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.

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIO CLÍNICO	CONDUTA 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 epigástrio com suspeita hepatobiliar, colelitíase/colecistopatia, 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
Hematúria	Hematúria 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.

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.

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 indício 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: _____