CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
RESOLUÇÃO CMS 002/2026

RESOLUÇÃO Nº 02 de 26 de Fevereiro de 2026, do Conselho Municipal de Saúde do Município de Coronel Vivida.
Dispõe sobre a aprovação do Manual para Regulação de Consultas Especializadas e Exames Ambulatoriais de Coronel Vivida – PR.
O Pleno do Conselho Municipal de Saúde de Coronel Vivida PR, em reunião ordinária realizada em 26 de Fevereiro de 2026, no uso das prerrogativas conferidas pela Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, Lei Federal nº 8.142, de 28/12/90, e pela Lei Municipal nº 1.718 de 21 de novembro de 2003; Considerando as prerrogativas e atribuições estabelecidas pela Lei Complementar n.º 141, de 13/01/2012; Considerando o § 4.º do art. 33, da Lei Federal n.º 8.080, de 19/09/90, Lei Orgânica da Saúde. Considerando o Manual para Regulação de Consultas Especializadas e Exames Ambulatoriais de Coronel Vivida – PR Considerando a necessidade apresentada pela Secretaria Municipal de Saúde.
RESOLVE:
Art. 1º - Aprovar o Manual para Regulação de Consultas Especializadas e Exames Ambulatoriais de Coronel Vivida – PR, em anexo.
Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.
Conselho Municipal de Saúde de Coronel Vivida, Estado do Paraná, aos 02 (dois) dias do mês de Março de 2026.
Publique-se e Registre-se,
Gilmar Antonio Giaretta.
Presidente do Conselho Municipal de Saúde.
ANEXO - Manual para Regulação de Consultas Especializadas e Exames Ambulatoriais - Coronel Vivida – PR - 1ª Edição- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORONEL VIVIDA– PR.
©2026 Prefeitura Municipal de Coronel Vivida/ Secretaria Municipal de Saúde de Coronel Vivida. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte (Secretaria Municipal de Saúde de Coronel Vivida – Manual para Regulação de Consultas Especializadas e Exames Ambulatoriais) e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens contidos nesta obra é da Secretaria Municipal de Saúde de Coronel Vivida, por meio das áreas técnicas envolvidas em sua elaboração.

INTRODUÇÃO
A regulação dos serviços de saúde no âmbito municipal traz benefícios tanto para a população quanto para a organização da gestão da rede assistencial de saúde. Esse processo regulatório tem como objetivo responder de forma qualificada e integrada às demandas de saúde da população, organizando a oferta de ações e serviços e o fluxo dos usuários, por meio da utilização racional dos recursos disponíveis. A população é beneficiada à medida que o acesso aos serviços de saúde ocorre de forma ordenada, garantindo-se o atendimento ao usuário em tempo oportuno, conforme sua necessidade.
A regulação assistencial, enquanto uma das funções de fortalecimento da capacidade de gestão, atribui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática de resposta às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas do processo assistencial, de modo a integrá-las às necessidades sociais e coletivas.
Destaca-se que a priorização do atendimento está diretamente relacionada à qualidade das informações clínicas previamente fornecidas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Assim, quando houver necessidade de complementação dos dados, os profissionais reguladores providenciarão a devolutiva dos encaminhamentos aos respectivos solicitantes.
Este Manual não é estático e encontra-se em permanente construção, reconhecendo-se suas limitações, as quais serão aprimoradas a partir do processo contínuo de discussão, implementação e das práticas diárias. Dessa forma, deverá ser revisado periodicamente pela equipe

técnica, considerando a capacidade de oferta do sistema municipal, os contratos e cotas vigentes, as alterações na legislação (normas, portarias e demais dispositivos legais), a avaliação sistemática dos dados dos sistemas de informação, além de outros meios de atualização técnico-científica.

Ressalta-se que este documento não abrange a regulação de atendimentos de urgência/emergência e internações hospitalares. Nessas situações, os profissionais da rede deverão seguir os fluxos específicos vigentes no município.

O objetivo final desta estratégia é a redução do tempo de espera para o atendimento especializado, bem como a garantia do acompanhamento tanto pela Atenção Básica quanto pela Atenção Especializada, qualificando e ampliando a resolutividade do cuidado. Assim, busca-se promover uma assistência em saúde mais próxima do cidadão e alinhada às suas reais necessidades.

OBJETIVOS

A regulação das vagas disponíveis para consultas e exames no âmbito ambulatorial constitui uma importante ferramenta de gestão em Saúde Pública, pois assegura não apenas o cumprimento dos princípios legais de atenção aos cidadãos, como também o controle da qualidade dos serviços prestados, a prevenção de fraudes e o estabelecimento de padrões mínimos de atendimento. Dessa forma, este Manual tem como objetivos:

Consolidar e padronizar o fluxo de encaminhamentos da Rede de Atenção Básica para a Atenção Especializada, assegurando os processos de referência e contra referência;

Garantir os princípios da universalidade, integralidade e equidade, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS);

Monitorar de forma contínua a oferta e a demanda dos atendimentos especializados;

Qualificar a avaliação e a classificação de risco, definindo prioridades de agendamento e assegurando o acesso dos usuários em tempo oportuno;

Reduzir o número de encaminhamentos desnecessários para as especialidades médicas;

Regular a oferta e o controle da qualidade dos serviços de saúde prestados;

Valorizar e fortalecer a resolutividade da Atenção Primária à Saúde.

REGULAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS/EXAMES

A regulação de encaminhamentos a atenção especializada/solicitação de exames é fundamental para o gerenciamento do acesso aos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal. As atividades de regulação previstas neste Manual serão conduzidas pela equipe do Setor de Agendamentos da Secretaria Municipal de Saúde, com a finalidade de assegurar um acesso ordenado, equitativo e eficiente aos serviços de saúde.

Etapas e Responsabilidades do Processo Regulatório: As solicitações de consultas e exames poderão ser realizadas tanto nas Unidades Básicas de Saúde quanto na Atenção Especializada, cabendo aos profissionais reguladores a análise técnica dos pedidos encaminhados. Em todas as etapas do processo, deve-se prezar pela cordialidade, ética e respeito na comunicação entre os profissionais envolvidos.

O fluxo de regulação das solicitações compreende as seguintes etapas:

A) Solicitação dos Exames ou Consultas Especializadas:

Todas as solicitações de consultas e exames deverão conter, obrigatoriamente, as seguintes informações:

História clínica: diretamente relacionada à solicitação em questão;

Exame físico: compatível com a hipótese diagnóstica apresentada;

Hipótese Diagnóstica;

Resultados de exames complementares previamente realizados, com as respectivas datas;

Tratamentos instituídos até o momento e os respectivos desfechos;

Escores, índices e classificações clínicas relevantes para o caso, tais como Índice de Massa Corporal (IMC), cálculo de risco cardiovascular por meio de escore de risco global, taxa de filtração glomerular, entre outros.

Os profissionais da rede realizarão as solicitações, respeitando o fluxo vigente no município. As situações das mesmas estão listadas a seguir:

Solicitada: Solicitação realizada, aguardando avaliação pela do regulador;

Pendente: solicitação avaliada pelo regulador e aguardando autorização e/ou agendamento;

Devolvida: solicitação devolvida pelo regulador ao profissional solicitante, aguardando resposta ou complementação das informações

(exemplo: solicitação de dados adicionais sobre o quadro clínico);
Reenviada: solicitação previamente devolvida pelo regulador, respondida pelo solicitante e novamente encaminhada ao Setor de Agendamentos, para nova avaliação do regulador;
Autorizada: guia autorizada para agendamento junto ao prestador conveniado ou paciente aguardando a data da consulta/exame;
Cancelada/Negada: solicitação cancelada ou negada pelo regulador, com retirada do paciente da fila de espera. Para novo acesso, o profissional solicitante deverá reiniciar todo o processo de solicitação;
Realizada: consulta ou exame efetivamente realizado;
Falta: paciente não compareceu à consulta ou exame previamente agendado/ autorizado.

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE PARA AGENDAMENTO/AUTORIZAÇÃO

O médico regulador será responsável por avaliar cada solicitação e classificá-la quanto ao grau de prioridade para autorização e/ou agendamento, com base nos critérios clínicos descritos nos pedidos e nas informações constantes nos prontuários dos usuários.
Para facilitar e padronizar o processo de autorização e agendamento, será adotado um sistema de classificação por cores, conforme descrito no quadro a seguir: VERMELHO - PRIORIDADE 1; AMARELO - PRIORIDADE 2 e, VERDE - PRIORIDADE 3.
A classificação da necessidade do usuário será fundamentada nos dados clínicos informados pelo profissional solicitante, bem como na presença de comorbidades associadas. Caso surja nova condição clínica após reavaliação ou consulta médica, as informações poderão ser atualizadas no sistema. Nessa situação, a classificação será reavaliada e, se necessário, reclassificada, de acordo com o novo contexto clínico apresentado.

	VERMELHO: ALTA PRIORIDADE (1): São situações clínicas potencialmente graves, que necessitam de agendamento ambulatorial prioritário
	AMARELO: MÉDIA PRIORIDADE (2): São consideradas situações clínicas que necessitam de agendamento ambulatorial prioritário, podendo aguardar, preferencialmente no prazo de até 180 (cento e oitenta) dias.
	VERDE: BAIXA PRIORIDADE (3): São consideradas situações clínicas estáveis que necessitam de agendamento ambulatorial, podendo aguardar prazo superior a 180 (cento e oitenta) dias.

ATENÇÃO: Esta classificação de prioridades abrange exclusivamente situações ambulatoriais, onde os usuários podem aguardar exames ou atendimentos especializados. Em qualquer situação em que se necessite encaminhamento imediato ao especialista ou em casos de urgência/emergência, o usuário NÃO DEVERÁ SER ENCAMINHADO PARA ATENDIMENTO POR VIA AMBULATORIAL. É de responsabilidade do profissional que realiza o atendimento identificar sinais de alarme, instabilidade clínica ou risco iminente à vida, adotando as condutas necessárias e direcionando o usuário ao serviço de urgência e emergência mais próximo, conforme os fluxos assistenciais vigentes no município.

AÇÕES QUE PODEM SER TOMADAS PELOS REGULADORES AO ANALISAREM AS SOLICITAÇÕES

Ao analisar as solicitações de consultas e exames, os profissionais reguladores poderão adotar as seguintes ações:
Deixar os pedidos PENDENTES PARA AGENDAMENTO: Neste caso, o regulador deixará os pedidos pendentes para que os agendamentos/autorizações das solicitações ocorram na sequência, sendo realizados pela equipe do Setor de Agendamentos. Esta modalidade é utilizada quando o regulador está de acordo com encaminhamento/pedido de exame.
ALTERAÇÃO DE PRIORIDADE: Esta ação poderá ser realizada quando o regulador discordar da prioridade atribuída pelo profissional solicitante, com base na justificativa clínica apresentada. Também deverá ser utilizada nos casos em que houver mudança na condição clínica do usuário que justifique a reclassificação da prioridade. Após a alteração, a solicitação permanecerá na situação PENDENTE PARA AGENDAMENTO.
DEVOLVER: A solicitação poderá ser devolvida ao profissional solicitante, com a devida justificativa registrada pelo regulador, geralmente para solicitação de informações clínicas complementares que subsidiem a decisão regulatória.

CANCELAR/NEGAR: A solicitação poderá ser cancelada ou negada por diferentes motivos, tais como: realização recente de exame similar ou igual, ausência de critérios clínicos suficientes para autorização (inclusive após reenvio da solicitação), desistência do usuário, mudança de município, óbito, procedimento considerado desnecessário ou já realizado, entre outros. Toda solicitação cancelada ou negada deverá ser devidamente justificada pelo regulador, e o usuário será retirado da fila de espera para o respectivo exame ou consulta.

DISPOSIÇÕES GERAIS E DIRETRIZES COMPLEMENTARES DA REGULAÇÃO AMBULATORIAL

Enquanto os protocolos da Atenção Primária à Saúde, os protocolos internos de regulação e demais documentos normativos estiverem em fase de desenvolvimento pelas equipes e profissionais responsáveis, deverão ser observados os protocolos e fluxos vigentes em âmbito nacional, estadual e municipal. A equipe do Setor de Agendamento poderá, de forma temporária, utilizar materiais e protocolos vigentes em outros municípios como subsídio para a análise e regulação dos pedidos.

O prazo máximo para análise das solicitações realizadas, sejam provenientes da Atenção Primária ou da Atenção Especializada, será de 15 (quinze) dias, a contar da data de chegada do pedido ao Setor de Agendamentos. O mesmo prazo será concedido ao profissional solicitante para responder às solicitações devolvidas e reenviá-las ao regulador. Após o reenvio, o regulador terá novamente 15 (quinze) dias para análise. Caso a solicitação seja devolvida e não haja manifestação do solicitante dentro do prazo estabelecido, ocorrerá cancelamento administrativo do pedido.

As solicitações provenientes de profissionais que atuam como suporte, sem vinculação fixa a uma Equipe de Saúde da Família (ESF), serão analisadas considerando, além das informações clínicas obrigatórias (anamnese, exame físico, hipótese diagnóstica e indicação do exame), o local de atendimento e os dados da triagem realizada na unidade na data do atendimento, incluindo identificação do profissional responsável pela triagem. Na identificação de inconsistências, o pedido será cancelado. Tal medida visa assegurar o cumprimento do princípio da equidade. Ressalta-se que solicitações realizadas para servidores públicos municipais ou seus familiares serão tratadas de forma idêntica às demais, conforme prática já vigente.

Como regra geral, deverá ser respeitado o intervalo mínimo de 12 (doze) meses para nova solicitação de exames iguais ou similares. Excepcionalmente, quando houver alteração do quadro clínico ou previsão em protocolo vigente (exemplo: BIRADS 03), a solicitação poderá ser realizada antes desse período, desde que devidamente justificada de forma detalhada.

As solicitações de exames e encaminhamentos deverão estar fundamentadas em critérios clínicos pertinentes ao quadro do paciente. Dessa forma, pedidos com descrições genéricas ou administrativas, tais como “a pedido”, “para INSS”, “necessita de atestado para perícia” ou “necessita de exame para perícia”, serão cancelados.

Pacientes que faltarem a consultas agendadas ou não realizarem exames previamente autorizados/agendados deverão reiniciar o fluxo na sua unidade de saúde e, por regra, terão o novo pedido regulado com prioridade baixa. Ressalta-se que é responsabilidade da unidade de saúde de referência manter o cadastro do paciente atualizado. O regulador analisará a justificativa para a falta do paciente.

Os profissionais solicitantes deverão investigar o quadro do paciente explorando todos os recursos disponíveis na atenção primária, para posterior encaminhamento. Assim, quando for solicitado um exame, o profissional deverá aguardar o resultado para posterior encaminhamento à especialidade, se necessário. Tal conduta possibilita que o usuário seja direcionado ao especialista mais adequado para resolução do caso. O regulador poderá analisar os pedidos por meio do prontuário do paciente e deliberar conforme os critérios estabelecidos neste Manual.

Para exames solicitados na modalidade de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), deverá ser seguido o fluxo instituído no município. Essa medida é necessária devido aos repasses financeiros aos serviços conveniados e às exigências específicas de alguns prestadores. Caso o exame não esteja disponível no serviço solicitado, e após análise do Setor de TFD, o pedido poderá ser incluído em lista de espera para análise do regulador, configurando exceção à regra. Para

especialidades não disponíveis no município, o profissional solicitante deverá preencher o ANEXO I e encaminhar o usuário ao setor competente.

Exames solicitados no sistema privado (particular ou planos de saúde) não deverão ser enviados ao Setor de Agendamentos para análise. Caso essa demanda chegue à ESF, o usuário deverá ser avaliado em consulta médica. Solicitações que configurem mera transcrição de pedidos privados, sem avaliação clínica, registro em prontuário e justificativa técnica, poderão ser devolvidas ou canceladas. O mesmo se aplica a pedidos realizados sem a presença do paciente na unidade no momento da solicitação.

Pacientes oncológicos deverão ser avaliados e acompanhados na especialidade de Oncologia, desta forma, o estadiamento/acompanhamento das doenças oncológicas deverá ser realizado no Hospital do Câncer (atual referência). Portanto, em casos de pacientes que acompanham em outros serviços, deverão seguir o fluxo dos mesmos (via TFD, por exemplo). Pacientes que acompanham no sistema privado e desejam exames fornecidos pelo sistema público de saúde, deverão ser encaminhados para avaliação da Oncologia-SUS. Não serão autorizados exames de oncologistas solicitados no sistema privado com a justificativa de estadiamento/acompanhamento ou “segunda opinião”.

Os profissionais solicitantes não deverão - em nenhuma hipótese - escrever o nome do prestador nas solicitações, visto que, os exames, procedimentos e consultas serão autorizados e agendados conforme cotas e contratos vigentes no município. O direcionamento será feito pela equipe de regulação, considerando os fatores supracitados.

Solicitações de agendamento, autorização ou alteração de prioridade realizadas via WhatsApp institucional ou pedidos manuscritos enviados ao setor poderão ser analisadas, desde que exista avaliação clínica prévia e registro em prontuário. A alteração de prioridade não garante agendamento imediato, considerando a existência de outros usuários com a mesma classificação em fila de espera. É proibido ao regulador responder questionamentos clínicos por meios pessoais, todos os contatos deverão ocorrer exclusivamente pelos canais institucionais.

Após a implantação do módulo de Central de Agendamento e Regulação (CAR), o mesmo passará a ser o único meio para discussão de casos no Sistema IDS, pois neste módulo, as informações ficam registradas e disponíveis para consulta, não sendo necessária sua transcrição para o prontuário do paciente. O módulo CAR é o espaço adequado para discussões técnicas, trocas de informações e registros de discordâncias. O regulador poderá adotar as medidas legais cabíveis caso seu nome seja indevidamente registrado em prontuário com tentativa de responsabilização por desfechos clínicos.

Como regra geral, ficam estabelecidas 03 (três) consultas com a especialidade. Após esse período, o prontuário será auditado pelos reguladores e/ou auditores, que avaliarão a necessidade de continuidade do acompanhamento especializado ou a concessão de alta administrativa.

Pacientes que comparecerem à ESF portando solicitações realizada na alta hospitalar deverão, preferencialmente, ter seus pedidos analisados pelos médicos da unidade. Considera-se que o paciente em alta hospitalar se encontra em condições de acompanhamento ambulatorial, devendo seguir os fluxos estabelecidos. Exames e encaminhamentos não realizados durante a internação e solicitados na alta hospitalar do paciente não serão autorizados de forma “urgente”, tampouco, serão colocados na lista de espera na frente dos demais usuários que já estão aguardando

Fica estabelecida a priorização da solicitação, autorização e agendamento dos exames presentes no SIGTAP - Sistema de gerenciamento da Tabela de procedimentos do SUS. Em caso de solicitações de exames e procedimentos que não constem na tabela, o paciente deverá ser informado pelo profissional solicitante sobre tal conduta. O quadro clínico e a solicitação serão analisadas pelo regulador ou gestor, podendo o mesmo deferir ou indeferir o pedido.

CONCLUSÃO

Este documento tem por finalidade orientar os profissionais que atuam na saúde pública do município de Coronel Vivida, com ênfase nos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e do Setor de Agendamento da Secretaria Municipal de Saúde. Destaca-se que este material constitui um instrumento orientador inicial, o qual será posteriormente complementado por protocolos clínicos específicos, a serem elaborados em etapas subsequentes.

ANEXO
Modelo de tabela para devolução/reenvio de solicitação de forma manuscrita

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORONEL VIVIDA - PR SETOR DE AGENDAMENTO DE EXAMES E CONSULTAS ESPECIALIZADAS
DATA: / / - DEVOLUÇÃO:

DATA: / / - REENVIO:

DATA: / / - CONDUTA:
AUTORIZADO ( ) CANCELADO ( ) NECESSITA DE NOVA AVALIAÇÃO ( ) PRIORIDADE ( )

Publicado por:
Flaviane Gubert Siqueira
Código Identificador:83581470

Matéria publicada no Diário Oficial dos Municípios do Paraná no dia 03/03/2026. Edição 3480
A verificação de autenticidade da matéria pode ser feita informando o código identificador no site:
https://www.diariomunicipal.com.br/amp/