SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
QUEDAS DO IGUAÇU · PARANÁ

MINUTA TÉCNICA

PROTOCOLO MUNICIPAL

Solicitação e auditoria de exames laboratoriais





ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
Rede ambulatorial e regulação municipal

VERSÃO 2.0

SETEMBRO · 2026

Documento para validação técnica e aprovação institucional.

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, historia 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 (rastreio 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.

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/infeccioso, 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 hipouricemiante.

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.*

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 todo 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. Rastreio 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: *Agravo 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
creatinina/eTFG
EAS
AST/ALT, FA e bilirrubinas
glicemia
perfil lipídico + triglicerídeos
hepatites e outras coinfecções
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
creatinina/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.*

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 lipidico com triglicerideos
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 hidroeletrolítico.	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
Bilirrubinas	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

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/infecção 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

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 NS1/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, arboviroses 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	Sepse, 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

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, celíaca 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/eTFG, 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.

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.	Litemia 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/agente.
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

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 sindrômica, 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

Etapa	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

Situação	Conduta
Suspeita de sepse, cetoacidose, 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	_____

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 Diabete Melito Tipo 2, versão vigente consultada em 2026. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/d/diabete-melito-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-utero

Ministério da Saúde. Dengue: diagnóstico e manejo clínico - adulto e criança. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue-diagnóstico-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-conteudo/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/r/rastreamento-cancer-do-colo-do-utero/view

INCA/Ministério da Saúde. Protocolo nacional de rastreamento do câncer colorretal com teste imunoquímico 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

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: _____