laboratoriais e imagem anterior. Em suspeita hepatobiliar simples, USG costuma ser o método inicial. Abdome agudo ou instabilidade seguem urgência.
Neoplasia	Na suspeita de neoplasia abdominal ou pélvica, a TC pode ser indicada para caracterização, avaliação de extensão, planejamento, resposta terapêutica ou seguimento, conforme a pergunta clínica e os achados prévios.	Informar sinais e sintomas, exame físico, exames laboratoriais e de imagem prévios. Complicação aguda deve seguir o fluxo de urgência.
Inflamação / complicação	Suspeita de diverticulite complicada, pancreatite complicada, abscesso, perfuração ou outra condição em que TC mude conduta.	Quadro agudo grave: urgência.
Massa / achado prévio	Massa abdominal/pélvica ou alteração de USG que necessite melhor caracterização.	Anexar laudo que motivou a TC.

11. TC para litíase urinária

EXAME / SITUAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA
------------------	----------------------------	--------------------------

EXAME / SITUAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA
Cólica renal selecionada	Suspeita de litíase quando diagnóstico permanece incerto, sintomas atípicos, recorrência complexa, planejamento terapêutico ou necessidade de avaliar cálculo/obstrução.	Informar lateralidade, duração, hematúria, febre, função renal, episódios prévios e resultado de USG quando realizado. TC sem contraste é usual para cálculo; reduzir radiação quando possível.
Complicação / obstrução	Suspeita de obstrução importante, infecção associada, rim único ou deterioração clínica.	Infecção + obstrução/sinais sistêmicos: urgência.

12. TC de coluna

EXAME / SITUAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA
Trauma / fratura	Trauma com suspeita de fratura ou quando radiografia é inconclusiva e há risco clínico relevante.	Para dor axial inespecífica crônica sem sinais de alerta, TC não é exame de rotina.
Alteração óssea	Suspeita de lesão óssea, avaliação de fratura, planejamento cirúrgico ou quando RM não é disponível/possível e a pergunta é compatível.	Para disco, raízes, medula e partes moles, RM costuma ter maior capacidade diagnóstica.
Dor com sinais de alerta	Dor associada a trauma, neoplasia, infecção, déficit neurológico progressivo ou outros sinais de alerta, conforme avaliação.	Déficit motor progressivo, alteração esfincteriana, anestesia em sela, febre com suspeita infecciosa ou síndrome compressiva exigem avaliação urgente. Para disco, raízes e medula, RM costuma ser superior quando disponível.

13. TC de extremidades

EXAME / SITUAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA
Fratura complexa	Fratura conhecida ou fortemente suspeita que necessite detalhamento, planejamento cirúrgico ou avaliação articular complexa.	Radiografia geralmente é exame inicial.
Lesão óssea / massa	Lesão óssea focal ou massa com necessidade de caracterização complementar.	RM pode ser preferível para partes moles e medula óssea, conforme caso.



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



ON
OBSERVATÓRIO NACIONAL

Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

3451293879



14. Situações que geralmente exigem complementação ou revisão

SITUAÇÃO	EXEMPLO	AÇÃO SUGERIDA
Pedido sem hipótese/pergunta clínica	Descrição apenas de sintoma genérico, sem duração, exame físico ou objetivo diagnóstico.	Devolver para complementação, salvo se dados do prontuário/regulação já demonstrarem risco.
Duplicidade	Mesmo exame recentemente realizado sem mudança clínica ou justificativa.	Solicitar laudo anterior e motivo da repetição.
Modalidade inadequada	TC solicitada quando método inicial mais simples responde à pergunta; USG solicitada para condição em que não agrega informação relevante.	Sugerir modalidade apropriada quando possível, sem transformar auditoria em prescrição automática.
Rastreamento sem protocolo	TC/USG como 'check-up' indiscriminado em assintomático sem programa de rastreamento reconhecido.	Não autorizar sem indicação clínica ou programa estabelecido.
Seguimento sem intervalo definido	Controle seriado sem laudo anterior, recomendação ou critério clínico.	Exigir justificativa e comparação.
Informação recuperável	O pedido está incompleto, mas prontuário ou laudo já disponível contém o dado essencial.	Não devolver por formalidade; registrar a fonte consultada e prosseguir com a análise.
Exame sem impacto esperado	Resultado não modificará conduta, encaminhamento ou tratamento, e não há seguimento protocolado.	Não autorizar com justificativa técnica e orientar alternativa quando houver.
Sinal de gravidade	Pedido eletivo contém indicio de condição tempo-dependente.	Contatar/redirecionar ao fluxo de urgência conforme governança local; não manter na fila ambulatorial.

15. Quando NÃO manter em fila ambulatorial

Instabilidade hemodinâmica, déficit neurológico progressivo, suspeita de AVC ou hemorragia, abdome agudo, trauma importante, torção testicular, gravidez ectópica com gravidade, sepse, obstrução urinária infectada ou compressão medular: encaminhar à urgência e emergência; não manter em fila ambulatorial.

16. Checklist rápido do médico auditor

A pergunta clínica está clara?

O exame solicitado é capaz de responder a essa pergunta?

Há método inicial mais apropriado, seguro ou disponível?

Existem sinais de alerta que mudam a prioridade?

O pedido contém dados clínicos mínimos e exames prévios relevantes?

É repetição? Se sim, há justificativa e intervalo adequado?

A situação deveria estar em fluxo de urgência, especialidade ou linha de cuidado específica?

O resultado provavelmente modificará diagnóstico, tratamento ou encaminhamento?

A decisão regulatória informa claramente o fundamento e, se necessário, o caminho alternativo?

17. Modelo de justificativa clínica mínima

Paciente [idade], com [sintomas, duração e evolução]. Exame físico: [achados]. Tratamentos: [descrição]. Exames prévios: [datas e resultados]. Hipótese: [diagnóstico]. Solicito [exame e região/lateralidade] para [pergunta clínica]. Prioridade: [P0/P1/P2/P3], justificada por [critério].

18. Modelos padronizados de devolução e redirecionamento

Minuta para validação municipal. Confirmar oferta, prestadores, responsabilidades e fluxos locais antes da publicação.

Situação	Texto padronizado
Complementação	Solicitação devolvida para complementação, sem negativa definitiva. Informar [dado clínico/exame físico/laudo anterior] e esclarecer [pergunta clínica]. Após complementar, reenviar para reanálise.
Modalidade/fluxo mais apropriado	O exame solicitado não é o método ou fluxo inicial preferencial para a pergunta registrada. Sugere-se [alternativa], porque [fundamento]. Se houver particularidade clínica, reenviar com justificativa.
Não autorização	Não autorizado neste momento por [fundamento técnico objetivo]. O pedido não demonstra [critério/benefício esperado] e não há [exceção]. Orienta-se [conduta alternativa/seguimento].
Urgência	Os dados informados sugerem condição potencialmente tempo-dependente. Não manter em fila eletiva; encaminhar para avaliação no serviço de urgência conforme o fluxo assistencial.



19. Observações sobre contraste e segurança

A indicação do contraste iodado e a escolha do protocolo são responsabilidades técnicas compartilhadas entre a indicação clínica e o serviço executor. O solicitante deve fornecer a pergunta clínica e informar reação prévia, doença renal, diálise, possibilidade de gestação e outros antecedentes relevantes. O prestador deve aplicar protocolo atualizado de triagem, função renal quando indicada, preparo, prevenção e manejo de reações. A ausência de creatinina não deve gerar cancelamento automático quando o protocolo de segurança não a exigir; dúvidas devem ser resolvidas com o serviço de radiologia.

20. Governança, revisão e exceções

Revisar em até 24 meses ou antes se houver mudanças nas diretrizes, oferta, contratos ou perfil epidemiológico.

Casos não contemplados e exceções devem ser avaliados individualmente pela regulação médica, com fundamento e decisão registrados.

A autorização não substitui a avaliação clínica nem o protocolo do executor. Divergências devem ser discutidas entre solicitante, regulação e radiologia.

A prioridade final deve considerar risco clínico, vulnerabilidade, tempo de espera e capacidade assistencial da rede.

21. Indicadores para monitoramento da regulação

INDICADOR	UTILIDADE
Taxa de devolução por motivo e unidade	Identificar lacunas de preenchimento, necessidade de educação permanente e critérios mal compreendidos.
Repetição potencialmente evitável	Monitorar exames repetidos sem mudança clínica, laudo anterior ou recomendação documentada.
Tempo de espera por prioridade	Acompanhar mediana e percentil 90 de P1, P2 e P3 e detectar iniquidades.
Conversão após complementação	Avaliar quantos pedidos devolvidos são posteriormente autorizados e se a devolução agregou informação útil.
Pedidos prioritários e redirecionados à urgência	Verificar segurança, oportunidade e funcionamento da priorização e do redirecionamento assistencial.

22. Referências institucionais e técnicas

American College of Radiology. Manual on Contrast Media. Versão vigente. <https://www.acr.org/Clinical-Resources/Clinical-Tools-and-Reference/Contrast-Manual>

European Society of Urogenital Radiology. ESUR Guidelines on Contrast Agents 2025. <https://www.esur.org/esur-guidelines-2025/>

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt>

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada. Versões vigentes.

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Sistema Estadual de Regulação e fluxos de acesso vigentes.

Instituto Nacional de Câncer. Detecção precoce: acesso rápido e facilitado de pessoas com sinais e sintomas aos serviços de referência. <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-de-mama/acoes/deteccao-precoce>

American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria. <https://acsearch.acr.org/list>

RESPONSÁVEL TÉCNICO	GESTÃO MUNICIPAL
Nome/CRM: _____	Nome/cargo: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Protocolo Municipal de Ultrassonografia

Solicitação regulação e auditoria

QUEDAS DO IGUAÇU • PARANÁ

2026

Edição separada por modalidade • Outubro de 2026

Orientações para médicos solicitantes, regulação, auditoria e serviços executores.

1. Apresentação e finalidade

Orienta a solicitação, a regulação e a auditoria municipal de ultrassonografias (USG).

Define critérios de autorização, complementação, redirecionamento e não autorização, conforme a indicação clínica e o risco.

Público-alvo: médicos solicitantes, regulação, auditoria, gestão e serviços executores.

Aplicação: não substitui avaliação clínica, fluxos de urgência ou regras de acesso. Exceções devem ser justificadas e registradas.

2. Regras gerais para toda solicitação

Identificação do paciente: Paciente, idade, CNS/CPF, unidade, médico, CRM e data.

História clínica: Início, duração, evolução, localização, lateralidade, tratamentos e sintomas associados.

Exame físico e pergunta clínica: Achados relevantes, hipótese diagnóstica e pergunta que o exame deve responder.

Exames anteriores: Datas, resultados e laudos pertinentes; informar pedidos pendentes.

Antecedentes relevantes: Cirurgias, neoplasias, traumas e tratamentos relacionados ao quadro.

Justificativa adequada: Evitar pedidos genéricos sem contexto clínico.

Repetição de exames: Anexar o laudo anterior e justificar por mudança clínica, seguimento previsto, controle pós-tratamento, exame inconclusivo ou recomendação do laudo/especialista. O intervalo isolado não justifica a repetição.

3. Classificação regulatória sugerida

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIO CLÍNICO	CONDUTA DA REGULAÇÃO
P0 • Urgência ou emergência	Condição que exige avaliação imediata, conforme sinais de gravidade descritos neste protocolo.	Encaminhar ao fluxo de urgência ou emergência; não manter em fila ambulatorial.
P1 • Muito prioritário	Condição potencialmente grave ou tempo-dependente, déficit progressivo, achado fortemente suspeito ou situação em que atraso possa modificar prognóstico. Casos com suspeita de neoplasia devem ser priorizados conforme os achados clínicos, o risco documentado e a necessidade de investigação oportuna.	Redirecionar urgências ao ponto assistencial adequado. Nos demais casos, priorizar conforme risco documentado e capacidade da rede. Autorizar e priorizar a investigação por imagem quando houver indicação clínica documentada, sem atrasar situações que exijam avaliação especializada ou fluxo de urgência.



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 63 / 069

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIO CLÍNICO	CONDOTA DA REGULAÇÃO
P2 • Prioritário	Sintomas persistentes com sinais de alerta, alteração objetiva relevante, massa palpável ou necessidade de definição diagnóstica em tempo oportuno.	Autorizar como prioritário quando o risco estiver demonstrado; devolver para complementação apenas se faltar informação essencial e não houver sinal de gravidade disponível no prontuário.
P3 • Eletivo	Condição estável, investigação programada ou seguimento de achado conhecido sem critérios de alto risco.	Autorizar e ordenar conforme risco, tempo de espera, benefício esperado e capacidade instalada.
Devolver / complementar	Dados essenciais ausentes, modalidade incompatível com a pergunta clínica, duplicidade não justificada ou ausência de benefício esperado.	Devolver indicando exatamente o dado ausente; redirecionar quando houver método/fluxo mais apropriado; não autorizar somente com fundamento técnico registrado e alternativa assistencial quando aplicável.

4. Escolha racional da modalidade

Avaliar a pergunta clínica, região anatômica, gestação, radiação, exames prévios e impacto na conduta. Uma modalidade só deve substituir outra se responder à mesma pergunta.

USG PRIMEIRO QUANDO APROPRIADO

A ultrassonografia é preferível em diversas avaliações hepatobiliares, pélvicas/ginecológicas, tireoidianas, escrotais, urinárias, de partes moles e em várias situações pediátricas, por não utilizar radiação ionizante.

5. USG de abdome superior e USG de abdome total

EXAME	MAIS INDICADO PARA	ORIENTAÇÃO PARA AUDITORIA
USG de abdome superior	Avaliação direcionada principalmente ao fígado, vesícula biliar e vias biliares, pâncreas, baço e grandes vasos abdominais, conforme protocolo do serviço. É mais indicada em dor em hipocôndrio direito ou epigástrico com suspeita hepatobiliar, colelitíase/colelístopia, icterícia, alterações persistentes de enzimas hepáticas ou bilirrubinas, hepatomegalia, esplenomegalia, suspeita de esteatose/doença hepática estrutural e acompanhamento de alterações conhecidas nesses órgãos.	Preferir abdome superior quando a pergunta estiver concentrada no sistema hepatobiliar. Informar localização da dor, duração, exame físico e alterações laboratoriais. Evitar abdome total apenas por ser considerado “mais completo”.

EXAME	MAIS INDICADO PARA	ORIENTAÇÃO PARA AUDITORIA
USG de abdome total	Avaliação abdominal mais abrangente, indicada quando a queixa é difusa ou quando existe necessidade clínica real de examinar mais de um território abdominal. Pode ser utilizada em dor abdominal difusa ou persistente, massa/aumento de volume abdominal, organomegalia sem localização bem definida, alterações clínicas ou laboratoriais envolvendo mais de um sistema e acompanhamento de achados múltiplos.	Não utilizar como check-up inespecífico. Em queixa localizada, preferir exame direcionado. Dor intensa, irritação peritoneal, instabilidade ou suspeita de abdome agudo devem seguir avaliação de urgência.

6. USG de rins e vias urinárias / Aparelho urinário

EXAME / SITUAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA
Hematuria	Hematuria confirmada, especialmente recorrente/persistente, conforme avaliação clínica e faixa etária.	Investigar causa e risco; USG pode integrar avaliação inicial, mas não exclui investigação urológica quando indicada.
ITU recorrente / complicação	Infecção urinária recorrente, suspeita de obstrução, anomalia estrutural, retenção ou complicação.	ITU simples isolada, com boa resposta, não exige USG de rotina.
Disfunção renal / obstrução	Suspeita de hidronefrose, obstrução, alteração de função renal com hipótese estrutural ou assimetria renal conhecida.	Informar creatinina/eTFG quando pertinente.
Sintomas urinários baixos	Esvaziamento incompleto, retenção, resíduo pós-miccional ou sintomas persistentes quando o resultado possa mudar a conduta.	Quando objetivo for próstata/resíduo, especificar no pedido.

7. USG de Próstata via abdominal

EXAME / SITUAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA
LUTS / retenção	Sintomas do trato urinário inferior com necessidade de avaliar volume prostático e/ou resíduo pós-miccional.	Informar sintomas, duração, exame físico, retenção/resíduo quando conhecido e objetivo do exame. PSA isoladamente elevado não é indicação suficiente de USG para excluir câncer de próstata.



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.

3451293879



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 64 / 069

EXAME / SITUAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA
Seguimento urológico	Quando solicitado como parte de avaliação urológica documentada ou controle de alteração conhecida.	Registrar laudo prévio e conduta proposta.

8. USG Pélvica e Transvaginal

EXAME / SITUAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA
Sangramento uterino anormal	Sangramento anormal, pós-menopausa, alteração menstrual persistente ou suspeita de patologia endometrial/miometrial.	Via transvaginal geralmente oferece melhor avaliação pélvica em pacientes elegíveis; adequar à situação clínica.
Dor pélvica	Dor pélvica persistente ou aguda estável com suspeita ginecológica, massa anexial ou complicação.	Dor intensa aguda com instabilidade/suspeita de torção ou gravidez ectópica deve seguir fluxo de urgência.
Massa / aumento uterino	Massa pélvica, aumento uterino, suspeita de mioma, cisto anexial ou achado ao exame ginecológico.	Informar exame físico e gestação possível.
Controle de achado	Seguimento de cisto/massa conforme características, idade, sintomas e recomendação do laudo/especialista.	Evitar controles seriados sem indicação explícita.

9. USG Obstétrica

EXAME / SITUAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA
Datação / viabilidade	Gestação com idade gestacional incerta, discordância de datas ou necessidade clínica de confirmação de viabilidade/localização.	Seguir linha de cuidado pré-natal municipal e protocolos obstétricos.
Sangramento / dor em gestante estável	Sangramento ou dor em gestação sem instabilidade, conforme avaliação clínica.	Instabilidade, hemorragia importante ou suspeita de emergência obstétrica: fluxo de urgência.
Avaliação morfológica / crescimento	Conforme idade gestacional, risco obstétrico e linha de cuidado vigente.	Exames especializados devem seguir referência materno-fetal quando aplicável.

10. USG de Tireoide

EXAME / SITUAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA
Nódulo palpável / bócio	Nódulo palpável, assimetria, bócio, adenomegalia cervical suspeita ou achado incidental que necessite caracterização.	Informar tamanho/localização do achado palpável, sintomas compressivos, antecedentes de radiação e história familiar quando relevantes. Alteração isolada de TSH sem achado estrutural não justifica automaticamente USG.
Controle de nódulo	Seguimento conforme classificação ultrassonográfica, tamanho, risco e recomendação do laudo/especialista.	Anexar laudo anterior para avaliar intervalo e crescimento.

11. USG de Mamas e Axilas

EXAME / SITUAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA
Nódulo / alteração focal	Nódulo palpável, alteração focal, descarga papilar suspeita ou achado clínico, especialmente em pacientes jovens ou como complemento à mamografia.	Informar idade, localização/lateralidade, duração, exame físico e risco familiar. A modalidade deve respeitar a linha de cuidado mamária; achado suspeito exige acesso diagnóstico oportuno.
Complemento de mamografia	Achado mamográfico que requer correlação ultrassonográfica ou mama densa quando houver indicação clínica/radiológica.	Anexar resultado da mamografia.
Axila	Adenomegalia persistente ou suspeita, especialmente com alteração mamária ou contexto oncológico.	Informar duração, características e sinais sistêmicos.

12. USG de Bolsa Escrotal

EXAME / SITUAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA
Massa / aumento de volume	Massa palpável, aumento de volume, hidrocele, varicocele ou assimetria persistente.	Massa intratesticular suspeita deve receber prioridade e avaliação urológica.
Dor escrotal	Dor persistente ou quadro agudo estável quando houver dúvida diagnóstica.	Suspeita clínica de torção testicular é emergência e não deve aguardar fila eletiva.



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



ON
OBSERVATÓRIO NACIONAL

Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.



3451293879



13. USG de partes moles / Parede abdominal / Região inguinal

EXAME / SITUAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA
Nódulo superficial	Massa superficial palpável, lipoma/cisto suspeito, coleção ou alteração focal não definida ao exame.	Descrever localização exata, tamanho aproximado, mobilidade, dor, crescimento e tempo de evolução.
Hérnia	Suspeita de hérnia inguinal, umbilical ou de parede quando exame físico for inconclusivo ou houver necessidade de documentação.	Hérnia encarcerada/estrangulada: fluxo de urgência.
Coleção / abscesso	Suspeita de coleção profunda ou extensão não definida clinicamente.	Abscesso superficial evidente pode ser manejado clinicamente; imagem quando mudar conduta.

14. USG musculoesquelética

EXAME / SITUAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA
Tendão / bursa	Suspeita de rotura tendínea, tendinopatia, bursite ou lesão superficial quando exame clínico não for suficiente e resultado mudar conduta.	Não usar como rastreamento inespecífico de dor. Registrar local, mecanismo, tempo, exame físico e tratamento conservador já realizado, quando clinicamente cabível.
Massa periarticular	Cisto, coleção ou massa superficial periarticular.	Lesões ósseas ou trauma com suspeita de fratura: radiografia é usualmente inicial.

15. Situações que geralmente exigem complementação ou revisão

SITUAÇÃO	EXEMPLO	AÇÃO SUGERIDA
Pedido sem hipótese/pergunta clínica	Descrição apenas de sintoma genérico, sem duração, exame físico ou objetivo diagnóstico.	Devolver para complementação, salvo se dados do prontuário/regulação já demonstrarem risco.
Duplicidade	Mesmo exame recentemente realizado sem mudança clínica ou justificativa.	Solicitar laudo anterior e motivo da repetição.
Modalidade inadequada	TC solicitada quando método inicial mais simples responde à pergunta; USG solicitada para condição em que não agrega informação relevante.	Sugerir modalidade apropriada quando possível, sem transformar auditoria em prescrição automática.

SITUAÇÃO	EXEMPLO	AÇÃO SUGERIDA
Rastreamento sem protocolo	TC/USG como 'check-up' indiscriminado em assintomático sem programa de rastreamento reconhecido.	Não autorizar sem indicação clínica ou programa estabelecido.
Seguimento sem intervalo definido	Controle seriado sem laudo anterior, recomendação ou critério clínico.	Exigir justificativa e comparação.
Informação recuperável	O pedido está incompleto, mas prontuário ou laudo já disponível contém o dado essencial.	Não devolver por formalidade; registrar a fonte consultada e prosseguir com a análise.
Exame sem impacto esperado	Resultado não modificará conduta, encaminhamento ou tratamento, e não há seguimento protocolado.	Não autorizar com justificativa técnica e orientar alternativa quando houver.
Sinal de gravidade	Pedido eletivo contém indicio de condição tempo-dependente.	Contatar/redirecionar ao fluxo de urgência conforme governança local; não manter na fila ambulatorial.

16. Quando NÃO manter em fila ambulatorial

Instabilidade hemodinâmica, déficit neurológico progressivo, suspeita de AVC ou hemorragia, abdome agudo, trauma importante, torção testicular, gravidez ectópica com gravidade, sepse, obstrução urinária infectada ou compressão medular: encaminhar à urgência e emergência; não manter em fila ambulatorial.

17. Checklist rápido do médico auditor

A pergunta clínica está clara?

O exame solicitado é capaz de responder a essa pergunta?

Há método inicial mais apropriado, seguro ou disponível?

Existem sinais de alerta que mudam a prioridade?

O pedido contém dados clínicos mínimos e exames prévios relevantes?

É repetição? Se sim, há justificativa e intervalo adequado?

A situação deveria estar em fluxo de urgência, especialidade ou linha de cuidado específica?

O resultado provavelmente modificará diagnóstico, tratamento ou encaminhamento?

A decisão regulatória informa claramente o fundamento e, se necessário, o caminho alternativo?



18. Modelo de justificativa clínica mínima

Paciente [idade], com [sintomas, duração e evolução]. Exame físico: [achados]. Tratamentos: [descrição]. Exames prévios: [datas e resultados]. Hipótese: [diagnóstico]. Solicito [exame e região/lateralidade] para [pergunta clínica]. Prioridade: [P0/P1/P2/P3], justificada por [critério].

19. Modelos padronizados de devolução e redirecionamento

Minuta para validação municipal. Confirmar oferta, prestadores, responsabilidades e fluxos locais antes da publicação.

Situação	Texto padronizado
Complementação	Solicitação devolvida para complementação, sem negativa definitiva. Informar [dado clínico/exame físico/laudo anterior] e esclarecer [pergunta clínica]. Após complementar, reenviar para reanálise.
Modalidade/fluxo mais apropriado	O exame solicitado não é o método ou fluxo inicial preferencial para a pergunta registrada. Sugere-se [alternativa], porque [fundamento]. Se houver particularidade clínica, reenviar com justificativa.
Não autorização	Não autorizado neste momento por [fundamento técnico objetivo]. O pedido não demonstra [critério/benefício esperado] e não há [exceção]. Orienta-se [conduta alternativa/seguimento].
Urgência	Os dados informados sugerem condição potencialmente tempo-dependente. Não manter em fila eletiva; encaminhar para avaliação no serviço de urgência conforme o fluxo assistencial.

20. Governança, revisão e exceções

Revisar em até 24 meses ou antes se houver mudanças nas diretrizes, oferta, contratos ou perfil epidemiológico.

Casos não contemplados e exceções devem ser avaliados individualmente pela regulação médica, com fundamento e decisão registrados.

A autorização não substitui a avaliação clínica nem o protocolo do executor. Divergências devem ser discutidas entre solicitante, regulação e radiologia.

A prioridade final deve considerar risco clínico, vulnerabilidade, tempo de espera e capacidade assistencial da rede.

21. Indicadores para monitoramento da regulação

INDICADOR	UTILIDADE
Taxa de devolução por motivo e unidade	Identificar lacunas de preenchimento, necessidade de educação permanente e critérios mal compreendidos.
Repetição potencialmente evitável	Monitorar exames repetidos sem mudança clínica, laudo anterior ou recomendação documentada.
Tempo de espera por prioridade	Acompanhar mediana e percentil 90 de P1, P2 e P3 e detectar iniquidades.
Conversão após complementação	Avaliar quantos pedidos devolvidos são posteriormente autorizados e se a devolução agregou informação útil.
Pedidos prioritários e redirecionados à urgência	Verificar segurança, oportunidade e funcionamento da priorização e do redirecionamento assistencial.

22. Referências institucionais e técnicas

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt>

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada. Versões vigentes.

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Sistema Estadual de Regulação e fluxos de acesso vigentes.

Instituto Nacional de Câncer. Detecção precoce: acesso rápido e facilitado de pessoas com sinais e sintomas aos serviços de referência. <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-de-mama/acoes/deteccao-precoce>

American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria. <https://acsearch.acr.org/list>

RESPONSÁVEL TÉCNICO	GESTÃO MUNICIPAL
Nome/CRM: _____	Nome/cargo: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 67 / 069

FMS	CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE QUEDAS DO IGUAÇU/PR	RES 06 15/10/2026
------------	---	-----------------------------

RESOLUÇÃO Nº 06/2026, de 15 de outubro de 2026, do Conselho Municipal de Saúde do Município de Quedas do Iguaçu Paraná.

Dispõe sobre a aprovação da PAS 2027 (Plano anual de Saúde) para o exercício de 2027.

O Pleno do conselho Municipal de Saúde de Quedas do Iguaçu, em Audiência Pública, realizada em 17 de março de 2023, no uso das prerrogativas conferidas pela Lei Federal Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, Lei Federal Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pela Lei Municipal Nº 770 de 2011.

Considerando as prerrogativas e atribuições estabelecidas pela Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012;

Considerando o inciso IV, do Art. 4º, da Lei Federal Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o qual determina que para receber os recursos de que trata o Art. 3º dessa mesma Lei, os Municípios deverão Elaborar o Relatório de Gestão; e

Considerando o § 4º do Art. 33, da Lei Federal Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica de Saúde.

Resolve:

Art. 1º Fica aprovada a PAS 2027 (Plano anual de Saúde) para o exercício de 2027

Quedas do Iguaçu, 15 de outubro de 2026.

Raphaela Thaysa de Paula
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

FMS	CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE QUEDAS DO IGUAÇU/PR	RES 07 15/10/2026
------------	---	-----------------------------

RESOLUÇÃO Nº 07/2026, de 15 de outubro de 2026, do Conselho Municipal de Saúde do Município de Quedas do Iguaçu Paraná.

Dispõe sobre a aprovação da LDO 2027 (Lei De Diretrizes Orçamentária) para o exercício de 2027.

O Pleno do conselho Municipal de Saúde de Quedas do Iguaçu, em Audiência Pública, realizada em 17 de março de 2023, no uso das prerrogativas conferidas pela Lei Federal Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, Lei Federal Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pela Lei Municipal Nº 770 de 2011.

Considerando as prerrogativas e atribuições estabelecidas pela Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012;

Considerando o inciso IV, do Art. 4º, da Lei Federal Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o qual determina que para receber os recursos de que trata o Art. 3º dessa mesma Lei, os Municípios deverão Elaborar o Relatório de Gestão; e

Considerando o § 4º do Art. 33, da Lei Federal Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica de Saúde.

Resolve:

Art. 1º Fica aprovada a LDO 2027 (Lei De Diretrizes Orçamentária) para o exercício de 2027

Quedas do Iguaçu, 15 de outubro de 2026.

Raphaela Thaysa de Paula
Presidente do Conselho Municipal de Saúde



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



ON
OBSERVATÓRIO NACIONAL
Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.



3451293879



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 68 / 069

FMS	CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE QUEDAS DO IGUAÇU/PR	RES 08 15/10/2026
------------	---	-----------------------------

RESOLUÇÃO Nº 08/2026, de 15 de outubro de 2026, do Conselho Municipal de Saúde do Município de Quedas do Iguaçu Paraná.

Dispõe sobre a aprovação da LOA 2027 (Lei Orçamentária anual) para o exercício de 2027.

O Pleno do conselho Municipal de Saúde de Quedas do Iguaçu, em Audiência Pública, realizada em 17 de março de 2023, no uso das prerrogativas conferidas pela Lei Federal Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, Lei Federal Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pela Lei Municipal Nº 770 de 2011.

Considerando as prerrogativas e atribuições estabelecidas pela Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012;

Considerando o inciso IV, do Art. 4º, da Lei Federal Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o qual determina que para receber os recursos de que trata o Art. 3º dessa mesma Lei, os Municípios deverão Elaborar o Relatório de Gestão; e

Considerando o § 4º do Art. 33, da Lei Federal Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica de Saúde.

Resolve:

Art. 1º Fica aprovada a LOA 2027 (Lei Orçamentária anual) para o exercício de 2027.

Quedas do Iguaçu, 15 de outubro de 2026.

Raphaela Thaysa de Paula
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Cod472659



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.



3451293879



Diário Oficial Eletrônico do Município de Quedas do Iguaçu



Segunda-Feira, 19 de Outubro de 2026

Lei nº 844/2012 de 28 de Fevereiro de 2012

Ano XV – Edição Nº 3675

Página 69 / 069

FMS	CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE QUEDAS DO IGUAÇU/PR	RES 09 15/10/2026
------------	---	-----------------------------

RESOLUÇÃO Nº 09/2026, de 15 de outubro de 2026, do Conselho Municipal de Saúde do Município de Quedas do Iguaçu Paraná.

Dispõe sobre a aprovação dos Protocolos de Regulação de acesso a exames e consultas nas seguintes áreas: Protocolos assistenciais e de regulação: Protocolo de Regulação de Ultrassonografia (USG). Protocolo de Regulação de Tomografia Computadorizada (TC). Protocolo de Regulação de Endocrinologia. Protocolo de Regulação de Cardiologia. Protocolo de Regulação de Exames Laboratoriais. Protocolo de Regulação de Ortopedia. Protocolo de Regulação de Colonoscopia. Protocolo de Regulação de Endoscopia.

O Pleno do conselho Municipal de Saúde de Quedas do Iguaçu, em Audiência Pública, realizada em 17 de março de 2023, no uso das prerrogativas conferidas pela Lei Federal Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, Lei Federal Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pela Lei Municipal Nº 770 de 2011.

Considerando as prerrogativas e atribuições estabelecidas pela Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012;

Considerando o inciso IV, do Art. 4º, da Lei Federal Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o qual determina que para receber os recursos de que trata o Art. 3º dessa mesma Lei, os Municípios deverão Elaborar o Relatório de Gestão; e

Considerando o § 4º do Art. 33, da Lei Federal Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica de Saúde.

Resolve:

Art. 1º Fica aprovado Protocolos de Regulação de acesso a exames e consultas nas seguintes áreas: Protocolos assistenciais e de regulação: Protocolo de Regulação de Ultrassonografia (USG). Protocolo de Regulação de Tomografia Computadorizada (TC). Protocolo de Regulação de Endocrinologia. Protocolo de Regulação de Cardiologia. Protocolo de Regulação de Exames Laboratoriais. Protocolo de Regulação de Ortopedia. Protocolo de Regulação de Colonoscopia. Protocolo de Regulação de Endoscopia

Quedas do Iguaçu, 15 de outubro de 2026.

Raphaela Thaysa de Paula
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

FMS	CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE QUEDAS DO IGUAÇU/PR	RES 10 15/10/2026
------------	---	-----------------------------

RESOLUÇÃO Nº 10/2026, de 15 de outubro de 2026, do Conselho Municipal de Saúde do Município de Quedas do Iguaçu Paraná.

Dispõe sobre a aprovação dos Protocolos e Pops do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

O Pleno do conselho Municipal de Saúde de Quedas do Iguaçu, em Audiência Pública, realizada em 17 de março de 2023, no uso das prerrogativas conferidas pela Lei Federal Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, Lei Federal Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pela Lei Municipal Nº 770 de 2011.

Considerando as prerrogativas e atribuições estabelecidas pela Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012;

Considerando o inciso IV, do Art. 4º, da Lei Federal Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o qual determina que para receber os recursos de que trata o Art. 3º dessa mesma Lei, os Municípios deverão Elaborar o Relatório de Gestão; e

Considerando o § 4º do Art. 33, da Lei Federal Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica de Saúde.

Resolve:

Art. 1º Fica aprovado protocolos e Pops do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

Quedas do Iguaçu, 15 de outubro de 2026.

Raphaela Thaysa de Paula
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Cod472660



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil. O Município de Quedas do Iguaçu - Paraná - CNPJ/ MF nº 76.205.962/0001-49 da garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site.



ON
OBSERVATÓRIO NACIONAL

Certificação Oficial de Tempo do Observatório Nacional - Ministério da Ciência e Tecnologia

Para consultar a autenticidade do carimbo do tempo, informe o código ao lado no site.



3451293879