



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

JULIANA PARANHOS MORENO BATISTA

CARACTERIZAÇÃO DA REGULAÇÃO DO ACESSO AOS PROCEDIMENTOS
AMBULATORIAIS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO FRENTE AO SEGUNDO
ANO DA PANDEMIA DE COVID-19

Rio de Janeiro

2022

JULIANA PARANHOS MORENO BATISTA

CARACTERIZAÇÃO DA REGULAÇÃO DO ACESSO AOS PROCEDIMENTOS
AMBULATORIAIS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO FRENTE AO SEGUNDO
ANO DA PANDEMIA DE COVID-19

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

Coorientadora: Prof^ª. Ms. Fernanda Adães Britto

Rio de Janeiro

2022

FOLHA DE APROVAÇÃO

JULIANA PARANHOS MORENO BATISTA

CARACTERIZAÇÃO DA REGULAÇÃO DO ACESSO AOS PROCEDIMENTOS
AMBULATORIAIS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO FRENTE AO SEGUNDO
ANO DA PANDEMIA DE COVID-19

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 27 de abril de 2022.

Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça (Orientador)

Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – UFRJ

Msc. Fernanda Adães Britto (Coorientadora)

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/ SMS-RJ

Prof. Dr. Heitor Alarico Gonçalves de Freitas

Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – UFRJ

Prof^a. Msc. Tatiana Clarkson Mattos

Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer à minha querida irmã, Verena, que me inspira e incentiva desde sempre;

Aos meus pais, Vera e Carlos Moreno, pelo entusiasmo e apoio em todas as minhas escolhas, mesmo que de longe, a quilômetros de distância;

Aos meus familiares por torcerem, vibrarem e acreditarem em mim;

Aos amigos de sempre e aos que fiz nesses dois anos, por fazerem a caminhada mais leve e alegre;

Aos amigos Felipe e Gabriel, por todo o apoio em casa, muitas vezes traduzido em xícaras de café (às vezes, chimarrão também) nesse processo de leituras e escrita;

Especialmente agradeço ao orientador deste trabalho, professor Paulo Mendonça, por todas as contribuições, sugestões e pela condução leve e afetuosa na realização deste estudo;

À Tatiana Clarkson e ao Heitor de Freitas, que prontamente aceitaram o convite de compor a banca, pela disponibilidade e sugestões que fizeram;

À Fernanda Adães, que além de co-orientadora, é um grande exemplo de profissional para mim;

À Clara Carneiro, minha preceptora na Subsecretaria Geral, e a toda a equipe, agradeço pelo acolhimento e pelas contribuições singulares ao longo de 2021.

Às equipes do HFSE e da CAP 3.2, e aos preceptores dos campos, profissionais que fizeram parte da minha formação até aqui;

Ao IESC, seu corpo docente e coordenação da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, pelos anos de aprendizados, neste momento tão difícil, em função da pandemia de COVID-19.

RESUMO

BATISTA, Juliana Paranhos Moreno. **Caracterização da regulação do acesso aos procedimentos ambulatoriais no município do Rio de Janeiro frente ao segundo ano da pandemia de COVID-19.** Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

A pandemia de COVID-19 impactou sistemas de saúde ao redor do mundo, exigindo a reestruturação de rotinas assistenciais e a adoção de diversas medidas, tais como a suspensão de serviços, consultas e procedimentos eletivos. No âmbito do município do Rio de Janeiro, especificamente, o desafio do enfrentamento desta crise sanitária somou-se a antigas dificuldades orçamentárias, de desigualdades na oferta e no acesso aos serviços de saúde, bem como inconsistências no processo de regulação em saúde. O presente estudo buscou entender como se comportou a relação entre demanda e oferta no acesso a consultas e exames ambulatoriais da cidade do Rio de Janeiro, no segundo ano de pandemia de COVID-19. Trata-se de um estudo descritivo que utilizou a base de dados do Portal de Transparência SISREG do município do Rio de Janeiro. Os achados apontam que, em termos gerais, houve ampliação da oferta e redução de filas e do tempo médio de espera para acesso aos serviços de saúde especializada. A redução de fila foi bastante significativa para os exames de ecocardiografia transtorácica, ultrassonografia transvaginal e endoscopia digestiva alta. Entretanto, as especialidades de oftalmologia, odontologia, ginecologia, reumatologia e urologia têm procedimentos com maiores tempos médios para atendimento da população carioca. Os procedimentos radiografia odontológica, coloproctologia e cirurgia vascular apresentaram os maiores crescimentos de fila. É necessário monitorar as demandas que se apresentam no período de recuperação pós-COVID-19 ao longo dos próximos anos e reorganizar o padrão de oferta com base na necessidade da população carioca, permitindo acesso aos serviços de saúde de maneira equânime e adequada.

Palavras-chave: Regulação em saúde. COVID-19. Atenção secundária à saúde. Filas e tempos de espera.

ABSTRACT

BATISTA, Juliana Paranhos Moreno. **Characterization of the regulation of access to outpatient procedures in the city of Rio de Janeiro in the second year of the COVID-19 pandemic.** Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The COVID-19 pandemic has impacted health systems around the world, requiring the restructuring of care routines and the adoption of various measures, such as the suspension of services, consultations and elective procedures. In the city of Rio de Janeiro, specifically, the challenge of facing this health crisis was added to old budget difficulties, inequalities in the supply and access to health services, as well as inconsistencies in the health regulation process. The present study sought to understand how the relationship between demand and supply behaved in the access to outpatient consultations and exams in the city of Rio de Janeiro, in the second year of the COVID-19 pandemic. This is a descriptive study that used the SISREG Transparency database in the city of Rio de Janeiro. The findings indicate that, in general terms, there was an increase in the supply and reduction of queues and the average waiting time for access to specialized health services. The queue reduction was quite significant for transthoracic echocardiography, transvaginal ultrasound and upper digestive endoscopy exams. However, the specialties of ophthalmology, dentistry, gynecology, rheumatology and urology have procedures with longer average times to attend the population of Rio de Janeiro. Dental radiography, coloproctology and vascular surgery procedures showed the highest queue growth. It is necessary to monitor the pent-up demand, given the course of the pandemic, added to the high prevalence of chronic diseases, the deficit of resources and services and the new demands that present themselves for the post-COVID-19 recovery period in the coming years. It is necessary and urgente, however, to reorganize the pattern of supply and demand in the city of Rio de Janeiro, allowing cariocas access to health services in an equitable manner and adequate to their needs.

Keywords: Healthcare regulation. COVID-19. Secondary care. Queue and waiting times.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Panorama da COVID-19 no Município do Rio de Janeiro, 2020 a 2022	13
Figura 2 - Linha do tempo da COVID-19 Aguda e Pós-Aguda	15
Figura 3 - Evolução das solicitações em fila para exames/procedimentos e consultas de especialidades no SISREG do Município do Rio de Janeiro em dezembro nos anos de 2014 a 2021	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Decisões governamentais a respeito de consultas e procedimentos regulados durante a pandemia do COVID-19.....	20
Tabela 2 - Evolução da oferta de vagas de 1ª vez para exames/procedimentos e consultas de especialidades no SISREG do Município do Rio de Janeiro, 2021.....	35
Tabela 3 - Distribuição das maiores filas no SISREG do Município do Rio de Janeiro, 2021	35
Tabela 4 - Distribuição das consultas de especialidades com maiores tempos médios de espera para atendimento no SISREG. Rio de Janeiro, 2021.....	37
Tabela 5 - Distribuição de exames/procedimentos de especialidades com maiores tempos médios de espera para atendimento no SISREG. Rio de Janeiro, 2021	37
Tabela 6 - Distribuição das reduções de fila no SISREG. Rio de Janeiro, 2021.....	38
Tabela 7 - Distribuição das filas que tiveram maiores aumentos no SISREG. Rio de Janeiro, 2021	40
Tabela 8 - Distribuição das consultas Pós-Covid-19 no SISREG. Rio de Janeiro, 2021	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Secundária Ambulatorial Especializada
APS	Atenção Primária em Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
IMC	Índice de Massa Corporal
OCDE	Organização para Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SER	Sistema Estadual de Regulação
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 A PANDEMIA PELO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19).....	12
2.2 IMPACTO NOS PROCESSOS AMBULATORIAIS.....	15
2.3 DECISÕES GOVERNAMENTAIS E BIOPOLÍTICA	18
2.4 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE) COMO INTEGRANTE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....	23
2.5 CONCEITO DE REGULAÇÃO E DA REGULAÇÃO DO ACESSO AOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	25
2.6 FUNCIONAMENTO DO SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO, O SISREG.....	28
3 JUSTIFICATIVA	30
4 OBJETIVOS	31
4.1 OBJETIVO GERAL.....	31
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
5 METODOLOGIA.....	32
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	32
5.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO	32
5.3 COLETA E ANÁLISE DE DADOS	32
5.4 VARIÁVEIS ESTUDADAS	32
5.5 ANÁLISE DE DADOS	33
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	33
6 RESULTADOS	34
7 DISCUSSÃO	43
8 CONCLUSÃO.....	46
REFERÊNCIAS	48
ANEXO.....	52
ANEXO A – LISTAGEM DE PROCEDIMENTOS QUE NÃO TERÃO SEUS ATENDIMENTOS SUSPENSOS.....	53

1 INTRODUÇÃO

Passado mais de um ano desde que a pandemia pelo novo coronavírus (COVID-19) foi considerada uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), tendo se espalhado por todo o mundo, diversas medidas têm sido adotadas com o intuito de conter a transmissão e a disseminação do vírus (OPAS; OMS, 2020). Dentre elas, destaca-se a interrupção de serviços ambulatoriais e hospitalares, visando à segurança de pacientes, resguardando o suprimento de equipamentos de proteção, bem como de força de trabalho capacitada, ao priorizar o enfrentamento ao COVID-19 e pós-COVID.

O segundo ano da pandemia de COVID-19 foi marcado pelo surgimento de novas variantes com alta transmissão, mas também pelo avanço da vacinação. No que se refere aos procedimentos eletivos, o impacto se deu em diversos momentos, com o cancelamento e suspensão de intervenções, como cirurgias e serviços de apoio diagnóstico terapêutico. A demanda represada, dado o curso da pandemia, somada à alta prevalência de doenças crônicas, ao déficit de recursos e serviços e às novas demandas que se apresentam para o período de recuperação pós-COVID-19, devem pressionar o sistema de saúde nos próximos anos (NEPOGODIEV *et al.*, 2020).

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2), podendo cursar com sintomas leves - síndrome gripal (SG) -, inexistentes ou evoluir para casos graves - síndrome respiratória aguda grave (SRAG). A maior parte dos indivíduos assintomáticos passam despercebidos e não são reportados, podendo expor uma parcela muito maior da população ao vírus (LI *et al.*, 2020).

No Brasil, a partir da Portaria GM/MS n.º 454, de 20 de março de 2020, foi declarado o estado de transmissão comunitária do novo coronavírus. Inicialmente, nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, seguido de outras capitais e, rapidamente, foi ganhando capilaridade por todo o país (BRASIL, 2020)

O município do Rio de Janeiro já passava, antes da pandemia do COVID-19, por um momento de crise financeira, com diversos desafios para a Saúde Pública (O'DWYER *et al.*, 2019). Questões como desigualdades na oferta e no acesso aos serviços de saúde, solicitações incompletas ou equivocadas no sistema e outros problemas geram obstáculos nos processos de regulação da rede e vêm acometendo a população carioca, o que torna o enfrentamento da pandemia ainda mais complexo. Mello *et al.* (2020, p. 103) reportam:

Levantamento realizado no SISREG indica que, em maio de 2020, havia 343.352 solicitações de vaga em espera dentro município do Rio de Janeiro. Considerando apenas procedimentos cirúrgicos eletivos, há 51.186 solicitações pendentes no sistema.

Os tempos de espera são resultado de uma complexa interação entre demanda e oferta de serviços de saúde e se apresentam como uma questão para grande parte dos países da Organização para Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), problema que se agravou com a pandemia de COVID-19 (FARIAS *et al.*, 2019; OECD, 2021c). Verifica-se um exponencial aumento da proporção de encaminhamentos e de longas filas de espera para consultas com especialista nos últimos anos no Brasil e em outros países (MARTIN; SICILIANI; SMITH, 2020; MENDES, 2019; PINTO *et al.*, 2017; SICILIANI; HURST, 2003; BARNETT; SONG; LANDON, 2012). Somado a isso, existe uma carência de parâmetros para estimar qual a taxa de encaminhamentos ideal e sistematização dos tempos de espera para procedimentos eletivos.

A redução de tempos de espera deve envolver políticas e estratégias integradas com ampliação da oferta de procedimentos, organização de fluxos, bem como qualificação das solicitações (MELO *et al.*, 2021; SICILIANI; HURST, 2003). Dessa forma, uma regulação assistencial eficaz considera o benefício para o paciente, a oferta equânime, com foco na resolução oportuna, sustentável e equitativa das necessidades de saúde.

Diante deste cenário, este trabalho sistematiza informações com o objetivo de entender como se comportou a relação entre demanda e oferta no acesso a consultas e exames ambulatoriais da cidade do Rio de Janeiro no município do Rio de Janeiro-RJ, em 2021, segundo ano da pandemia de COVID-19.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Os referenciais teóricos adotados para fundamentar o presente estudo e que estão desenvolvidos a seguir são: a pandemia pelo novo coronavírus (COVID-19) e o impacto nos processos ambulatoriais; as decisões governamentais e biopolítica; a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) como integrante da Rede de Atenção à Saúde (RAS); o conceito de Regulação e da regulação do acesso aos procedimentos ambulatoriais no Município do Rio de Janeiro; e funcionamento do Sistema Nacional de Regulação, o SISREG.

2.1 A PANDEMIA PELO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19)

A COVID-19 impactou consideravelmente a saúde da população brasileira, assim como a sua economia. De acordo com o Boletim Epidemiológico nº 94 (BRASIL, 2021), um total de 619.105 óbitos foram confirmados pela doença até 01 de janeiro de 2022, com taxas de incidência e de mortalidades acumuladas por 100 mil habitantes de respectivamente, 10.527 casos e 292,4 óbitos, tornando-se, assim, a principal causa de mortes durante quase todos os meses de pandemia. Quanto ao aspecto econômico, o Brasil registrou uma queda de 4,1% do PIB em 2020, superior aos 3,2% observados pelos países do G20 (OECD, 2021a). Neste sentido, embora o país tenha alcançado um aumento do PIB de 4,6% em 2021, as projeções indicam queda para 1,4% em 2022 e 2,1% em 2023, redução no poder aquisitivo e taxas de juros mais altas (OECD, 2021b).

A figura 1 apresenta o panorama epidemiológico da COVID-19 no município do Rio de Janeiro, que evidencia as diferenças ano a ano. Em 2020, a COVID-19 no MRJ teve expressivo número de casos confirmados, ainda que naquele ano havia poucos testes disponíveis. O primeiro ano de pandemia também teve taxas de incidência, mortalidade e letalidade bastante altas. Em 2021, a pandemia também se comportou de maneira muito intensa na cidade do Rio de Janeiro. Embora o número de casos confirmados tenha sido muito maior, em comparação com 2020, o número de óbitos foi menor. Isto se deve, certamente, pela influência da vacinação. Em 2022, a alta cobertura vacinal no município também fez diferença, visto que apesar do alto número de casos nos primeiros meses do ano, não se observou tal volume nos números de casos graves e óbitos.

Figura 1 - Panorama da COVID-19 no Município do Rio de Janeiro, 2020 a 2022

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO					
2020		2021		2022	
Confirmados	Taxa de incidência	Confirmados	Taxa de incidência	Confirmados	Taxa de incidência
221.405	3.271,9	303.541	4.319,9	440.485	6.612,5
Casos graves	Taxa de mortalidade	Casos graves	Taxa de mortalidade	Casos graves	Taxa de mortalidade
42.620	284,7	43.295	241,7	4.156	25,1
Óbitos	Taxa de letalidade	Óbitos	Taxa de letalidade	Óbitos	Taxa de letalidade
18.962	8,7%	16.161	5,6%	1.670	0,4%

Fonte: Painel Rio COVID-19. Disponível em <https://experience.arcgis.com/experience/38efc69787a346959c931568bd9e2cc4>.

À medida que a pandemia segue avançando, o entendimento sobre a doença, suas formas de transmissão e profilaxia vem aumentando, o que possibilitou criar medidas e protocolos de segurança. Condições demográficas, socioeconômicas, de saúde (tais como prevalência de comorbidades) somam-se a medidas sanitárias adotadas (isolamento, quarentena, uso de máscara, dentre outras), além de fatores políticos e ideológicos a partir de decisões governamentais (FERRAZ, 2021). No que se refere à questão social, a distribuição desigual de condições e disposições, tais como acesso à assistência e tratamento, tipo de trabalho, moradia e saneamento afetam a propagação da pandemia no Brasil (CAMPOS, 2020). Por se tratar de uma doença nova, o conhecimento a respeito da COVID-19 está em constante evolução, ao passo que novas pesquisas são publicadas.

A maior parte dos pacientes infectados pela COVID-19 apresenta doença leve a moderada, não necessitando de hospitalização, contando com manejo pelo próprio paciente ou atendimento via Atenção Primária em Saúde (APS). Entretanto, 15% podem evoluir para quadros clínicos mais graves e 5% dos casos requerem internação em unidades de terapia intensiva (UTI) e ventilação mecânica (KARIN *et al.*, 2021; CAETANO *et al.*, 2020). Devido a sua alta transmissibilidade, os volumes e a velocidade com que a população é acometida num mesmo período, há risco de saturação dos sistemas de saúde, com impacto na letalidade da doença.

Diversos estudos descrevem o perfil clínico-epidemiológico dos casos confirmados de COVID-19, bem como os fatores associados à gravidade e óbito, como grande longevidade e ocorrência de multimorbidade por doenças crônicas (CONASEMS, 2020; HUANG *et al.*, 2020; QUN *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2020; PUERTA-ALCALDE; GARCÍA-VIDAL, 2020; RICHARDSON *et al.*, 2020; SANTOS, 2020). De acordo com tais estudos, no que tange aos aspectos clínicos e biológicos, a sintomatologia é variável, considerando as diferenças nos períodos de análise, no tamanho amostral e na subjetividade dos dados.

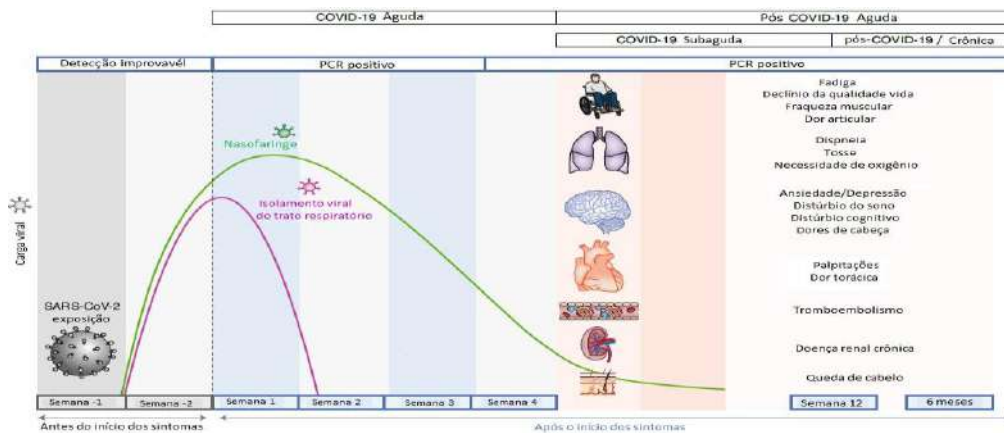
De todo modo, os sinais mais comumente associados são os respiratórios, tais como febre, tosse, coriza, cansaço e dor de garganta. Alguns pacientes podem também apresentar conjuntivite, náuseas, dor de estômago, diarreia, dor de cabeça, lesões de pele, alteração do nível de consciência, perdas de olfato (anosmia) e de paladar (ageusia) (FIOCRUZ, 2021).

Há consenso relativo sobre o fato de que, apesar de a maioria dos pacientes apresentar prognóstico favorável, indivíduos idosos e com condições crônicas subjacentes possam apresentar pior prognóstico (ROTHAN; BYRAREDDY, 2020). Estudos apontam como fatores de risco associados a agravamento de quadros clínicos, pacientes com idade avançada, alto índice de massa corporal (IMC), com histórico de hipertensão e diabetes (GOTO *et al.*, 2021; COSTA *et al.*, 2021).

Efeitos subagudos e a longo prazo, como sintomas que persistem por semanas ou meses – Síndrome Pós-Covid – vêm sendo referidos como “Covid longa” (FIGUEIRA; AUDI, 2021). Alguns estudos apresentam fadiga, dispneia, dor no peito, distúrbios cognitivos, artralgia e declínio na qualidade de vida como os principais efeitos residuais. Conforme ilustra a Figura 1, os sintomas após COVID-19 aguda podem ser divididos em duas categorias: 1) COVID-19 subaguda sintomática ou persistente, englobando sintomas e anormalidades presentes por 4 a 12 semanas após COVID-19 agudo; e 2) síndrome crônica ou pós-COVID-19, implicando em sintomas e anormalidades presentes além de 12 semanas do início da COVID-19 e não atribuíveis a diagnósticos alternativos (NALBANDIAN *et al.*, 2021; SISÓ-ALMIRALL *et al.*, 2021).

De acordo com Nalbandian *et al.* (2021), mecanismos potenciais que contribuem para a fisiopatologia de COVID-19 pós-agudo são: alterações específicas da fisiopatologia da infecção pelo vírus; respostas imunológica e inflamatória à infecção aguda; e sequelas após doença crítica.

Figura 2 - Linha do tempo da COVID-19 Aguda e Pós-Aguda



Fonte: Nalbandian *et al.* (2021). Tradução disponível em: <https://www.labsouzaassuncao.com.br/noticias/sindrome-pos-covid-sintomas-e-sinais-que-permanecem-apos-a-infeccao-aguda-pelo-sars-cov-2/>.

Neste sentido, o atendimento aos pacientes pós-COVID-19 traz inúmeros desafios aos sistemas de saúde, visto que gera a necessidade de proporcionar acesso à reabilitação, continuidade do tratamento e interface com diversas especialidades integradas – equipes multiprofissionais – no atendimento ambulatorial (FIGUEIRA; AUDI, 2021).

2.2 IMPACTO NOS PROCESSOS AMBULATORIAIS

Desde o surgimento do SUS, há 32 anos, o Brasil obteve melhora significativa na maioria dos indicadores de saúde, resultando na ampliação do acesso aos serviços de saúde e diminuição de desigualdades. Todavia, ainda se registra insuficiência no uso dos recursos do sistema de saúde e o país, sobretudo levando-se em conta o envelhecimento da população e as necessidades em saúde associadas a esse contexto, bem como o enfrentamento de grandes emergências, como caso da COVID-19 (OECD, 2021, p. 5).

A pandemia pelo novo coronavírus exigiu uma enorme e rápida reestruturação assistencial, impactando em distintas formas e intensidades os serviços de saúde, desde as ações de vigilância, atenção primária à saúde, atenção secundária ambulatorial especializada (AAE), bem como os serviços hospitalares. A partir de agosto de 2020, foram incluídos dois novos procedimentos no SISREG, quais sejam: CONSULTA EM FISIOTERAPIA RESPIRATORIA - CORONAVIRUS e CONSULTA EM PNEUMOLOGIA - PÓS CORONAVIRUS. Já o Sistema Estadual de Regulação (SER) do Rio de Janeiro vem contando, desde maio de 2021 com um Centro de Referência Multidisciplinar Pós-COVID,

vinculado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) (NASCIMENTO, 2021), que recebe encaminhamentos feitos pelas clínicas da família.

Houve alteração, ainda, nos padrões de utilização dos serviços, como reflexo dos novos comportamentos sociais; ampliação das estruturas assistenciais necessárias, sobretudo dos leitos de UTI; e as doenças infecciosas passaram a ser a primeira causa de óbito no Brasil em 2020, o que suscitou, conseqüentemente, novas demandas ao sistema de saúde (CANABRAVA, 2021).

Analisando a retração da oferta e da demanda no contexto da pandemia no Brasil em 2020, Junqueira (2021, p. 106) verificou que:

Entre os procedimentos hospitalares e ambulatoriais que deixaram de ser executados pelo SUS nos meses de março, abril, maio, junho e julho, estão ações de promoção e prevenção em saúde; procedimentos com finalidade diagnóstica; procedimentos clínicos; procedimentos cirúrgicos; transplantes de órgãos, tecidos e células; medicamentos; órteses, próteses e materiais especiais; e ações complementares da atenção à saúde. A defasagem na atenção ambulatorial e hospitalar até julho de 2020 foi de 584 milhões de procedimentos, representando mais de R\$ 3,8 bilhões.

Estudo que comparou o número de procedimentos eletivos cirúrgicos realizados pelo Sistema Único de Saúde em 2020 (entre março e maio), em todo o Brasil, em relação ao mesmo período dos cinco anos anteriores, concluiu que houve uma queda de 37,36% no número de procedimentos eletivos cirúrgicos no SUS (380.828), comparando-se a média dos cinco anos anteriores no mesmo período, 610.598,4 cirurgias. Dessa análise, estratificando entre as regiões brasileiras, a Sudeste foi a que apresentou maior redução (de 30,22%) em 2020, em relação à média dos 5 anos anteriores (CÉZAR *et al.*, 2020).

Ainda no contexto brasileiro, em se tratando da rede privada, a ANS reportou no Mapa Assistencial da Saúde Complementar que houve redução no uso do plano de saúde comparando os anos de 2020 e 2019. Para consultas médicas em geral, a redução foi de 25,1%, “passando de 6 consultas anuais para 4,4 por beneficiário”. Já as terapias tiveram queda de 23,7% e dentre os exames de alta complexidade e maior custo, as ressonâncias magnéticas tiveram redução de 24,5%. As tomografias computadorizadas, por sua vez, sofreram um decréscimo tímido de 3,8%, o que pode ser explicado pela sua utilização no protocolo de tratamento da COVID-19 (ANS, 2021).

Os determinantes da utilização dos serviços de saúde estão associados, entre outras questões, com a necessidade de saúde da população, marcada pela morbidade, gravidade ou urgência da doença (BRASIL, 2005). Neste sentido, Malta *et al.* (2017) realizaram um estudo com base na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 e concluíram que a presença de ao

menos uma doença crônica estava associada ao maior uso de serviços de saúde (25,6%), em comparação à ausência de Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) (10,8%), cuja prevalência de consulta médica nos últimos 12 meses foi 1,26 vezes maior. Devido à elevada carga e cronicidade, as DCNT se destacam, portanto, entre as doenças que demandam mais ações, procedimentos e serviços de saúde.

Em se tratando do contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil, Malta *et al.* (2021) analisaram o uso dos serviços de saúde por adultos com DCNT, sendo consideradas diabetes, hipertensão, doença respiratória, doença do coração e câncer, e relataram que indivíduos com esses agravos declararam maior busca e dificuldades no uso de serviços de saúde neste período.

Estudo conduzido pela OPAS, em 2020, indicou que houve interrupção (parcial ou total) de serviços ambulatoriais para pessoas com DCNT em diversos países membros, impactando desde atendimentos odontológicos até consultas de reabilitação. Dentre os principais motivos para a interrupção dos serviços de DCNT, destacam-se: o cancelamento dos serviços de atendimento eletivo (58%), a realocação da equipe clínica para a resposta à pandemia pelo novo coronavírus (50%) e o não comparecimento dos indivíduos aos atendimentos de saúde (50%) (OPAS, 2020).

Outro levantamento, realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), buscou comparar a quantidade de atendimentos médicos entre março de 2020 e dezembro de 2020 com o mesmo período de 2019. Tal estudo encontrou redução significativa na realização de procedimentos médicos ambulatoriais no SUS, com destaque para as especialidades de oftalmologia, radiologia, clínica médica, radioterapia, cardiologia, neurologia e ginecologia e obstetrícia. Observou-se maior impacto na consulta médica em Atenção Especializada, com queda de 32% (menos 2,6 milhões de atendimentos), seguido da tonometria, com redução de quase 2 milhões. Além disso, os exames de gasometria e os atendimentos para grupos de pacientes em Centros de Atenção Psicossocial tiveram queda de 95% e 84%, respectivamente. Outro resultado que chama a atenção trata-se da redução de exames preventivos contra o câncer, tais como, mamografia bilateral (caiu de 3,2 milhões para 1,7 milhão) e citopatológico cérvico-vaginal, passando de 2,3 milhões para 1,1 milhão (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2021).

Outrossim, a pandemia acentuou as iniquidades de oportunidade de acesso quando se compara os setores público e privado, comprometendo a valorização e ampliação do sistema público de saúde (CANABRAVA, 2021; CONTE *et al.*, 2020). É importante, pois, garantir a

sustentabilidade social do SUS por meio da estruturação da atenção hospitalar, articulando ações políticas, sociais, econômicas e científicas com o intuito de desenvolver estratégias de enfrentamento dos paradoxos do acesso qualificado e em tempo oportuno. Cabe acompanhar os efeitos produzidos pela COVID-19 na oferta e no acesso aos serviços de saúde, que certamente vão exigir ajustes nas relações entre os níveis de gestão e prestadores de serviços, buscando soluções que garantam o cumprimento dos direitos constitucionais referentes à saúde dos usuários. Uma alternativa que vem sendo evidenciada, até mesmo antes da chegada da COVID-19, é o uso da teleassistência na regulação, contribuindo para a redução de filas de espera, de “gargalos” existentes e aumentando a resolutividade e organização da rede (CAETANO *et al.*, 2020).

2.3 DECISÕES GOVERNAMENTAIS E BIOPOLÍTICA

A gestão dos recursos e as tomadas de decisão por parte dos governantes são elementos fundamentais em um cenário de alta demanda e contexto de pandemia, tendo a saúde pública como uma das prioridades. O desgaste a que os profissionais e os equipamentos de saúde estão expostos pode impactar a capacidade da população acessar serviços e procedimentos necessários, aumentando o desafio que é garantir a integralidade do cuidado.

Numa leitura foucaultiana, as decisões governamentais evocam a noção de biopolítica, levando-se em conta as relações de poder e as formas de regulamentar a vida e a morte das populações, de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Foucault traz o termo biopolítica para analisar a relação do poder com o corpo social na modernidade, uma forma de poder que se estendia por todo o território nacional até a disciplinarização dos corpos individuais. O contexto de pandemia, portanto, evidencia mecanismos e tecnologias de poder, considerando que a biopolítica lida com

previsões, de estimativas estatísticas, de medições globais; vai se tratar, igualmente, não de modificar tal fenômeno em especial, não tanto tal indivíduo, na medida em que é indivíduo, mas, essencialmente, de intervir no nível daquilo que são as determinações desses fenômenos gerais, desses fenômenos no que eles têm de global. (FOUCAULT, 1999, p. 293).

A primeira e principal medida adotada para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 foi o confinamento das pessoas em suas casas, guardando semelhança com técnicas disciplinares utilizadas no enfrentamento de outras epidemias, como a lepra e da peste. Para Foucault (1984, p. 80), “o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera

simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo”. No cenário atual, somam-se a essas estratégias de combate ao vírus, novas técnicas e dispositivos de controle, como o uso de instrumentos de vigilância a partir da biometria e o uso de informações de GPS de dispositivos móveis, tecnologias da informação e comunicação. Se, por um lado, é possível disseminar informações importantes, conectando as notícias individuais e coletivas em rede e em tempo real, por outro lado, a depender de como são conduzidas, podem gerar pânico e desinformação também.

Neste sentido, à medida que a pandemia de COVID-19 redesenha novas subjetividades, a gestão política da epidemia adota antigas práticas de controle necro-biológico da população. Sobre esta questão, Preciado (2020, p. 9), argumenta que

o vírus age à nossa imagem e semelhança, nada mais faz do que replicar, materializar, intensificar e estender a toda a população, as formas dominantes de gestão biopolítica e necropolítica que já atuavam no território nacional e seus limites. Assim, cada sociedade pode ser definida pela epidemia que a ameaça e pela forma de se organizar contra ela.

Mbembe (2018), por sua vez, traz que a noção de biopoder “é insuficiente para dar conta das formas contemporâneas de submissão da vida ao poder da morte”, sendo a necropolítica, conceito inspirado na biopolítica, mas que destaca ações pelas quais os governos deliberadamente permitem práticas de controle, opressão negligência, atingindo uma parte da população específica e mais vulnerável da população.

Num cenário pandêmico, decisões como suspender ou não atividades, sobretudo referentes à AE, têm mais que nunca consequência e interferência na população e na sustentabilidade do sistema. O que pode ser causa, consequência ou mútua interferência do processo pandêmico, das opções e decisões governamentais e o funcionamento da AE e suas consequências na vida das pessoas e na sustentabilidade do sistema? É necessário pensar qual vida, qual comunidade e qual imunidade iremos estabelecer após o acontecimento pandêmico de 2020, redefinindo os paradigmas de organização comunitária e biológica.

No tocante à avaliação da necessidade de se recomendar a suspensão de consultas, procedimentos e cirurgias eletivas, nas redes pública e privada, o Conselho Federal de Medicina (CFM) orienta que cada Conselho Regional de Medicina (CRM) fica responsável por essa decisão. Cada CRM deve considerar aspectos legais feitos pelas autoridades locais (prefeitos e governadores), as recomendações sanitárias, bem como a capacidade da rede de assistência local e os indicadores epidemiológicos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020).

É importante entender a resposta que os governos dão ao enfrentamento da pandemia, verificando a cronologia das decisões governamentais de orientações para a prevenção e o controle das infecções pelo novo coronavírus, com impacto na oferta e atendimento para consultas e procedimentos ambulatoriais. Dessa forma, a tabela a seguir (Tabela 1) apresenta as principais normativas a respeito de consultas e procedimentos regulados durante a pandemia do COVID-19 no município do Rio de Janeiro:

Tabela 1 - Decisões governamentais a respeito de consultas e procedimentos regulados durante a pandemia do COVID-19

Normativa	Data de publicação	Objetivo
NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANV ISA Nº 04/2020	30/01/2020, atualizada em 25/02/2021	ORIENTAÇÕES PARA SERVIÇOS DE SAÚDE: MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE QUE DEVEM SER ADOTADAS DURANTE A ASSISTÊNCIA AOS CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2) – atualizada em 25/02/2021
RESOLUÇÃO SES Nº 1996	13/03/2020	SUSPENSÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS NOS HOSPITAIS GERAIS PÚBLICOS E UNIVERSITÁRIOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
RESOLUÇÃO SES Nº 2004	18/03/2020	REGULAMENTA AS ATIVIDADES AMBULATORIAIS NAS UNIDADES DE SAÚDE PÚBLICAS, PRIVADAS E UNIVERSITÁRIOS COM ATENDIMENTO AMBULATORIAL E NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
ANEXO I À RESOLUÇÃO SMS Nº 4334 DE 18 DE MARÇO DE 2020. NOTA TÉCNICA S/SUBREG	18/03/2020	NOTA TÉCNICA S/SUBREG Este documento visa orientar as unidades de saúde próprias, conveniadas e contratadas sobre a regulação/ agendamento de consultas, exames e/ou procedimentos ambulatoriais eletivos agendados pelo SISREG, quanto à tomada de decisão pela necessidade de SUSPENSÃO TEMPORÁRIA de procedimentos ambulatoriais eletivos agendados pelo Sistema Nacional de Regulação - SISREG no âmbito do Complexo Regulador Municipal.
Resolução SMS nº 4.385 29 DE ABRIL DE 2020:	29/04/2020	Suspende todos os procedimentos cirúrgicos eletivos, com exceção das cirurgias oncológicas e cardiovasculares nos hospitais da rede municipal de saúde do município do Rio de Janeiro por tempo indeterminado.

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANV ISA Nº 06/2020	29/04/2020, REVISADA EM 30/03/2021	ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DAS INFECÇÕES PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2) EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS
RESOLUÇÃO SMS Nº 4402 (Anexo I)	18/05/2020	Orientações para as unidades de saúde próprias, conveniadas e contratadas no âmbito do SUS do Município do Rio de Janeiro sobre a regulação (agendamento) de consultas, exames e/ou procedimentos ambulatoriais eletivos agendados pelo SISREG durante a Pandemia pelo COVID- 19
RESOLUÇÃO SMS Nº 4419	02/06/2020	Art.1º Aprovar e conceder efeito normativo à NOTA TÉCNICA SMS/SUBHUE sobre o controle de infecções pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) em procedimentos cirúrgicos para assistência a pacientes no contexto da pandemia de COVID-19, anexo I desta Resolução. Art. 2º Esta Resolução produz efeitos enquanto durar a epidemia do novo Coronavírus no âmbito da Cidade do Rio de Janeiro.
DECRETO RIO Nº 47.488 DE 02 DE JUNHO DE 2020	02/06/2020	Instituiu o Comitê Estratégico para desenvolvimento, aprimoramento, e acompanhamento do Plano de Retomada, em decorrência dos impactos da pandemia da COVID-19 e, em especial, os seus artigos 6º, 12, 14 e 16, que instituíram o plano de retomada , o faseamento com seus critérios, e as regras de ouro que deverão ser rigorosamente observadas pelos estabelecimentos e prestadores de serviços.
RESOLUÇÃO SMS Nº 4.424 DE 03 DE JUNHO 2020 (Revogada)	03/06/2020, Republicada por incorreção no D.O. RIO de 04/06/2020, nº 60, Página 12.0	Estabelece medidas de prevenção específicas para o funcionamento dos estabelecimentos e atividades que menciona e medidas necessárias à obtenção, utilização e suspensão de uso do Selo de Conformidade com as Medidas Preventivas da Covid-19. Em especial, 8. MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECÍFICAS PARA OS ESTABELECIMENTOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM GERAL;9. MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECÍFICAS PARA O RETORNO DE SERVIÇOS DE ODONTOLOGIA.
DECRETO RIO nº 47.489 DE 02 DE JUNHO DE 2020	03/06/2020	Altera o Decreto Rio nº 47.282, de 21 de março de 2020, que determina a adoção de medidas adicionais, pelo Município, para enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus-COVID-19, e dá outras providências. Em especial, no seu artigo 2º, que trata da retomada dos atendimentos realizados

		através de consultas ambulatoriais agendadas através do Sistema Nacional de Regulação - SISREG, na forma a ser definida por Resolução da SMS.
RESOLUÇÃO SMS Nº 4437 DE 15 DE JUNHO DE 2020	16/06/2020	Dispõe sobre as Orientações para a retomada gradual e programada das consultas ambulatoriais nas unidades de saúde próprias, conveniadas e contratadas no âmbito do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, em atendimento ao DECRETO RIO Nº 47.489, de 02 de junho de 2020.
RESOLUÇÃO SMS Nº 4470 DE 14 DE JULHO DE 2020	15/07/2020	Dispõe sobre as orientações para a retomada gradual e programada das cirurgias eletivas nas unidades de saúde da SMS no âmbito do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, em atendimento ao DECRETO RIO Nº 47.489, de 02 de junho de 2020
RESOLUÇÃO SMS Nº 4628 DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020(Revogada)	18/12/2020	Suspende procedimentos cirúrgicos eletivos na Rede Municipal de Saúde.
PORTARIA GM/MS Nº 3.641	21/12/2020	Define, para o exercício de 2021, a estratégia de acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
RESOLUÇÃO CONJUNTA SES/SMS RIO Nº 871 DE 12 DE JANEIRO DE 2021	13/01/2021	REGULAMENTA, NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, AS MEDIDAS DE PROTEÇÃO À VIDA, RELATIVAS À COVID-19. Revoga a Resolução “N” SMS nº 4.424, de 03 de junho de 2020
RESOLUÇÃO SMS Nº 4782 DE 19 DE FEVEREIRO DE 2021	22/02/2021	Dispõe sobre o retorno imediato de todas as atividades ambulatoriais e procedimentos cirúrgicos eletivos nas unidades de saúde públicas, conveniadas e contratualizadas no Município do Rio de Janeiro, no âmbito do SUS. Torna sem efeito a Resolução SMS nº 4.628 de 17 de dezembro de 2020.

Fonte: Elaboração da própria autora.

Dentre as normativas analisadas, verificou-se um equilíbrio na quantidade de diretrizes que tratam de suspensão (n= 5) e de retorno/retomada (n= 7). Como caracterização, as que tratam da suspensão, foram publicadas nos meses de março, abril, junho e dezembro 2020; e as que abordam o retorno ou a retomada, em junho, julho, dezembro de 2020 e fevereiro de 2021.

Destacam-se as Resoluções SMS N° 4334 de 18 de março de 2020 e N° 4402 de 18 de maio de 2020, que trazem orientações para

as unidades de saúde próprias, conveniadas e contratadas sobre a regulação/agendamento de consultas, exames e/ou procedimentos ambulatoriais eletivos agendados pelo SISREG, quanto à tomada de decisão pela necessidade de SUSPENSÃO TEMPORÁRIA de procedimentos ambulatoriais eletivos agendados pelo Sistema Nacional de Regulação - SISREG no âmbito do Complexo Regulador Municipal.

As resoluções supracitadas, enfatizam a responsabilidade do Complexo Regulador do Município do Rio de Janeiro - CR, por meio da Gerência da Regulação Ambulatorial, pela regulação dos procedimentos ambulatoriais, através do Sistema Nacional de Regulação - SISREG, módulo ambulatorial. Apontam, portanto, a suspensão de consultas, exames e/ou procedimentos ambulatoriais/eletivos de 1ª VEZ (Reserva) enquanto durar a pandemia, exceto os procedimentos listados no anexo da Portaria SMS N° 4.334 de 18 de março de 2020 (ANEXO A). Quanto às consultas, exames e/ou procedimentos ambulatoriais/eletivos de RETORNO, cabe às unidades a avaliação de cada caso levando em consideração a continuação do cuidado e os riscos para o paciente.

Há que se considerar, portanto, que cada unidade pode ter adotado medidas de acordo com o entendimento e avaliação da sua capacidade instalada e/ou do momento da pandemia.

Vale ressaltar, também, a publicação mais recente, da Resolução SMS N° 4.782 de 22 de fevereiro de 2021, que traz orientações para a retomada dos ambulatorios de especialidades e cirurgias eletivas das unidades. Tal resolução considera a redução das demandas por internações por COVID-19 e de óbitos pela doença, e a vacinação dos profissionais de saúde com 60 anos ou mais, muitos dos quais poderão retomar suas atividades nas unidades de saúde com mais segurança.

2.4 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE) COMO INTEGRANTE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

A Atenção ambulatorial especializada (AAE) caracteriza-se por oferecer, de maneira integrada às demais Redes de Atenção à Saúde (RAS), serviços e consultas especializadas, de apoio diagnóstico e terapêutico. Para Merhy (1997), são lugares de saber-fazeres profissionais, em que há o encontro das tecnologias leves e leves-duras ofertadas sobre a infraestrutura tecnológica dura. Sua distribuição geográfica, diferente da APS, se configura

“de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada” (SOLLA; CHIORO, 2010, p. 4). De acordo com Almeida *et al.* (2010), a implantação de centros municipais de especialidades pode ser estratégica no sentido de viabilizar o acesso oportuno e maior contato entre profissionais generalistas e especialistas.

No que tange à proporcionalidade entre generalistas e especialistas na atenção à saúde, Mendes (2019) aponta que deve haver coordenação e relação próxima entre médicos especialistas e generalistas, de forma quantitativa e qualitativa.

Uma APS bem estruturada tem condições de resolver 87,5% a 95% das demandas de saúde da população, ordenando o cuidado e racionalizando o acesso aos serviços ambulatoriais especializados, de maior complexidade e custo (MENDES, 2019).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS, devem ter integração entre os diversos pontos de atenção, sendo a APS a principal porta de entrada do sistema, realizando referências e contra referências adequadas. Almeida, Fausto e Giovanella (2011, p. 85) avaliam que:

Entre os fatores que têm impacto sobre a coordenação, destacam-se o incremento do papel de filtro (*gatekeeping*) dos médicos generalistas, relacionado à gestão e à responsabilização pelo caminho terapêutico do usuário. Além desse fator, vale citar ainda o aumento da capacidade de resolução da APS por meio da destinação de recursos e da ampliação da cesta de serviços, seja pelo aumento do acesso a meios diagnósticos e terapêuticos, seja pela educação continuada; e o maior prestígio e reconhecimento profissional.

Melo *et al.* (2021) apontam a questão do acesso à atenção especializada como um dos maiores problemas do SUS, em detrimento de escassez da oferta de determinados procedimentos e especialidades (dependendo da localidade), do financiamento, da organização e fluxos da atenção especializada.

Diante desses desafios, deve-se estabelecer mecanismos de regulação assistencial e de acesso a procedimentos e serviços levando em consideração a integralidade do cuidado, bem como a garantia da equidade.

2.5 CONCEITO DE REGULAÇÃO E DA REGULAÇÃO DO ACESSO AOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A regulação assume diversos significados, com várias abordagens e finalidades. No âmbito do SUS, a Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, apresenta três dimensões para a regulação, a saber:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. (BRASIL, 2008, p. 1).

Em suma, as duas primeiras dimensões (Regulação de Sistemas de Saúde e Regulação da Atenção à Saúde) estão voltadas às políticas públicas e às estratégias gerenciais; já a “Regulação do Acesso à Assistência” busca atender as demandas de usuários para serviços de média e alta complexidade no SUS.

As centrais de regulação e complexos reguladores têm um papel de destaque na regulação do acesso, de modo a possibilitar a gestão de ofertas a partir de uma visão privilegiada e macro dos processos e fluxos, conforme as políticas públicas e serviços ofertados nos preceitos do SUS (MELO *et al.*, 2021). No município do Rio de Janeiro nem todas as consultas e procedimentos especializados disponíveis estão cadastrados no SISREG indicando, portanto, outros fluxos possíveis de acesso.

Outrossim, o conceito de acesso também é complexo, sobretudo em sistemas de saúde públicos e universais, pois requer entendimento desde o caráter epistemológico, da viabilidade sistêmica, política, social e econômica (CANABRAVA, 2021). Pode ser entendido a partir:

Da acessibilidade sócio-organizacional e geográfica aos serviços de saúde; da oportunidade de utilização dos serviços e em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos; da disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação; da liberdade para o uso dos serviços a partir dos atributos que definem o indivíduo (níveis cultural, social, econômico e educacional); do grau de interação entre os 'clientes' e o sistema de saúde e da capacidade de um sistema de atenção à saúde responder às necessidades de uma população. (CANABRAVA, 2021, p. 43).

A regulação do acesso a serviços especializados de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar deve ser norteada pela tentativa de oferecer de maneira oportuna e equitativa ações e serviços de saúde para uma determinada população.

Nesse sentido, as filas e tempos de espera no SUS constituem um problema complexo e multidimensional e representam um desafio para a regulação do acesso – em especial para cirurgias eletivas – comum a vários países, independentemente do sistema de saúde adotado (SICILIANI; HURST, 2003). A fila de espera ocorre sempre que a procura por determinado serviço supera a capacidade do sistema de prover o seu atendimento. Contudo, nem sempre a demanda reflete a real necessidade, assim nem todo exame complementar ou consulta especializada são de fato necessários. Há, também, duplicidade de pedidos ou com informações incompletas. Desta forma, faz-se necessário estabelecer protocolos clínicos e de regulação, organizar os fluxos e processos, bem como uma boa gestão dos contratos de serviços de saúde. O encaminhamento equivocado de pacientes para a realização de exames complementares e/ou consultas especializadas tem um caráter iatrogênico. Além do descompasso entre demanda e oferta em grande parte dos serviços, a rede também produz prestação do cuidado para indicações que não foram formuladas de maneira adequada, mascarando qual seria a demanda real, com impacto em toda a rede assistencial.

Os tempos de espera para atenção especializada, em geral, podem ser classificados em três categorias: diferença entre a data de solicitação do procedimento até a sua autorização; data de autorização da consulta e exame especializado e a data da execução da consulta e exame especializado ou a data de solicitação da consulta e exame especializado e a data da execução da consulta e exame especializado (FARIAS *et al.*, 2019). Neste trabalho, para a análise do tempo de espera, trata-se da terceira categoria (diferença entre a solicitação e a execução do procedimento).

Até 2009, o município do Rio de Janeiro não possuía efetivamente um sistema de regulação de consultas e procedimentos eletivos, o que deixava para cada paciente a tarefa de encontrar o serviço após receber o encaminhamento. Um avanço ocorreu com a implementação da Coordenação de Policlínicas e a estruturação das atividades regulatórias pela Subsecretaria Geral, em que se começou a utilização de um Sistema Nacional de Regulação vinculado ao Ministério da Saúde. Tal sistema, contudo, tinha fragilidades por realizar agendamentos automáticos sem atender aos critérios de regionalização do território, nem avaliar a qualidade dos encaminhamentos. Esse cenário foi alterado em junho de 2012, com a substituição do modelo de regulação ambulatorial que passou a ser descentralizado para as unidades de atenção primária, tendo os médicos da APS como responsáveis pelos agendamentos via SISREG, plataforma desenvolvida pelo DATASUS (PINTO *et al.*, 2017; ROCHA, 2015).

Como estratégia da gestão municipal, além da implementação do SISREG, houve também o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com a incorporação dos médicos Responsáveis Técnicos (RT's) das unidades de atenção básica, a fim de tornar o processo de agendamento no sistema mais célere.

Apesar desses avanços, a regulação ainda se depara com desafios na integração entre a atenção básica e a atenção especializada, sendo necessárias ações que visem a atualização sistemática da fila de espera, possibilitando a verificação de mudanças de endereço ou realização do procedimento em outro serviço, por exemplo. A oferta de serviços no SUS é bastante desigual, levando a movimentação dos usuários entre os diversos extremos da cidade (PINTO *et al.*, 2017). É preciso, portanto, planejar a regionalização do acesso, sobretudo num município tão plural e com fortes contrastes econômicos e sociais como o Rio de Janeiro, promovendo investimento consistente nas regiões que possuem maiores fragilidades, como oferta reduzida de serviços dada a demanda e problemas da população. Neste sentido, deve-se entender “acesso” como garantia da oferta, do acolhimento da necessidade em saúde, mas também a partir da sua dimensão espacial, avaliando a possibilidade do usuário efetivamente comparecer à consulta/exame. É essencial, também, o estabelecimento de vínculo entre o profissional e o usuário, garantindo não só a oferta do serviço de saúde ao usuário, mas a qualidade do acesso. Assim, não seria necessário que houvesse uma regionalização do SISREG? Embora haja atualmente uma descentralização do agendamento, não seria importante também distribuir melhor a oferta?

2.6 FUNCIONAMENTO DO SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO, O SISREG

No município do Rio de Janeiro, o acesso dos usuários da APS a atendimentos especializados para média e baixa complexidade se dá através do encaminhamento via SISREG, a partir da inserção pelo médico da APS, dado que os Centros Municipais de Saúde (CMS) e Clínicas da Família (CF) são as unidades de referência e responsáveis pelo cuidado. Por sua vez, as solicitações de consultas e procedimentos para alta complexidade são inseridas no Sistema Estadual de Regulação (SER).

Inicialmente, em 2004, o SISREG – na sua primeira versão desenvolvida pelo DATASUS – era para uso apenas de prestadores privados, com funcionamento a partir de rede local, com obtenção de relatórios de agendamento. A versão *online* foi adotada a partir de 2006 (SISREG II), com vagas para prestadores privados, mas também alguns prestadores públicos. A terceira versão (SISREG III) é um sistema público e implantada pelo DATASUS de Brasília em 2009 (ROCHA, 2015). Possui dois módulos independentes: Central de Marcação de Consultas (CMC), para gestão da assistência ambulatorial e a Central de Internação Hospitalar (CIH), referente à assistência hospitalar.

O SISREG ambulatorial adota protocolos e critérios bioéticos que permitem a definição de prioridades no uso dos recursos de saúde em situações de disparidades de ofertas e demanda de recursos. Tal classificação de risco define o tempo máximo desejável de atendimento baseada em cores, sendo que “vermelho” indica situações clínicas graves e/ou que necessitam um agendamento prioritário, preferencialmente em até 30 dias; “amarelo” são situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, preferencialmente em até 90 dias; “verde”, são situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, podendo aguardar até 180 dias e “azul”, são situações clínicas que não necessitam um agendamento prioritário, podendo esperar mais que 180 dias (RIO DE JANEIRO, 2016).

Dessa forma, a ordenação da fila é de responsabilidade do médico regulador da unidade solicitante da atenção primária e do nível central que priorizam os casos de acordo com a classificação de risco supracitada e com data de solicitação mais antiga.

Cada consulta marcada no SISREG é avaliada pelo regulador, que pode negar a vaga por discordar da indicação clínica ou devolver o pedido para complementação de dados necessários para o caso. Havendo concordância com o pedido e vaga disponível no momento da marcação, é feito o agendamento, que retorna para a unidade solicitante, responsável por informar ao usuário em qual unidade executante o procedimento será realizado. Caso não haja

vaga disponível, a solicitação fica como pendente, para marcação futura até o surgimento da vaga ao procedimento solicitado (RIO DE JANEIRO, 2016).

Entre 2017 e 2020, segundo dados do Ministério da Saúde (<https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>), registrou-se significativa redução da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) no município do Rio de Janeiro. A cobertura passou de 70,93%, em janeiro de 2017, para 45,98%, em dezembro de 2020. Estes dados retratam o desfinanciamento que a APS vivenciou nos últimos quatro anos e a retração do acesso à atenção especializada, com impacto no aumento significativo das filas e tempo de espera para o agendamento de consultas e exames, via SISREG.

Embora a regulação em saúde utilize frequentemente o termo “vaga”, o processo de regulação consiste, em realidade, na identificação de como a necessidade de saúde será atendida, a partir de que serviço. Desta forma, para além de ocupar os espaços vazios (vagas), é preciso encontrar ou criar espaço/serviço para atender quem precisa ser atendido.

3 JUSTIFICATIVA

O enfrentamento da pandemia de COVID-19 trouxe grandes desafios para a saúde pública brasileira, com a necessidade de reorganização e adaptação dos serviços de saúde. Dentre as medidas adotadas, destacam-se a suspensão e o cancelamento de procedimentos eletivos, reestruturação da capacidade instalada de leitos nas unidades hospitalares, adoção de protocolos visando o cuidado e controle do agravo, bem como inclusão de procedimentos direcionados ao tratamento de complicações da doença. Desse modo, busca-se observar como se deu a dinâmica do acesso a consultas e exames ambulatoriais da cidade do Rio de Janeiro no segundo ano de enfrentamento da pandemia de COVID-19, através da caracterização da oferta, filas e tempos de espera. O tema proposto neste estudo vem sendo objeto de interesse de trabalho e de estudo desde março de 2021, período em que desenvolvi atividades enquanto residente na SMSRIO/SUBGERAL.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a regulação do acesso aos procedimentos ambulatoriais no município do Rio de Janeiro-RJ, no período de janeiro de 2021 a dezembro de 2021, segundo ano de enfrentamento da pandemia do COVID-19.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o padrão do número de vagas ofertadas no SISREG entre janeiro de 2021 a dezembro de 2021;
- Identificar os procedimentos com maiores tempos de espera no ano de 2021;
- Identificar as maiores filas no ano de 2021
- Identificar os procedimentos com maiores aumentos e reduções de fila no ano de 2021;
- Caracterizar os procedimentos que foram inseridos no SISREG após a pandemia do COVID-19 (Pós-Covid19).

5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo realizado com dados secundários do serviço de saúde.

5.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

No presente estudo serão avaliados os dados do município do Rio de Janeiro, que está inserido na Região Metropolitana I de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Para fins de planejamento em Saúde, o plano interno da Secretaria Municipal de Saúde trabalha, desde 1993, com a divisão da cidade em 10 Áreas de Planejamento (AP).

5.3 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Utilizou-se como base de dados o Portal de Transparência SISREG do município do Rio de Janeiro, através de site disponível na internet (<https://web2.smsrio.org/minhasaudeRio/#/painel>), página pública que traz informações de transparência sobre a regulação Ambulatorial dos procedimentos (consultas e exames) executados no Município do Rio de Janeiro, como fila, oferta e o tempo médio de espera por procedimento e unidade executante.

Para o presente estudo foram filtradas as informações sobre ofertas, solicitações em fila por procedimento e tempo médio de espera de cada procedimento no SISREG na competência de 2021.

5.4 VARIÁVEIS ESTUDADAS

- Levantamento das quantidades de solicitações em fila de consultas e procedimentos, e comparação com a oferta nos meses de janeiro de 2021 e dezembro de 2021;
- Levantamento das especialidades médicas com maior volume de solicitações em fila (consultas e procedimentos) entre janeiro de 2021 e dezembro de 2021;
- Levantamento dos maiores tempos para agendamento durante o ano de 2021.

5.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados da presente pesquisa foram gerados a partir da extração de bancos de dados públicos do Portal de Transparência SISREG. Nessa página é possível acessar informações gerais sobre as filas, as ofertas e o tempo médio de espera. A análise dos dados foi realizada com o Excel.

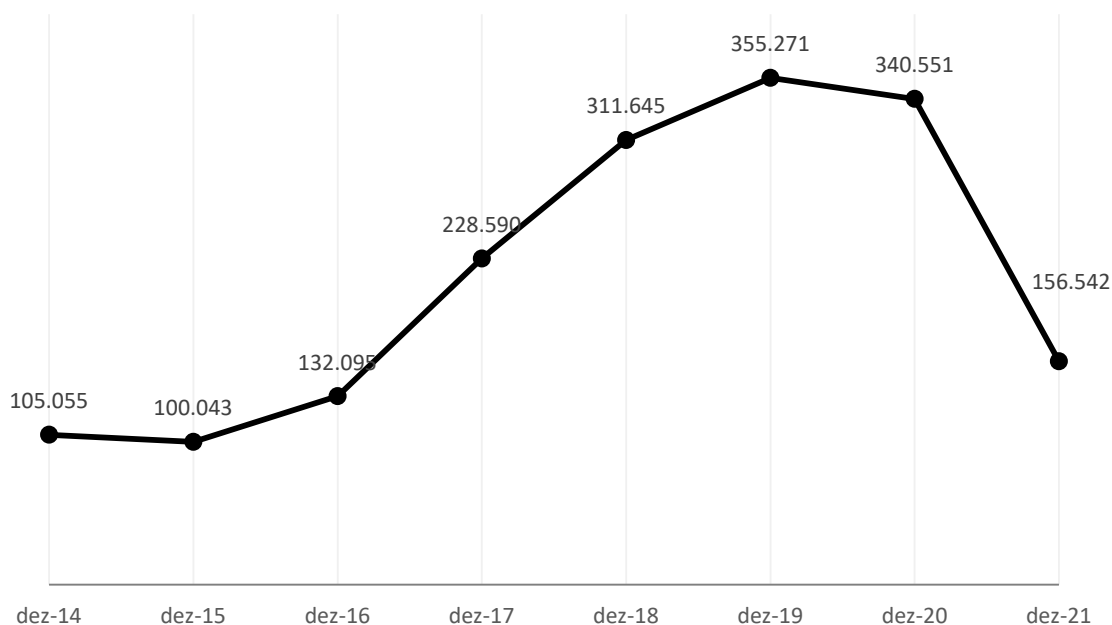
5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa utilizou dados secundários, sem identificação de pessoas ou serviços. Desta forma, os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados ao risco mínimo, considerando todas as exigências da resolução 466/96 do CNS no que concerne à ética em pesquisa que envolve seres humanos, não sendo necessário o crivo do Comitê de Ética em Pesquisa.

6 RESULTADOS

Na figura 3 verifica-se a evolução das solicitações em fila para exames/procedimentos e consultas de especialidades no SISREG do Município do Rio de Janeiro entre os anos de 2014 e 2021.

Figura 3 - Evolução das solicitações em fila para exames/procedimentos e consultas de especialidades no SISREG do Município do Rio de Janeiro em dezembro nos anos de 2014 a 2021



Fonte: Portal de Transparência SISREG – Município do Rio de Janeiro.

Observou-se redução de 54% da fila, tendo variado de 340.551, em dezembro de 2020, para 156.542, em dezembro de 2021, conforme demonstrado no gráfico acima.

Comparando-se janeiro e dezembro de 2021, em termos gerais, a oferta para consultas, exames e procedimentos teve um aumento de 34%, saindo de 82.823 vagas de 1ª vez para 111.328, com uma média mensal de 98.285 vagas de 1ª vez. Novembro foi o mês com maior oferta (n=121.089) e maio, o com menor volume de oferta (n= 76.844).

Tabela 2 - Evolução da oferta de vagas de 1ª vez para exames/procedimentos e consultas de especialidades no SISREG do Município do Rio de Janeiro, 2021

Mês	Oferta de vagas de 1ª vez no SISREG
jan/21	82.823
fev/21	83.879
mar/21	94.609
abr/21	80.522
mai/21	76.844
jun/21	96.082
jul/21	98.975
ago/21	114.168
set/21	112.250
out/21	106.807
nov/21	121.089
dez/21	111.328
Ano 2021	1.179.376

Fonte: Portal de Transparência SISREG – Município do Rio de Janeiro.

O aumento da oferta de vagas, somado à outras intervenções na regulação assistencial ambulatorial culminaram com a redução de 30% do tempo médio de espera de 110 dias para 77 dias, no mesmo período de comparação.

A tabela 3 evidencia que, em dezembro de 2021, os procedimentos que mais se destacam pelo volume de solicitações pendentes são consulta em ortopedia (7.677), seguido de consulta em cirurgia geral – hérnia (6.538) e radiografia odontológica (6.415).

Tabela 3 - Distribuição das maiores filas no SISREG do Município do Rio de Janeiro, 2021

Procedimento	Nº de pendências acumuladas em jan/21	Nº de pendências acumuladas em dez/21
Consulta em ortopedia	16.362	7.677
Consulta em cirurgia geral - hérnia	6.235	6.538
Grupo - radiografia odontológica	2.649	6.415
Consulta em cirurgia geral - vesícula	7.705	6.065
Consulta em cirurgia plástica - reparadora	12.015	4.239
Oftalmologia - retinografia	3.650	4.149

Procedimento	Nº de pendências acumuladas em jan/21	Nº de pendências acumuladas em dez/21
fluorescente		
Doppler venoso de MMII	10.334	4.063
Consulta em urologia	8.180	3.797
Colonoscopia	7.553	3.681
Consulta em fisioterapia	5.090	3.542
Consulta em oftalmologia - glaucoma	4.780	3.188
Emissões otoacústicas evocadas p/ triagem auditiva (teste da orelhinha)	6.418	3.160
Consulta em odontologia - endodontia	6.865	3.121
Endoscopia digestiva alta	13.381	3.065
Consulta em psiquiatria	6.633	2.837
Consulta em saúde mental - adulto	2.838	2.684
Consulta em odontologia - cirurgia oral menor	7.060	2.462
Ultrassonografia de articulação	6.292	2.441
Consulta em neurologia	5.226	2.434
Consulta em ginecologia cirúrgica	3.382	2.341

Fonte: Portal de Transparência SISREG – Município do Rio de Janeiro.

A análise do conjunto de consultas mostra que os 10 maiores tempos médios para atendimento da população carioca, no ano de 2021, foram das especialidades de oftalmologia, odontologia, ginecologia, reumatologia e urologia. Dentre esses procedimentos, verifica-se que o número de solicitações pendentes acumuladas aguardando agendamento que mais variou foi o de consulta em oftalmologia – pediatria, saindo de 4.393 para 290, cuja média de oferta mensal também foi a mais expressiva.

Tabela 4 - Distribuição das consultas de especialidades com maiores tempos médios de espera para atendimento no SISREG. Rio de Janeiro, 2021

Procedimento	Tempo médio para atendimento (dias)	Nº de pendências acumuladas em jan/21	Nº de pendências acumuladas em dez/21	Oferta média mensal ano 2021
Consulta em oftalmologia - pálpebra	1.085	949	24	5
Consulta em oftalmologia - glaucoma	725	4.780	3.188	282
Consulta em odontologia - prótese dentaria	716	21	77	24
Consulta em oftalmologia - ecobiometria ocular	537	205	146	1
Consulta em ginecologia - urodinâmica	450	1.227	513	8
Consulta em oftalmologia - pediatria	414	4.393	290	1.202
Consulta em ginecologia - laqueadura	400	5.797	2.228	110
Consulta em reumatologia - artrite crônica por Chikungunya	392	774	116	35
Consulta em urologia-litíase	374	2.965	2.068	37
Consulta em oftalmologia - estrabismo	362	174	176	20

Fonte: Portal de Transparência SISREG – Município do Rio de Janeiro.

Quando se observa os maiores tempos médios para atendimento de exames e procedimentos da população carioca, no ano de 2021, além de oftalmologia, eletroencefalograma e eletroneuromiografia surgem na lista. E verificou-se a maior variação no número de solicitações pendentes acumuladas para o exame de gonioscopia, que saiu de 2.753 para 720 solicitações.

Tabela 5 - Distribuição de exames/procedimentos de especialidades com maiores tempos médios de espera para atendimento no SISREG. Rio de Janeiro, 2021

Procedimento	Tempo médio para atendimento (dias)	Nº de pendências acumuladas em jan/21	Nº de pendências acumuladas em dez/21	Oferta média mensal ano 2021
Oftalmologia - tratamento cirúrgico de pterígio	880	3.153	2.230	76
Eletroencefalograma pediátrico sem sedação	579	1.570	14	4
Oftalmologia - gonioscopia	577	2.753	720	68
Oftalmologia - retinografia fluorescente	487	3.650	4.149	230
Oftalmologia - paquimetria	468	3.929	1.983	185

Procedimento	Tempo médio para atendimento (dias)	Nº de pendências acumuladas em jan/21	Nº de pendências acumuladas em dez/21	Oferta média mensal ano 2021
ultrassônica				
Oftalmologia - exereses de calázio e outras pequenas lesões da pálpebra e supercílios	409	332	342	13
Ultrassonografia pélvica - pediátrica	347	415	188	6
Oftalmologia - sondagem de vias lacrimais (adultos)	334	46	69	5
Eletroneuromiografia	331	3.514	1.605	80
Ultrassonografia de próstata (via transretal)	307	656	233	12

Fonte: Portal de Transparência SISREG- Município do Rio de Janeiro.

No tocante às maiores reduções de fila, destacam-se os exames de ecocardiografia transtorácica, ultrassonografia transvaginal e endoscopia digestiva alta, cujas pendências acumuladas tiveram diferença maior que 10 mil, comparando os meses de janeiro e dezembro de 2021. Os 20 procedimentos selecionados representam 29% da fila de dezembro de 2021.

Tabela 6 - Distribuição das reduções de fila no SISREG. Rio de Janeiro, 2021

Procedimento	Nº de pendências acumuladas Jan/21	Nº de pendências acumuladas Dez/21	Diferença (n; %)	TME (em dias) 2021	Média mensal de oferta 2021
Ecocardiografia transtorácica	13.490	1.944	-11.546; 86%	139	1.993
Ultrassonografia transvaginal	12.277	1.383	-10.894; 89%	117	1.156
Endoscopia digestiva alta	13.381	3.065	-10.316; 77%	205	939
Consulta em ortopedia	16.362	7.677	-8.685; 53%	155	1.568
Consulta em cirurgia plástica - reparadora	12.015	4.239	-7.776; 65%	293	516
Doppler venoso de MMII	10.334	4.063	-6.271; 61%	257	562
Ultrassonografia de mamas bilateral	6.232	368	-5.864; 94%	125	673

Procedimento	Nº de pendências acumuladas Jan/21	Nº de pendências acumuladas Dez/21	Diferença (n; %)	TME (em dias) 2021	Média mensal de oferta 2021
Consulta em cirurgia pediátrica	7.306	1.577	-5.729; 78%	266	306
Consulta em nefrologia	5.554	773	-4.781; 86%	287	340
Consulta em odontologia - cirurgia oral menor	7.060	2.462	-4.598; 65%	214	604
Consulta em reumatologia	6.137	1.687	-4.450; 73%	233	462
Consulta em urologia	8.180	3.797	-4.383; 54%	169	595
Consulta em oftalmologia - pediatria	4.393	290	-4.103; 93%	414	1.202
Consulta em cardiologia	4.323	225	-4.098; 95%	118	1.517
Doppler arterial de MMII	4.336	254	-4.082; 94%	227	323
Colonoscopia	7.553	3.681	-3.872; 51%	154	290
Densitometria óssea - radiodiagnostico	4.028	169	-3.859; 96%	152	758
Ultrassonografia de articulação	6.292	2.441	-3.851; 61%	151	345
Consulta em psiquiatria	6.633	2.837	-3.796; 57%	135	477
Consulta em odontologia - endodontia	6.865	3.121	-3.744; 55%	321	371

Fonte: Portal de Transparência SISREG- Município do Rio de Janeiro.

Avaliando os procedimentos que mais aumentaram a fila, radiografia odontológica, coloproctologia e cirurgia vascular - tratamento de varizes com espuma não estética apontam como os maiores crescimentos da pendência acumulada. Somando-se os vinte procedimentos com maior incremento de fila, estes representam 21% da pendência acumulada de dezembro de 2021.

Tabela 7 - Distribuição das filas que tiveram maiores aumentos no SISREG. Rio de Janeiro, 2021

Procedimento	Nº de pendências acumuladas Jan/21	Nº de pendências acumuladas Dez/21	Diferença (n; %)	TME (em dias) 2021	Média mensal de oferta 2021
Grupo - radiografia odontológica	2.649	6.415	3.766; 142%	64	880
Consulta em coloproctologia	187	1.630	1.443; 772%	91	521
Consulta cirurgia vascular - tratamento de varizes com espuma não estética	502	1.299	797; 159%	83	255
Tomografia de coerência óptica	0	589	589; sem fila em jan/2021	25	24
Ultrassonografia de parede abdominal	459	973	514; 112%	91	69
Oftalmologia - retinografia fluorescente	3.650	4.149	499; 14%	487	230
Consulta para prescrição de órteses e próteses e materiais especiais	38	517	479; 1261%	16	228
Grupo - diagnóstico por imagem - radiografia simples	818	1.286	468; 57%	16	5.939
Ultrassonografia doppler de tireoide	0	457	457; sem fila em jan/2021	11	15
Potencial evocado auditivo bera	0	448	448; sem fila em jan/2021	53	3
Oftalmologia - campimetria computadorizada	1.810	2.253	443; 24%	222	188
Reabilitação	1.372	1.804	432; 31%	183	33

Procedimento	Nº de pendências acumuladas Jan/21	Nº de pendências acumuladas Dez/21	Diferença (n; %)	TME (em dias) 2021	Média mensal de oferta 2021
intelectual pediatria					
Oftalmologia - vitrectomia	279	704	425; 152%	32	39
posterior com inf					
Consulta em profilaxia da pré exposição ao HIV	175	593	418; 239%	84	30
Consulta em					
cirurgia de cabeça e pescoço - geral	434	823	389; 90%	64	10
Consulta em oftalmologia - geral	233	559	326; 140%	37	7.171
Consulta em fisioterapia - pediatria	132	450	318; 241%	24	54
Consulta em					
cirurgia geral - hernia	6.235	6.538	303; 5%	183	404
Consulta em					
ortopedia - com imobilização provisória	418	665	247; 59%	25	318
Consulta em oftalmologia – cirurgia de catarata – 2º olho	0	232	232; sem fila em jan/2021	2	131

Fonte: Portal de Transparência SISREG- Município do Rio de Janeiro.

No que se refere aos procedimentos que foram inseridos no SISREG após a pandemia do COVID-19, quais sejam pneumologia e fisioterapia respiratória, o tempo médio de espera foi de 2 e 3 meses, respectivamente. Ambos os procedimentos tiveram aumento de pendências acumuladas aguardando agendamento e, conseqüentemente, aumento dos tempos médios de espera. No município do Rio, entre janeiro e dezembro, o número mensal de solicitações por uma consulta de pneumologia motivadas por quadros de pós-Covid saltaram de 91 para 224, e

para consulta em fisioterapia respiratória, de 74 para 147. Os meses de agosto e setembro de 2021 tiveram os maiores acumulados de pedidos pendentes desta série histórica.

Tabela 8 - Distribuição das consultas Pós-Covid-19 no SISREG. Rio de Janeiro, 2021

mês	Consulta em pneumologia - pós coronavírus			Consulta em fisioterapia respiratória - coronavírus		
	Pendência acumulada	TME	Oferta	Pendência acumulada	TME	Oferta
jan/21	91	55	50	74	0	0
fev/21	154	67	40	106	0	0
mar/21	206	79	40	134	0	0
abr/21	201	87	50	182	0	0
mai/21	199	72	40	110	98	14
jun/21	301	78	40	152	93	31
jul/21	316	87	59	168	94	38
ago/21	373	92	52	191	94	39
set/21	397	93	70	151	95	40
out/21	321	99	59	131	98	38
nov/21	232	101	52	141	98	39
dez/21	224	113	19	147	98	28
Total	251	85	571	141	64	267

Fonte: Portal de Transparência SISREG- Município do Rio de Janeiro.

7 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou descrever o cenário da regulação do acesso no município do Rio de Janeiro no segundo ano de pandemia de COVID-19, observando o comportamento das filas, ofertas e tempos médios de espera para atendimento.

O objeto de trabalho deste estudo é a fila, que, por si só, não é boa nem ruim. Ela é a expressão do desencontro entre a demanda e a oferta e faz parte da dinâmica da regulação em saúde. Contudo, é sempre preciso avaliar seus tamanhos, tempos de espera e, principalmente a qualidade do acesso.

Mesmo antes da pandemia de COVID-19, o município do Rio de Janeiro já enfrentava inúmeras questões no que se refere à regulação do acesso para consultas, exames/procedimentos especializados. Pinto *et al.* (2017), analisando o panorama desta cidade em 2015, já sinalizavam o desafio de reduzir os tempos de espera, principalmente para as “áreas de oftalmologia, urologia, cardiologia, gastroenterologia, radiologia, angiologia, neurologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, ginecologia cirúrgica, cirurgia vascular e fisioterapia geral” (PINTO *et al.*, 2017, p. 9).

O tempo de espera é um indicador comumente utilizado pelos gestores a fim de avaliar o cuidado em saúde nos serviços especializados. Os dados deste estudo demonstraram que o tempo médio de espera sofreu uma queda de 30%, entre janeiro e dezembro de 2021. A análise global do tempo mostra o desempenho do sistema em produzir o acolhimento das pessoas nos lugares certo, num tempo razoável. Entretanto, entende-se que a discussão do tempo de espera é muito sofisticada, sendo diferente o impacto do tempo de espera para diferentes tipos de risco. Para algumas situações, um mês pode ser tempo aceitável, mas para outras pode ser bastante para o diagnóstico diferencial e, conseqüentemente a tomada de decisão. Como sugestão, seria importante realizar estudo de casos para avaliar procedimentos com tempos incompatíveis com a urgência requerida e entender as principais dificuldades e possíveis soluções.

No município do Rio de Janeiro, o controle da agenda pelo hospital, que pode diminuir o número de vagas ofertadas ou fechá-la após os agendamentos, seja por afastamento do profissional, seja pela suspensão da oferta do procedimento pelo prestador acarreta que usuários agendados via SISREG devam retornar à atenção primária para nova solicitação, podendo ser uma barreira no acesso dos usuários.

Na análise referente ao ano de 2021, os dados encontrados revelam que a dificuldade persiste para as especialidades de oftalmologia, ginecologia e urologia. Tais dados estão em

consonância com o levantamento do Conselho Federal de Medicina sobre os efeitos da crise sanitária instalada no Brasil desde 2020, em que, de modo geral, a especialidade da oftalmologia foi a mais acometida.

Embora se tenha atingido – no geral – uma redução de 54% da fila, alguns procedimentos chamam atenção pelo seu expressivo aumento, principalmente radiografia odontológica (+3.766), coloproctologia (+1.443) e cirurgia vascular (+797). Em se tratando de procedimento cirúrgico, dos 20 procedimentos com maior incremento da fila, quatro são cirúrgicos, sendo um deles (cirurgia de cabeça e pescoço), de alta complexidade. Neste caso, faz-se necessária analisar a oferta dos hospitais federais para esse tipo de procedimento ao longo do período. E, para melhor compreensão, destes volumes de demanda, seria interessante realizar estudo comparativo de maior intervalo de tempo para avaliação de tendências e estudo de possíveis causas e efeitos.

Por outro lado, embora o ano de 2021, no município do Rio de Janeiro, tenha sido marcado pelo surgimento de novas variantes com alta transmissão, também houve a redução das demandas por internações por COVID-19 e de óbitos pela doença, o avanço da vacinação, bem como o retorno de oferta de procedimentos eletivos. Neste sentido, destacam-se as significantes reduções de fila nos seguintes procedimentos: ecocardiografia transtoracica, ultrassonografia transvaginal, endoscopia digestiva alta, consulta em ortopedia, consulta em cirurgia plástica – reparadora, doppler venoso de MMII, ultrassonografia de mamas bilateral e consulta em cirurgia pediátrica.

Quanto aos dois procedimentos Pós-covid (Consulta em pneumologia - pós coronavírus e Consulta em fisioterapia respiratória – coronavírus), ao longo do ano de 2021, apresentaram aumento da pendência acumulada e tempos de espera. Embora não sejam procedimentos com as filas mais expressivas do SISREG, faz-se necessário observar a relação entre demanda e oferta para esse tipo de solicitação, visto que é imperioso garantir acesso à reabilitação e continuidade do tratamento em tempo oportuno.

Ressalta-se que futuros estudos devem analisar outros tipos de variáveis, como classificação de risco, por exemplo, para entender a priorização adotada, comparar tipos de unidades executantes e solicitante. Outro ponto que pode ser objeto de estudo são os valores (de tempo, oferta e fila) que fogem das médias, os *outliers*. Certamente um olhar qualitativo sobre essas informações pode apoiar o entendimento dos desafios da regulação em saúde, as especificidades de cada território, que produz necessidades de saúde diferentes em cada região.

O desenho do estudo permitiu verificar que existem diferenças de acordo com os procedimentos e especialidades. Contudo, pela complexidade da discussão, só a análise da fila não é capaz de explicar as tendências e variações observadas. Como limitações, neste estudo não foram avaliadas as solicitações, nem de modo geral nem por procedimento, seus volumes e padrões que – em alguns casos – poderiam ajudar a elucidar o porquê da variação dos tamanhos e dos tempos de espera na fila. Alguns procedimentos tiveram diminuição de fila e tempo de espera, sem aumento proporcional de oferta. Houve diminuição das solicitações? Com a queda na cobertura da atenção básica, a tendência é a diminuição da demanda por serviços especializados. Por outro lado, uma melhora da APS gera uma piora nas filas, devido aos encaminhamentos, o que não é um problema, caso exista capacidade de responder e reorganizar a atenção às demandas.

Seria interessante realizar novos estudos que analisem mais a fundo tais questões. Quando a fila diminui, parece que é porque a oferta foi ampliada, mas nem sempre existe essa relação. Quais outras questões podem ter influenciado nesta variação dos tamanhos de tempos de espera e fila? As pessoas resolveram de outra forma?

Futuros estudos podem avaliar, ainda, os encaminhamentos negados e devolvidos, de modo a entender possíveis ações para uma melhor resolutividade do processo de regulação.

Ademais, a análise da regulação do acesso deve ser acompanhada de avaliação da qualidade do cuidado, das propostas e projetos de saúde.

8 CONCLUSÃO

A análise utilizada neste estudo levou em conta informações da regulação em saúde a partir da plataforma para acesso público e transparência das informações de regulação, ferramenta que permite acesso amplo e irrestrito aos dados a qualquer cidadão.

O cenário de desassistência da população, com baixa oferta de procedimentos, filas de espera para acesso aos serviços de saúde longas e extremamente demoradas foi agravado pela chegada da pandemia de Covid-19, que desestruturou as rotinas assistenciais e exigiu concentrar esforços para contenção dessa situação emergencial sanitária. Como visto, os maiores desafios para o município do Rio de Janeiro na diminuição dos tempos de espera estão associados às áreas de oftalmologia, odontologia, ginecologia, reumatologia e urologia. No entanto, o presente estudo apontou avanços identificados ao longo do ano de 2021 no que se refere à regulação do acesso no município do Rio de Janeiro, com diminuição expressiva de filas e de tempos de espera.

A fila de espera é expressão do desencontro da demanda com a oferta, portanto, dentro desta dinâmica, ela sempre vai existir. A sua organização é essencial para o adequado gerenciamento das necessidades em saúde da população e deve ser baseada em critérios técnicos/científicos, realizada por tipo de procedimento, e pela devida classificação de risco. A contratação de serviços privados pode contribuir para a redução dos tempos médios de espera a curto prazo, mas deve-se adotar também uma estratégia a longo prazo utilizando especialistas nos serviços públicos de acordo com a necessidade local.

Destaca-se a importância da necessidade urgente de reorganização do padrão de oferta e de demanda na cidade do Rio de Janeiro, permitindo aos cariocas acesso aos serviços de saúde de maneira equânime e adequada às suas necessidades. Deve-se realizar investimento prioritário:

- na adequação de oferta de serviços disponíveis com base na necessidade da população;
- na regionalização dos serviços especializados, facilitando o acesso dos usuários de áreas periféricas;
- na criação de policlínicas municipais em cada área programática, oferecendo serviços nas especialidades que apresentem maiores tempos médios de espera;
- na integração com as esferas estadual e federal, para que estas disponibilizem mais os seus serviços para a regulação;

- no fomento ao uso da teleassistência, com a integração de prontuários eletrônicos com os demais sistemas utilizados na prestação de serviços de saúde locais.

Por fim, ao município do Rio de Janeiro cabe o desenvolvimento de ações no sentido de ampliar a capacidade de atendimento prestado à população carioca, de modo a garantir acesso oportuno para procedimentos e consultas ambulatoriais, questão que já era desafiadora e agora se apresenta ainda mais complexa em decorrência do impacto da pandemia de Coronavírus no funcionamento dos serviços ambulatoriais e das demandas represadas. A regulação em saúde deve ser continuamente avaliada, tanto pelos usuários como pelos profissionais envolvidos, bem como a oferta de serviços especializados deve estar articulada e em equilíbrio com a necessidade da população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: Estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 84–95, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Planos de saúde realizaram 1,3 bilhão de procedimentos em 2020. **ANS**, 14 jul. 2021. Disponível em: <https://bityli.com/wFNmpW>. Acesso em: 20 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial: Doença pelo Coronavírus – COVID-19**, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2021/boletim_epidemiologico_covid_92_10dez21.pdf/view, acessado em: mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro: situação e desafios atuais**. Brasília: Ministério da Saúde: OPAS, 2005. p. 80.

CAETANO, R. *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. 1-16, 2020.

CAMPOS, G. W. S. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, p. 5-9, 2020.

CANABRAVA, C. M. O acesso à atenção especializada hospitalar no SUS na pandemia de COVID-19: ampliação, insuficiências e iniquidade. *In*: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Acesso e cuidados especializados**. Brasília: CONASS, 2021. v. 5, p. 42-59. (Coleção COVID-19).

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Recomendação aos CRMs sobre avaliação dos atendimentos eletivos**. [S. l.]: CRM, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Pandemia derruba quase 30 milhões de procedimentos médicos em ambulatórios do SUS. **CFM**, 13 set 2021. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/pandemia-derruba-quase-30-milhoes-de-procedimentos-medicos-em-ambulatorios-do-sus/>. Acesso em 16 jan. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS. **Guia Orientador para o enfrentar momento da pandemia covid-19 na rede de atenção básica**. Brasília: CONASS, 2020.

CONTE, D. *et al.* Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de COVID-19 no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 44, n. esp. 4, dez. 2020.

COSTA, V. O. *et al.* Sociodemographic, laboratory, image data and predictors of gravity risk in patients with COVID-19. **Plos One**, v. 16, n. 8, p. e0256331, 2021.

FARIAS, C. M. L. *et al.* Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. esp. 5, p. 190-204, 2019.

FERRAZ, O. L. M. Pandemia, desigualdade e cidadania: breves reflexões sobre a saúde pública e privada nos tempos do novo coronavírus. *In*: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Acesso e cuidados especializados**. Brasília: CONASS, 2021. v. 5, p. 12-25. (Coleção COVID-19).

FIGUEIRA, A. C.; AUDI, G. CORONAFATOS: #63 - Covid Longa. **Canal Saúde**, p. 1–2, 2021.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso dado Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1997.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. *In*: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto. Machado. 4. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. Quais os sintomas do coronavírus? **Portal Fiocruz**, 2021. Disponível em: <https://bityli.com/qhLlzu>. Acesso em: 15 set. 2021.

GOTO, N. *et al.* The usefulness of a combination of age, body mass index, and blood urea nitrogen as prognostic factors in predicting oxygen requirements in patients with coronavirus disease 2019. **Journal of Infection and Chemotherapy**, v. 27, n. 12, p. 1706-1712, 2021.

HUANG, C. *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 497-506, 2020.

JUNQUEIRA, M. G. Filantrópicas e o SUS: relações em tempo de pandemia. **Coleção Covid-19**, v. 5, p. 342, 2021.

KARIN, D. *et al.* Neurorééducation en phases aiguë et post-aiguë : qu' 'avons-nous appris de la première vague de Covid-19? **Neurologie**, p. 835-840, 2021. DOI: 10.53738/REVMED.2021.17.736

LI, R. *et al.* Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2). **Science**, v. 368, n. 6490, p. 489-493, 2020.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 1, p. 1-10, 2017.

MELO, E. A. *et al.* A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, p. 1-26, 2021.

MENDES, E. V. O desafio da atenção secundária ambulatorial especializada: um novo modelo de integração em rede com a atenção primária à saúde. *In*: MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília: CONASS, 2019. p. 613-672.

NALBANDIAN, A. *et al.* Post-acute COVID-19 syndrome. **Nature Medicine**, v. 27, n. 4, p. 601-615, 2021.

NASCIMENTO, R. Governo do Estado inaugura ambulatório multidisciplinar para tratamento das sequelas da Covid. **R7**, 01 jun. 2021. Disponível em: <https://noticias.r7.com/rio-de-janeiro/rj-governo-inaugura-ambulatorio-para-tratar-sequelas-da-covid-19-01062021>. Acesso em: 10 jan. 2022.

NEPOGODIEV, D. *et al.* Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. **British Journal of Surgery**, v. 107, n. 11, p. 1440-1449, 2020.

O'DWYER, G. *et al.* A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4555-4568, 2019.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO - OECD. News release: G20 GDP growth. Quartely national accounts. **OECD**, 2021a. Disponível em: <https://www.oecd.org/sdd/na/g20-gdp-growth-Q4-2020.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO - OECD. Retrato econômico do Brasil. **OECD**, 2021b. Disponível em: <https://www.oecd.org/economy/retrato-economico-do-brasil/>. Acesso em: 12 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas. [S. l.]: OPAS: OMS, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS; Organização Mundial da Saúde - OMS. Histórico da pandemia de COVID-19. **Folha informativa sobre COVID-19**, p. 1-4, 2020.

PINTO, L. F. *et al.* A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1257-1267, 2017.

PRECIADO, P. B. Aprendiendo del virus. **El País**, 27 mar. 2020. Disponível em: https://elpais.com/elpais/2020/03/27/opinion/1585316952_026489.html. Acesso em: 12 abr. 2022.

PUERTA-ALCALDE, P.; GARCÍA-VIDAL, C. El perfil del paciente COVID-19 atendido en los servicios de urgencias españoles durante la pandemia de 2020. TT - El perfil del paciente COVID-19 atendido en los servicios de urgencias españoles durante la pandemia de 2020. TT - Profile of patients wit. **Emergencias**, v. 395, n. 4, p. 1-12, 2020.

QUN, L. *et al.* Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus–infected pneumonia. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 13, p. 1199-1207, 2020.

RICHARDSON, S. *et al.* Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City Area. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v. 323, n. 20, p. 2052-2059, 2020.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **SISREG – Protocolo para o Regulador**: protocolo clínico de critérios para regulação de vagas ambulatoriais. Rio de Janeiro: SMS, 2016. p. 53.

ROCHA, A. P. **Regulação assistencial ambulatorial no município do Rio de Janeiro-RJ**: efeitos da inserção da APS na regulação. 2015. 87 f. Dissertação (Mestrado em Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015. p. 95.

ROTHAN, H. A.; BYRAREDDY, S. N. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. **Journal of Autoimmunity**, v. 109, 2020. DOI: 10.1016/j.jaut.2020.102433.

SANTOS, J. A. F. Covid-19, causas fundamentais, classe social e território. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

SICILIANI, L.; HURST, J. Tackling excessive waiting times for elective surgery: A comparative analysis of policies in 12 OECD countries. **Health Policy**, v. 72, n. 2, p. 201-215, 2003.

SISÓ-ALMIRALL, A. *et al.* Long covid-19: Proposed primary care clinical guidelines for diagnosis and disease management. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 8, 2021.

CÉZAR, T. M. *et al.* Procedimentos eletivos cirúrgicos no sus frente à pandemia: um estudo comparativo. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*, v. 40, 2020.

ANEXO

ANEXO A – LISTAGEM DE PROCEDIMENTOS QUE NÃO TERÃO SEUS ATENDIMENTOS SUSPENSOS

Cod. Unificado	Cod. Interno	Procedimento
301010048	703824	ATENDIMENTO PADI
201010216	403016	BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO
201010224	802007	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO
201010542	816013	BIOPSIA DE MAMA GUIADA POR USG
201010542	2018205	BIÓPSIA DE MAMA - LESÃO PALPÁVEL
201010542	816012	BIOPSIA DE PROSTATA GUIADA POR ULTRASSOM TRANSRETAL
201010470	820001	BIOPSIA DE TIREOIDE GUIADA POR US
301010048	2018257	CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PE DIABÉTICO
301010072	701206	CONSULTA EM CIRURGIA DE CABECA E PESCOCO - GERAL
301010072	710294	CONSULTA EM CIRURGIA PLASTICA - TUMOR DE PELE
301010072	6005	CONSULTA EM DERMATOLOGIA - BIOPSIA DE PELE
301010072	710961	CONSULTA EM GINECOLOGIA - BIOPSIA CANCER DE ENDOMETRIO
301010064	701297	CONSULTA EM GINECOLOGIA - PATOLOGIA CERVICAL
301010064	701549	CONSULTA EM GINECOLOGIA - PATOLOGIA VULVA
301010072	710966	CONSULTA EM INFECTOLOGIA COINFECCAO HIV/HEPATITE VIRAL
301010072	701358	CONSULTA EM INFECTOLOGIA - HIV/AIDS
301010072	710301	CONSULTA EM INFECTOLOGIA - HIV/AIDS - GESTANTE
301010072	710026	CONSULTA EM INFECTOLOGIA-PEDIATRIA- HIV/AIDS
301010072	703844	CONSULTA EM OBSTETRICIA - ALTO RISCO GERAL
301010064	703886	CONSULTA EM OBSTETRICIA - INFECTOLOGIA
301010072	703332	CONSULTA EM PNEUMOLOGIA - ASMA DE DIFICIL CONTROLE

Cod. Unificado	Cod. Interno	Procedimento
301050015	710498	CONSULTA EM PNEUMOLOGIA DOENÇA NEUROMUSCULAR - ORIENTACOES DO USO DE BIPAP
301010072	710768	CONSULTA EM PNEUMOLOGIA - PEDIATRIA - TUBERCULOSE COMPLICADA
301010072	710767	CONSULTA EM PNEUMOLOGIA - TUBERCULOSE COMPLICADA
205010032	1400011	ECOCARDIOGRAFIA FETAL
301010072	710729	OFTALMOLOGIA - TRABECULECTOMIA
301010072	710725	OFTALMOLOGIA - VITRECTOMIA POSTERIOR COM INF
412050170	705051	TORACOCENTESE/DRENAGEM DE PLEURA
205020143	1417018	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA
205020186	1417091	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA - TRANSVAGINAL (ATE 12 SEMANAS)
201010542	710188	BIOPSIA DE MAMA GUIADA POR USG-PPI
201010542	2018206	BIÓPSIA DE MAMA - LESÃO PALPÁVEL - PPI
201010542	705308	BIOPSIA DE PROSTATA GUIADA POR ULTRASSOM TRANSRETAL - PPI
201010470	5400001	BIOPSIA DE TIREOIDE GUIADA POR US - PPI
301010072	4018	CONSULTA EM CIRURGIA PLASTICA - FENDAS LABIAIS E PALATINAS - INTERNADOS - PPI
301010072	705108	CONSULTA EM GINECOLOGIA PATOLOGIA CERVICAL - PPI
301010072	705104	CONSULTA EM GINECOLOGIA - PATOLOGIA VULVA - PPI
301010072	710302	CONSULTA EM INFECTOLOGIA - HIV/AIDS - GESTANTE - PPI
301010072	703146	CONSULTA EM INFECTOLOGIA - HIV/AIDS - PPI
301010072	710513	CONSULTA EM INFECTOLOGIA-PEDIATRIA-HIV/AIDS - PPI
301010072	705193	CONSULTA EM PNEUMOLOGIA - ASMA DE DIFICIL CONTROLE - PPI
301050015	766119	CONSULTA EM PNEUMOLOGIA DOENÇA NEUROMUSCULAR - ORIENTACOES DO USO DE BIPAP - PPI
301010072	766287	CONSULTA EM PNEUMOLOGIA - PEDIATRIA - TUBERCULOSE COMPLICADA - PPI

Cod. Unificado	Cod. Interno	Procedimento
205010032	2018243	ECOCARDIOGRAFIA FETAL - PPI
301010072	2018285	OFTALMOLOGIA - TRABECULECTOMIA - PPI
412050170	710487	TORACOCENTESE/DRENAGEM DE PLEURA - PPI

Fonte: Portaria SMS N° 4334 de 18 de março de 2020