

RELATÓRIO DE INSPEÇÃO

Ordem de Serviço 2023/03225	e-TCM TC/013445/2023	Período de abrangência NÃO SE APLICA	Período da realização 18.11.23 a 23.02.24
Área responsável (auditada) SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE (SMS)			
Objeto de auditoria REPRESENTAÇÃO – Realização de Procedimentos de Saúde da Área de Oncologia			
Valor do objeto de auditoria (em R\$) NÃO SE APLICA		Montante fiscalizado (em R\$) NÃO SE APLICA	
Objetivo(s) da auditoria Verificar, no que se refere aos aspectos de controle externo sob a competência do TCMSP, se as diretrizes estabelecidas nas Leis Federais n.º 13.896/19 e 12.732/12 estão sendo adequadamente seguidas no Município de São Paulo pela SMS.			
Equipe técnica			
Allan Sidney Jose de Melo Sigg – Auditor de Controle Externo			RF 20.256
Anne Tobos Melnikoff – Auditora de Controle Externo			RF 20.210
Raíssa Branco Grizze – Supervisora de Controle Externo 7			RF 20.293
Luiz Gustavo de Oliveira Vieira – Coordenador de Controle Externo IV			RF 20.253

LISTA DE FIGURAS

Nome da figura	página
Figura 1 – Fluxograma de Atendimento ao Paciente Oncológico	23
Figura 2 – Fila de Espera – Exames Diagnósticos (posição de 01.11.23)	32

LISTA DE GRÁFICOS

Nome do gráfico	página
Gráfico 1 – Evolução de Vagas de Oncologia no MSP, entre 2020 e 2022	30

LISTA DE TABELAS

Nome da tabela	página
Tabela 1 – Vagas de Oncologia – Rede Municipal/SMS.....	29
Tabela 2 – Vagas de Oncologia – Rede Estadual/SES	29
Tabela 3 – Fila de Espera para Início/Retomada de Tratamento (posição de 27.11.23)	33
Tabela 4 – Fila de Espera para Início/Retomada de Tratamento (posição de 01.12.23)	33
Tabela 5 – Média de Realização de Exames Diagnósticos, entre 2020 e 2023	35
Tabela 6 – Estimativa para Zerar FE de Exames Diagnósticos	35
Tabela 7 – Tempo Médio de Atendimento da FE para Início/Retomada de Tratamento (posição de 01.12.23).....	36
Tabela 8 – Ocorrência de Casos de Tratamento com Mais de 60 dias após Diagnóstico	38
Tabela 9 – Procedimentos Ambulatoriais e de Internações Hospitalares – Tratamentos em Oncologia.....	39
Tabela 10 – Internações Hospitalares – Cirurgias em Oncologia	41
Tabela 11 – Habilitação de Alta Complexidade em Oncologia, no MSP (posição de dezembro/2023).....	46
Tabela 12 – Valores Pagos a Prestadores de Serviços – Área de Oncologia	Em R\$...56

LISTA DE SIGLAS

CAC	– Contrato de Assistência Complementar
CACON	– Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAH	– Coordenadoria de Assistência Hospitalar
CF	– Constituição Federal
CIB-SP	– Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo
CID-10	– Classificação Internacional de Doenças
CNES	– Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COVID-19	– <i>Coronavirus Disease 2019</i>
CR	– Coordenadoria de Regulação
DATASUS	– Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde
DM	– Decreto Municipal
DOE-SP	– Diário Oficial do Estado de São Paulo
FE	– Fila de Espera
FMS	– Fundo Municipal de Saúde
GM	– Gabinete do(a) Ministro(a)
HD	– Hospital-Dia
HM	– Hospital Municipal
LE	– Lei Estadual
LF	– Lei Federal
LM	– Lei Municipal
LOA	– Lei Orçamentária Anual
MS	– Ministério da Saúde
MSP	– Município de São Paulo
ODS	– Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
PA	– Processo Administrativo
PET	– <i>Póstron Emission Tomography</i>
PMS	– Plano Municipal de Saúde
PMSP	– Prefeitura do Município de São Paulo
PNR	– Política Nacional de Regulação
RRAS	– Rede Regional de Atenção à Saúde

SAES	– Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SEAH	– Secretaria Executiva de Atenção Hospitalar
SEI	– Sistema Eletrônico de Informações
SES	– Secretaria de Estado da Saúde
SAIPS	– Sistema de Apoio à Implementação de Política em Saúde
SIGA	– Sistema Integrado de Gestão de Assistência à Saúde
SIGTAP	– Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SMS	– Secretaria Municipal da Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
UBS	– Unidade Básica de Saúde
TABNET	– Informações de Saúde
TMA	– Tempo Médio de Atendimento
TCMSP	– Tribunal de Contas do Município de São Paulo
UNACON	– Unidade de Assistência de Alta Complexidade

RESUMO

O presente relatório cuida de procedimento de inspeção realizado pela AUDITORIA do Tribunal de Contas do Município de São Paulo (TCMSP) a respeito da realização de procedimentos de saúde da área de oncologia.

Tal fiscalização foi motivada em virtude de REPRESENTAÇÃO apresentada a esta Corte de Contas, com relato de relevantes atrasos no agendamento de procedimentos diagnósticos de pacientes oncológicos, com conseqüente descumprimento da Lei Federal (LF) n.º 12.732/12, que “dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início”.

O objetivo da fiscalização foi verificar, no que se refere aos aspectos de controle externo sob a competência do TCMSP, se as diretrizes estabelecidas na referida LF estariam sendo seguidas no Município de São Paulo, por meio da Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

Os trabalhos da fiscalização foram realizados entre novembro de 2023 e fevereiro de 2024, período no qual a AUDITORIA pode se debruçar sobre diversos materiais, normativos e relatórios a respeito de ações de saúde na área de oncologia.

A realização da presente fiscalização se justifica em função da relevante política pública analisada, no tocante aos usuários de serviços de saúde com demandas oncológicas.

Após as análises realizadas, a AUDITORIA identificou 23 (vinte e três) achados, destacando a seguir alguns exemplos:

- Ausência de clareza nos marcos legais e regulatórios;
- Aparente ineficaz coordenação e integração entre entes federativos;
- Ausência de evidências quanto a estimativa de demandas;
- Ausência de evidências quanto ao planejamento no médio e longo prazo;
- Redução na oferta de vagas para acesso oncológico;

- Relevante fila de espera por exames diagnósticos na área de oncologia;
- Expressiva fila de espera para início ou retomada de tratamentos na área de oncologia;
- Demandas com reiterada incidência de atendimento em prazo superior a 60 (sessenta) dias;
- Prevalência das ocorrências de início de tratamento na área de oncologia em prazos superiores a 60 (sessenta) dias;
- Queda no volume de procedimentos e internações na área de oncologia;
- Baixa representação das despesas para atendimento oncológico no orçamento municipal;
- Ausência do Plano de Ação Municipal e/ou Regional de Prevenção e Controle do Câncer.

Foram feitas propostas de encaminhamentos em função dos apontamentos realizados, com vistas a melhorar a solucionar determinadas questões relacionadas ao atendimento das demandas na área de oncologia.

Diante das diferentes nuances percorridas na presente fiscalização, espera-se que as reflexões, ponderações e recomendações aqui exaradas permitam à SMS promover ações, ajustes e correções necessárias em seus procedimentos e controles internos, de modo a prestar, com maior eficiência, eficácia e efetividade, as ações de saúde, sob sua responsabilidade, em âmbito municipal, em decorrência das demandas dos usuários dos serviços públicos de saúde na área de oncologia, visando ainda a, no mínimo, prover os meios e esforços necessários para se alcançar os direitos garantidos pela LF n.º 12.732/12, relativamente ao início do tratamento, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de pacientes com neoplasia maligna no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a partir do diagnóstico da doença e à realização de exames, nos casos em que a principal hipótese diagnóstica for de neoplasia maligna, no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1. Destinatário(s) da auditoria	15
1.2. Visão geral do objeto, objetivos e escopo da auditoria	15
1.2.1. Correlação com Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).....	15
1.3. Nível de asseguração da auditoria.....	16
1.4. Normas de auditoria aplicadas na realização do trabalho.....	16
2. METODOLOGIA	16
2.1. Critérios adotados.....	16
2.2. Procedimentos de auditoria para coleta e de análise dos dados.....	17
2.3. Limitações do trabalho de auditoria	18
3. ACHADOS DE AUDITORIA	18
3.1. Achados Relativos ao Atendimento de Demandas da Área de Oncologia nos Serviços Municipais de Saúde (Capacidade, Fluxo e Estrutura)	18
3.1.1. O atendimento das demandas relacionadas à área de oncologia dá-se na lógica da Regulação das ações de saúde, sob a limitação da disponibilização de serviços.....	18
3.1.2. Os tempos nas filas de espera para atendimento das demandas da área de oncologia decorrem do respectivo fluxo de atendimento, que indica gargalos operacionais	21
3.1.3. Há lacunas, especialmente de integração e planejamento, na atuação das diferentes esferas de gestão, em relação à avaliação quantitativa e qualitativa para a oferta de vagas na área de oncologia.....	26
3.1.4. Houve redução na oferta total de vagas para acesso oncológico no Município de São Paulo entre os anos de 2020 a 2022	28
3.1.5. A fila de espera por exames diagnósticos na área de oncologia apresentava quantitativo superior a 120.000 demandas, em 01.11.23.....	31
3.1.6. A fila de espera para início ou retomada de tratamentos na área de oncologia era composta por aproximadamente 3.800 usuários, entre 27.11.23 e 01.12.23	33
3.1.7. As demandas por alguns exames diagnósticos na área de oncologia demorariam elevado prazo para serem integralmente atendidas, diante das atuais filas de espera e da média de realização de procedimentos	34

3.1.8. As demandas relativas às áreas de cabeça/pescoço, ortopedia, pneumologia e urologia, dos usuários em fila de espera para tratamento na área de oncologia, são aquelas com maior incidência de Tempo Médio de Atendimento (TMA), superior a 60 (sessenta) dias	36
3.1.9. A ocorrência de casos de neoplasias malignas com tempo para início de tratamento na área de oncologia com prazos superiores a 60 (sessenta) dias representou percentual próximo a 50% (cinquenta por cento) do total de casos entre 2020 e 2022, apresentando uma redução em 2023, com percentual próximo a 28% (vinte e oito por cento)	38
3.1.10. A realização de procedimentos e internações relativos a tratamentos na área de oncologia apresentou relevante queda em 2022, não sendo ainda retomado em 2023 o mesmo nível quantitativo apontado em 2020	39
3.1.11. Houve, em 2023, relevante acréscimo na realização de internações relativas a cirurgias na área de Oncologia, em comparação com os anos de 2020 a 2022.....	41
3.1.12. Não foram disponibilizadas informações a respeito do impacto das demandas de moradores de outras cidades que utilizam a rede municipal de serviços para tratamento oncológico.....	42
3.1.13. O número de unidades de serviço habilitadas na alta complexidade em oncologia no Município de São Paulo se encontra aquém da necessidade dimensionada no Plano Estadual	45
3.1.14. O Hospital Municipal Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho (Vila Santa Catarina) é o único equipamento pertencente à rede municipal de serviços que possui habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade (UNACON), obtida em novembro de 2023	47
3.2. Achados Relativos aos Recursos e Contratações para Atendimento das Demandas da Área de Oncologia na Rede Municipal de Serviços de Saúde	49
3.2.1. O valor estimado de emprego de recursos municipais para realização de despesas para atendimento oncológico, se mantidos os atuais montantes, representará 0,15% do total destinado em 2024 para o Fundo Municipal de Saúde (FMS)	49
3.2.2. Não foi possível avaliar a adequação do dimensionamento do financiamento das ações de saúde necessárias no Município de São Paulo na área de oncologia	51
3.2.3. O modelo atual de contratualização dos serviços de oncologia não supre integralmente as demandas da Municipalidade.....	53

3.2.4. Foi identificado, entre 2020 e 2023, um incremento superior a 51% de valores pagos aos principais parceiros que atendem demandas na área de oncologia, contratualizadas pela Municipalidade	55
3.2.5. Não foram evidenciados os parâmetros necessários de planejamento para a pactuação das contratualizações de serviços na área de oncologia	57
3.3. Achados Relativos às Competências para Atendimento das Demandas de Demandas da Área de Oncologia no Município de São Paulo.....	60
3.3.1. A lógica de pactuação de competências e atribuições entre os entes federativos, no âmbito da Política Nacional de Regulação (PNR), traz limitações e desafios para a integração das ações e serviços de saúde, com exemplo quanto à área de oncologia	60
3.3.2. A deficiência na oferta de serviços na área de oncologia é amplificada por uma ineficiente coordenação entre os entes federativos no âmbito da Política Nacional de Regulação (PNR) .	65
3.3.3. Não foi identificada publicização relativa ao Plano de Ação Municipal e/ou Regional de Prevenção e Controle do Câncer do Município de São Paulo	69
3.3.4. Há um variado conjunto de ações e políticas públicas municipais relativamente à área de oncologia.....	73
4. COMENTÁRIOS DO GESTOR	77
5. CONCLUSÃO	77
6. ANÁLISE DOS ELEMENTOS DA RESPONSABILIZAÇÃO	78
7. PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTOS.....	78
7.1. Propostas de recomendações	78

1. INTRODUÇÃO

Trata o presente de procedimento de Inspeção realizado em função de Representação apresentada por Celso Giannazi (Vereador), Carlos Giannazi (Deputado Estadual) e Luciene Cavalcante (Deputada Federal) a respeito da necessidade de cumprimento, no Município de São Paulo (MSP), da Lei Federal (LF) n.º 12.732/12, com a inclusão feita pela LF n.º 13.896/19, no tocante à realização de exames relacionados ao diagnóstico de neoplasias malignas e ao início de tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir do diagnóstico da doença.

A referida Representação tramita nos autos do TC/010968/2023, tendo a ORIGEM apresentado manifestação prévia sobre os elementos questionados, conforme tramitação no processo SEI n.º 6018.2023/0084984-6.

Os Representantes apresentaram as seguintes informações:

- O “caixa” da Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP), em abril de 2023, possuiria o maior valor dos últimos 50 (cinquenta) anos – R\$ 36,6 bilhões;
- Milhares de pacientes estariam aguardando 900 (novecentos) dias na fila de espera para realização de exames oncológicos;
- Haveria 2.669 (dois mil, seiscentos e sessenta e nove) pacientes com suspeitas de câncer em fila de espera para realização de exames oncológicos;
- 125 (cento e vinte e cinco) usuários estariam aguardando mais de 1 (um) ano para realização de exames oncológicos;
- Haveria maior espera de exames oncológicos para realização de colonoscopia, com prazo de espera superior a 900 (novecentos) dias;
- A LF n.º 12.732/12 fixa que o início do tratamento, pelo SUS, de pacientes com neoplasia maligna deve ocorrer em, no máximo, 60 dias a partir do diagnóstico da doença;
- A LF n.º 13.896/19, que alterou a LF n.º 12.732/12, determina que os exames, nos casos em que a principal hipótese diagnóstica for de neoplasia maligna, devem ser realizados no prazo de 30 (trinta) dias.

Ponderam os Representantes que:

- O MSP não estaria cumprindo as determinações legais (LF's n.º 12.732/12 e 13.896/19);
- O direito à saúde de milhares de pessoas estaria sendo tratado com omissão, negligência e morosidade, embora haja dinheiro mais que suficiente no caixa da PMSP para arcar com os custos dos exames oncológicos necessários para salvar suas vidas;
- Estaria ocorrendo violação de diversos dispositivos constitucionais, inclusive 1 (uma) das 4 (quatro) diretrizes básicas para as ações da saúde, fixada no inciso II do artigo 198 da Constituição Federal (CF) de 1988, qual seja, o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”.

Pleitearam então os Representantes que:

- Fossem tomadas as providências cabíveis para determinar a imediata resolução do problema narrado;
- Se determinasse que o MSP assegure o direito constitucional à saúde e cumpra as LF's n.º 12.732/12 e 13.896/19, realizando os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna no prazo de 30 (trinta) dias e dando início ao tratamento em, no máximo, 60 (sessenta) dias a partir do diagnóstico da doença, uma vez que haveria orçamento público suficiente para arcar com tais custos;
- Caso fosse identificada malversação de recursos públicos, que os agentes públicos municipais fossem devidamente responsabilizados pelos eventuais prejuízos causados.

Nota-se, assim, que, partindo de uma lógica orçamentário-financeira relativa ao caixa disponível nos cofres municipais, os Representantes entendem existir uma conexão entre a referida situação e o eventual descumprimento da legislação que determina prazos para elaboração de diagnósticos e início do tratamento de neoplasias malignas. Tem-se ainda como embasamento da REPRESENTAÇÃO uma matéria jornalística¹ que relatou a ocorrência de atrasos enfrentados

¹ Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2023/08/15/paciente-com-suspeita-de-cancer-do-pulmao-espera-ha-90-0-dias-para-fazer-biopsia-na-cidade-de-sp.ghtml>, acesso em 20.11.23.

por usuários de serviços de saúde no MSP, no tocante a demandas na área de oncologia, registrando-se aumento de casos e da procura pelos serviços.

Diante da situação narrada, a Auditoria se posicionou nos seguintes termos (peça 18 do TC/010968/2023):

Da análise dos fatos narrados na Representação autuada neste TC, instaurado com base em petição encaminhada por Parlamentares da Câmara Municipal de São Paulo, da Assembleia Legislativa de São Paulo e da Câmara dos Deputados, verificamos tratarem-se de fatos eventualmente decorrentes de possíveis fragilidades na gestão da fila de espera para realização de exames oncológicos no Município de São Paulo.

Assim, considerando que as alegações apresentadas, por si só, não fornecem elementos suficientes para posicionamento conclusivo desta Auditoria quanto à procedência dos pontos listados.

Considerando que o pedido contido na inicial é no sentido de que este Tribunal “o apure os fatos narrados, tomando as medidas cabíveis” (peça 1, fl. 6).

Considerando que, de acordo com o subitem 6.2 do Manual de Fiscalização da SCE, o procedimento de Inspeção destina-se a esclarecer aspectos relativos a atos, documentos ou processos em exame, ou apurar denúncias sobre matéria de competência do Tribunal.

E, considerando o encaminhamento estabelecido no eTCM 010602/2019, relativo às solicitações provenientes de órgãos externos.

Propomos a execução de procedimento de Inspeção, nos presentes autos, para **verificar, no que se refere aos aspectos de controle externo sob a competência deste Tribunal**, se as diretrizes estabelecidas nas Leis 13.896/2019 e 12.732/12, que tratam do tratamento a ser dado ao paciente com neoplasia maligna comprovada, estão sendo adequadamente seguidas em nosso Município pela Secretaria Municipal de Saúde. (grifo nosso)

Diante da proposta apresentada, o Conselheiro Relator autorizou a realização do presente procedimento de Inspeção (conforme peça 19 do TC/010968/2023).

Nesse sentido, embora a REPRESENTAÇÃO tenha apresentado embasamento jurídico genérico e não indique eventual ponderação operacional, regulatória ou financeira sobre os pontos reclamados, diante da gravidade da questão e da relevância do tema, foi realizada a referida instauração de procedimento de Inspeção, consoante Ordem de Serviço de Fiscalização n.º 2023/03225 (peça 2), observando que a abordagem de análise seguirá uma lógica de conformidade, frente aos respectivos normativos federais, estaduais e municipais aplicáveis.

1.1. Destinatário(s) da auditoria

São destinatários da presente fiscalização os respectivos REPRESENTANTES no processo TC/010968/2023, outrora indicado, bem como a Secretaria Municipal da Saúde (SMS), enquanto jurisdicionado ao qual se vincula o objeto da fiscalização, e os Conselheiros deste TCMSP, a quem compete o exercício da função judicante.

Os usuários de serviços públicos municipais de saúde representam destinatários relevantes para as conclusões aqui alcançadas, tendo em vista serem alcançados diretamente pelas ações de saúde ora debatidas.

Ademais, a fim de contribuir para a *accountability* pública, entre possíveis outros destinatários estão aqueles que possam ter interesse no conteúdo do Relatório, tais quais: o Poder Legislativo, o Ministério Público, os meios de comunicação (Imprensa), as organizações da sociedade civil, as entidades prestadoras de serviço na área de oncologia e a sociedade em geral.

1.2. Visão geral do objeto, objetivos e escopo da auditoria

Conforme consta na respectiva Ordem de Serviço de Fiscalização (peça 2), o objeto do presente trabalho é a realização de procedimentos de saúde da área de oncologia.

O objetivo da fiscalização é verificar, no que se refere aos aspectos de controle externo sob a competência deste TCMSP, se as diretrizes estabelecidas nas LF's n.º 12.732/12 e 13.896/19 estão sendo adequadamente seguidas no MSP pela SMS.

O escopo do trabalho alcança os serviços de saúde prestados no MSP, o que acaba por considerar não só as ações de saúde ofertadas pela Municipalidade, haja vista a lógica matricial de competências atribuídas aos diferentes entes federativos envolvidos (União, Estado de São Paulo e MSP), de modo que se objetiva, no âmbito deste TCMSP, compreender e analisar, com maior profundidade, as competências municipais quanto ao tema analisado.

1.2.1. Correlação com Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

O objeto aqui tratado guarda imediata interface com o ODS 3 – Saúde e Bem-Estar, que visa “garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, observando ainda a correlação com a indicação contida no item 3.4: “Até 2030, reduzir

em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar”².

1.3. Nível de asseguração da auditoria

Asseguração limitada.

1.4. Normas de auditoria aplicadas na realização do trabalho

A fiscalização foi conduzida em conformidade com o Manual de Auditoria Governamental do TCMSP, que é consistente com as Normas Brasileiras de Auditoria do Setor Público (NBASP), desenvolvidas com base nos Princípios Fundamentais de Auditoria (ISSAI 100-199) integrante da Estrutura de Pronunciamentos Profissionais da INTOSAI.

2. METODOLOGIA

Abaixo estão contidos os principais critérios adotados, os procedimentos adotados para coleta e análise dos dados e as eventuais limitações do trabalho.

2.1. Critérios adotados

- Saúde enquanto Direito de Todos e Dever do Estado (Artigo 196 da CF de 1988);
- Princípio da Universalidade de Acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (inciso I do artigo 7.º da LF n.º 8.080/90);
- Princípio da Descentralização, próprio do SUS;
- Política Nacional de Regulação (PNR) do SUS (Anexo XXVI da Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde – MS – n.º 02/17);
- Diretrizes do processo de Planejamento no âmbito do SUS (Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação MS n.º 01/17);
- Portaria de Consolidação Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES)/MS n.º 01/22;

² Registre-se que os cânceres (neoplasia) são considerados Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT's).

- LF n.º 12.732/12, com a inclusão feita pela LF n.º 13.896/19;
- Plano Estadual de Oncologia do Estado de São Paulo;
- Plano de Ação Regional de Oncologia da Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 06 – São Paulo;
- Lógica de financiamento do SUS;
- Quantidade de vagas de acesso oncológico no MSP em 2020 (exercício tomado como paradigma e referência);
- Valores pagos (inclusive Restos a Pagar) em 2020 (exercício tomado como paradigma e referência) a fornecedores contratualizados;
- Volume de recursos destinados ao Fundo Municipal de Saúde (FMS) para 2024, conforme Lei Orçamentária Anual (LOA), aprovada pela LM n.º 18.063/23;
- Deliberações da Comissão Intergestores Bipartite de São Paulo (CIB-SP).

2.2. Procedimentos de auditoria para coleta e de análise dos dados

Os procedimentos realizados podem ser assim sumarizados:

- Análise do conteúdo da REPRESENTAÇÃO e da matéria jornalística anexada;
- Análise da legislação aplicável ao objeto fiscalizado;
- Avaliação de conteúdo das principais peças de planejamento quanto ao tema;
- Apresentação de questionário para áreas técnicas da SMS;
- Reunião com áreas técnicas da SMS;
- Análise crítica a respeito das informações e documentos apresentados pela SMS;

- Consulta a fontes públicas de dados na área da saúde, em especial aqueles disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio do TABNET (Informações de Saúde).

2.3. Limitações do trabalho de auditoria

As limitações do trabalho se devem notadamente à ausência de informações, sejam aquelas existentes que não foram transmitidas, sejam aquelas em si inexistentes.

A inexistência de uma informação pode derivar tanto de uma situação que a AUDITORIA entendeu que o referido dado já deveria existir para o processamento adequado dos fluxos analisados, quanto àqueles que a AUDITORIA demandou que fossem apresentados, e que não foram plenamente atendidos até a conclusão dos trabalhos.

3. ACHADOS DE AUDITORIA

A seguir são apresentados os achados da fiscalização realizada, distribuídos em 3 (três) eixos:

- Achados Relativos ao Atendimento de Demandas da Área de Oncologia nos Serviços Municipais de Saúde (Capacidade, Fluxo e Estrutura);
- Achados Relativos aos Recursos e Contratações para Atendimento das Demandas da Área de Oncologia na Rede Municipal de Serviços de Saúde;
- Achados Relativos às Competências para Atendimento das Demandas da Área de Oncologia no Município de São Paulo.

3.1. Achados Relativos ao Atendimento de Demandas da Área de Oncologia nos Serviços Municipais de Saúde (Capacidade, Fluxo e Estrutura)

3.1.1. O atendimento das demandas relacionadas à área de oncologia dá-se na lógica da Regulação das ações de saúde, sob a limitação da disponibilização de serviços

a) Situação encontrada

Ao ser inicialmente demandada para apresentar manifestação a respeito dos pontos destacados na REPRESENTAÇÃO que subsidiou a realização da presente fiscalização, a ORIGEM procurou

salientar a interface das filas de espera noticiadas frente à lógica de regulação dos serviços municipais de saúde, tendo observado que:

[...] informamos, que os usuários em linha de cuidado oncológica não entram para fila de espera de exames, realizam os exames na linha de cuidado onde estão alocados; para os usuários com suspeita de patologias oncológicas, a Coordenadoria de Regulação orienta aos reguladores a priorização do recurso; porém o setor é uma entidade meio, e apenas consegue atender às demandas quando há oferta do recurso solicitado.

Em relação às medidas para diminuição das filas de espera para exames, informamos que tal ação depende de ações conjuntas de vários setores, e não apenas do setor regulatório.

Ao que cabe à Coordenadoria de Regulação:

- Realiza a **gestão das filas de espera**, analisando continuamente: Filas de Espera, Fluxos de Entrada, Oferta Média em diferentes prestadores; Tempo Médio para Agendamento;
- **Pactuações** com os diferentes prestadores para adequações de agendas para atendimento das especificidades da fila de espera;
- Monitoramento das agendas à luz da **Portaria 341/2020**, para atendimento da fila de espera do Complexo Regulador e Regulações Regionais;
- Ações periódicas de qualificação da fila de espera, cadastro do usuário, privilegiando o agendamento adequado no tempo oportuno;
- Aponta as diferentes **necessidades** aos setores envolvidos, como Atenção Especializada, Setor de Contratos, Gabinete, etc.;
- Realiza **reuniões** com Setor de Contratos, Atenção Básica e Especializada para discussão referente as demandas, contratos vigentes, novas contratações, avaliações, entre outras;
- Realiza **interlocução** com prestadores para propor repactuações pertinentes junto ao setor de contratos;
- **Orienta e discute** com os colaboradores reguladores e apoiadores do setor quanto a ações para diminuição de perda primária e secundária das ofertas; (grifo no original) (fls. 1/2 da peça 14 do [TC 010968/2023](#))

[...]

Nesta seara, importante destacar que o sistema regulatório no SUS está normatizado em legislação federal (Anexo XXVI, PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2 de 2017), a qual detalha todos os passos pelos quais se percorrem para que seja agendada uma vaga para consulta, exame, procedimento e/ou tratamento ao usuário. A lista de espera é elaborada com base na ordem

cronológica, com priorização dos casos mais urgentes pelo médico assistente e/ou regulador, que se utilizam de dados eminentemente técnicos para avaliar e regular a inserção das solicitações de vaga nas respectivas especialidades.

De acordo com o Inciso III, artigo 2º, Anexo XXVI, Portaria de Consolidação/MS nº 2 de 2017, a qual versa sobre a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (Origem: PRT MS/GM 1559/2008), *in verbis:* " 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. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º, III)", cabe ao Complexo Regulador avaliar a questão da prioridade do pedido, ou seja, cabe ao médico regulador em parceria com os médicos assistentes da rede municipal, verificar o que é urgente ou não se determinado procedimento é compatível com a solicitação, se o caso deve ser priorizado sobre os demais, etc... Em resumo, a questão é puramente técnica.*

Também, o mesmo teor encontramos na legislação municipal, de acordo com o § 5º, artigo 2º da Portaria nº 349/2015- SMS-G que instituiu as diretrizes operacionais da regulação de acesso do Município de São Paulo e o §4º, artigo 3º da Portaria nº 341/2020- SMS-G, a qual alterou a Portaria nº 349, de 17 de março de 2015, que determina a todas as Unidades de Saúde sob Gestão Municipal o uso obrigatório do Sistema SIGA Saúde. Destacamos nestes dispositivos legais que o agendamento do paciente em fila de espera deve ser realizado de acordo com a ordem cronológica de inserção do mesmo na fila, salvo critério clínico indicado pelo médico assistente e/ou regulador que justifique sua antecipação.

Ou seja, o que está definido em legislação federal é reforçado na legislação municipal. Caberá ao médico assistente e/ou regulador avaliar os casos, para dar-lhes o tratamento mais adequado a cada situação. (fls. 3/4 da peça 14 do TC 010968/2023)

[...]

Cabe informar que, regulação em oncologia requer avaliação de diferentes parâmetros além da cronologia: cronologia, risco assistencial, tipo/localização de tumor primário, celularidade, presença ou não de lesões secundárias, oferta e protocolo de acesso de cada prestador, etc. (fl. 5 da peça 5)

[...]

[...] as regulações regionais baseiam-se em protocolos instituídos por SMS.

Em geral, as suspeitas e mesmo os diagnósticos em Oncologia são realizados nas Unidades Básicas de Saúde e Ambulatórios de Especialidades (maior número de casos).

São obedecidos fluxos e protocolos da SMS. (fl. 47 da peça 4)

Nesse sentido, torna-se relevante, para a compreensão dos próximos achados, estar explicitado que as demandas (diagnósticos e procedimentos) na área de oncologia, questionadas na REPRESENTAÇÃO apresentada a este Tribunal, são submetidas à Regulação e providas de acordo com a disponibilidade de vagas ofertadas, de modo que seu atendimento se dá num contexto que envolve as 3 (três) esferas de gestão – União, Estado e Município –, consoante ao que consta na Política Nacional de Regulação do Sistema (PNRS), conforme destacado no artigo 1.º do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação MS n.º 02/17, enquanto “[...] instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo”.

b) Critério(s)

Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (Anexo XXVI da Portaria de Consolidação MS n.º 02/17).

c) Evidência(s)

Informações prestadas pela ORIGEM quanto a: resposta à REPRESENTAÇÃO (peça 4); normativos utilizados para organização do fluxo de atendimento dos pacientes oncológicos (fls. 48/49 da peça 4); e fluxo de rotina observado pelos pacientes oncológicos que procuram atendimento (fls. 47, 49/50 e 53 da peça 4 e fl. 5 da peça 5).

d) Causa(s)

Lógica da oferta de ações e serviços de saúde; limitação de recursos (materiais, físicos e humanos); e existência lógica de filas de espera;

e) Efeito(s)

Necessidade de constante monitoramento das ações necessárias e ofertadas.

3.1.2. Os tempos nas filas de espera para atendimento das demandas da área de oncologia decorrem do respectivo fluxo de atendimento, que indica gargalos operacionais

a) Situação encontrada

Em consonância com a submissão das demandas da área de oncologia à lógica da Regulação, conforme indicado no subitem anterior, tem-se que o fluxo de atendimento dos usuários em tal área compreende diversas etapas, desde o comparecimento junto ao médico até a inclusão da demanda na Regulação Central.

Questionada sobre o fluxo de rotina a ser observado pelos pacientes oncológicos que procuram atendimento (diagnóstico e tratamento), a ORIGEM assim explanou (fls. 39, 45 e 47 da peça 4):

- Paciente comparece ao médico assistente .
- Médico assistente(clínico/especialista) investiga mediante solicitação de exames.
- Uma vez confirmado o diagnóstico(tumor (TU) primário ou anátomo patológico (AP) do tumor secundário), encaminha ,via siga, para Regulação regional.
- Regulação regional confirma os dados e estando de acordo com Protocolo de SMS , encaminha para Regulação central.
- Regulação Central recebe os dados ,via siga, solicita os exames ,em PDF, junto a Regulação regional.
- Com os dados e mediante vaga , é feito o agendamento.

[...]

A atenção básica na figura da unidade tutora do cuidado é responsável pelo acompanhamento dos seus usuários e de acordo com a necessidade são encaminhados para exames e procedimentos complementares ao diagnóstico. A partir da confirmação do diagnóstico é encaminhado ao regulador regional e após avaliação da pertinência do caso e dos dados comprobatórios de diagnóstico, são enviados à regulação central para o agendamento;

[...]

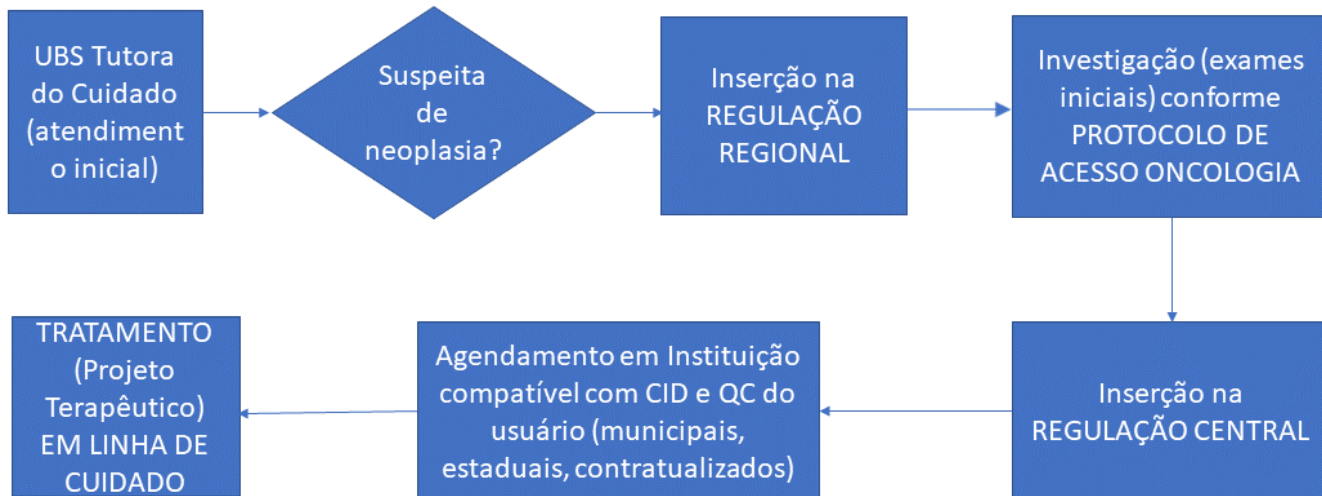
UBS ou Ambulatório de Especialidades, com o diagnóstico, encaminha solicitação com exames comprobatórios para a Regulação regional, através do SIGA. Se tudo adequado, dentro do protocolo, a Regulação regional envia para a central e a UBS acompanha no SIGA.

[...]

O acesso do paciente se dá através da Unidade tutora do seu cuidado (UBS); o médico generalista realiza a hipótese diagnóstica de CA, solicita os exames de apoio diagnóstico segundo protocolo pactuado com a SES e insere o paciente no SIGA para agendamento regulado segundo critério cronológico e de necessidade de priorização clínica definida entre o médico solicitante e regulador no cenário de oferta que atenda ao perfil do paciente, conforme fluxograma anexo, 094107398.

Sendo sumarizadas as etapas de tal fluxo da seguinte forma:

Figura 1 – Fluxograma de Atendimento ao Paciente Oncológico



Fonte: ORIGEM (fls. 53 e 78 da peça 4).

Na matéria jornalística trazida pelos REPRESENTANTES, consta entrevista na qual especialista tece comentários críticos a respeito do atual fluxo de atendimento:

Entre a consulta e o diagnóstico, ele (o paciente) tem de voltar novamente com o médico da UBS, para depois eles entrarem num sistema de regulação, onde ele vai ser encaminhado para um serviço de especialidade.

Nós entendemos que o correto seria que, a UBS tivesse um contato com os serviços especializados para que a gente possa agilizar esse encaminhamento, inclusive com treinamento de profissionais da oncologia para os médicos das UBS. (Trecho entre 04min08s e 04min45s do vídeo contido na reportagem³).

Nota-se que a natureza da questão é notadamente técnica, envolvendo a lógica de funcionamento da rede de serviços, de modo que ultrapassa o âmbito da análise do presente trabalho, todavia serve para ilustrar a complexidade do tema.

As áreas técnicas da ORIGEM realizaram registros sobre a obediência, no tocante à Regulação das demandas, aos normativos da Pasta (fls. 24 e 32 da peça 4):

[...] como Regulação Regional ,trabalhamos baseados em protocolos estabelecidos por SMS, avaliamos os casos, verificamos a documentação apresentada e enviamos para que a Central de Oncologia faça os agendamentos necessários.

³ Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2023/08/15/paciente-com-suspeita-de-cancer-do-pulmao-espera-ha-900-dias-para-fazer-biopsia-na-cidade-de-sp.ghtml>, acesso em 20.11.23.

[...]

A Regulação Regional ,trabalha baseada em protocolos estabelecidos por SMS, avaliamos os casos, verificamos a documentação apresentada e enviamos para que a Central de Oncologia verifique se está tudo correto e faça os agendamentos necessários.

Como se observa, há diversas etapas e condições a serem observadas para atendimento das demandas dos usuários dos serviços de saúde na área de oncologia, sendo certo que o gargalo em qualquer uma delas pode comprometer todo o tratamento.

Decerto, a efetivação do referido Fluxo de Atendimento não depende somente do Município, haja vista a necessidade de coordenação com outros entes, sobretudo no âmbito estadual.

Indagada sobre a questão das filas e sua desejada diminuição, a Coordenadoria de Regulação (CR) da ORIGEM se posicionou da seguinte forma, repisando a lista de suas competências (fl. 1/2 da peça 4):

Em relação às medidas para diminuição das filas de espera para exames, informamos que tal ação depende de ações conjuntas de vários setores, e não apenas do setor regulatório.

Ao que cabe à Coordenadoria de Regulação:

- Realiza a **gestão das filas de espera**, analisando continuamente: Filas de Espera, Fluxos de Entrada, Oferta Média em diferentes prestadores; Tempo Médio para Agendamento;
- **Pactuações** com os diferentes prestadores para adequações de agendas para atendimento das especificidades da fila de espera;
- Monitoramento das agendas à luz da **Portaria 341/2020**, para atendimento da fila de espera do Complexo Regulador e Regulações Regionais;
- Ações periódicas de qualificação da fila de espera, cadastro do usuário, privilegiando o agendamento adequado no tempo oportuno;
- Aponta as diferentes **necessidades** aos setores envolvidos, como Atenção Especializada, Setor de Contratos, Gabinete,etc.;
- Realiza **reuniões** com Setor de Contratos, Atenção Básica e Especializada para discussão referente as demandas, contratos vigentes, novas contratações, avaliações, entre outras;
- Realiza **interlocução** com prestadores para propor repactuações pertinentes junto ao setor de contratos;

- **Orienta e discute** com os colaboradores reguladores e apoiadores do setor quanto a ações para diminuição de perda primária e secundária das ofertas; (grifo no original)

Conforme visto acima, em tal item, não foram prestadas informações sobre aspectos quantitativos e qualitativos na contratualização de serviços oncológicos que visassem à almejada diminuição de filas na área.

Igualmente, não foi encontrada eventual formalização dos processos elencados acima, registrando-se que embora alguns pontos correspondam a atividades rotineiras e diárias, outros são bastante críticos, sobretudo por envolver diferentes áreas, e que denotam ou pressupõem a discussão de diagnósticos de processos, alterações contratuais, alertas a diferentes setores sobre especificações quantitativas, etc.

Todavia, não foram obtidas evidências de tais processos, sobretudo daqueles relativos a contratualização e coordenação entre as áreas da ORIGEM, não sendo identificada comprovação sobre sua formalização e/ou obediência a eventual cronograma ou matricialização de responsabilidades.

Pelo contexto exposto, no tocante à demanda sobre ações para diminuir a fila de espera por atendimentos na área de oncologia, não houve apresentação de uma resposta integrada, conjunta e harmônica dos agentes envolvidos, indicando que não há uma coordenação fática (ainda que conste em organograma) que responda pelo processo de maneira unificada, levando em consideração a colaboração e as competências de cada órgão participante.

Nesse sentido, conclui-se que, além da falta de coordenação com outros entes federativos (destacada em subitens posteriores), a dinâmica apresentada pela ORIGEM revela problemas de natureza hierárquica e integração funcional, o que contribui para a existência e prevalência de gargalos para suprimento das demandas na área de oncologia.

b) Critério(s)

Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (Anexo XXVI da Portaria de Consolidação MS n.º 02/17).

c) Evidência(s)

Informações prestadas pela ORIGEM quanto a: fluxo de rotina observado pelos pacientes oncológicos que procuram atendimento (fls. 47, 49/50 e 53 da peça 4 e fl. 5 da peça 5).

d) Causa(s)

Disfunções estruturais em função da lógica de funcionamento do Complexo Regulador.

e) Efeito(s)

Complexidade e limitação diante das competências dos vários atores envolvidos.

3.1.3. Há lacunas, especialmente de integração e planejamento, na atuação das diferentes esferas de gestão, em relação à avaliação quantitativa e qualitativa para a oferta de vagas na área de oncologia

a) Situação encontrada

Outra decorrência a partir da situação verificada no subitem anterior é a ausência de uma estimativa adequada da oferta necessária de serviços em âmbito municipal, frente ainda à necessidade de expansão dos serviços.

Em questionamento realizado a respeito da existência de alguma demanda, do Estado de São Paulo ou da União, para aumento da oferta de atendimento no Município de São Paulo, a ORIGEM indicou que (fl. 52 da peça 4):

O município implantou o serviço oncológico no Hospital Municipal Gilson de Cássia Marques de Carvalho, que aguarda habilitação pelo Ministério da Saúde, solicitada desde 2022. Até o momento o custeio do serviço tem sido totalmente realizado com recursos do tesouro municipal.

A SES implementou um pequeno número de vagas de acesso para oncologia ginecológica, oncologia hematologia e nódulos pulmonares.

Nota-se, primeiramente, que a pergunta não foi integralmente respondida, podendo-se, no máximo, depreender que nem o Estado nem a União foram envolvidos, de forma efetiva, na discussão relativa a um eventual aumento de vagas e serviços.

A segunda inferência possível é que a ausência de efetiva coordenação com a União pode estar limitando o recebimento de recursos federais, onerando ainda mais os cofres municipais, conforme exemplo na medida em que a homologação do referido hospital somente foi concluída

em período recente, em novembro de 2023 (vide subitem **3.1.14**), em função de burocracias enfrentadas para sua conclusão.

Uma terceira observação possível, ainda com base unicamente na resposta oferecida, é que os serviços disponibilizados pelo Estado aos municípios são limitados e insuficientes, embora não tenham sido prestadas informações relativas à escolha pelas especialidades citadas, nem em relação ao número de vagas ofertadas.

Assim, a partir da resposta, o que se vislumbra é que tanto o Município quanto o Estado realizam suas avaliações e estimativas (quantitativas e qualitativas) de maneira autônoma, mesmo que a sistemática desenhada pelo SUS se dê em uma lógica matricial e cooperativa.

Não foi fornecida evidência relativa à coordenação de planejamento entre os 3 (três) entes para a criação de vagas e aumento na oferta de atendimento, observando que a União, que deveria ser a coordenadora principal da oferta de serviços, sequer é citada na resposta.

A título de referência, em âmbito municipal, temos o Plano Municipal de Saúde (PMS), que representa “[...] o instrumento central de planejamento para definição e implementação de **todas** as iniciativas no âmbito da saúde para o período de 4 (quatro) anos”⁴ (grifo nosso), por meio do qual são apresentados os compromissos do governo para a área da saúde, sendo que o PMS vigente, para o período de 2022 a 2025⁵, traz somente 2 (duas) metas que podem ser objetivamente correlacionadas às demandas da área de oncologia: ampliar o acesso das mulheres à coleta do exame de colpocitologia oncológica na faixa etária dos 25 (vinte e cinco) a 64 (sessenta e quatro) anos (meta 1.16.1); e habilitar o Hospital Municipal Gilson de Carvalho como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia tipo UNACON (meta 2.23.1).

Assim, a partir das poucas informações encontradas, nota-se que não há um planejamento plenamente integrado entre os entes (União, Estado e Município), não sendo referidos indicadores e metas a serem monitorados, notadamente em relação à expansão dos serviços de oncologia, nem havendo responsabilização compartilhada pelo financiamento dos serviços.

⁴ Conforme consta em: www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso_a_informacao/index.php?p=284332, acesso em 20.11.23.

⁵ Disponível em: www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/plano_municipal_de_saude_2021_240822_versao_site.pdf, acesso em 20.11.23.

b) Critério(s)

Diretrizes do processo de Planejamento no âmbito do SUS (Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação MS n.º 01/17).

c) Evidência(s)

Informações prestadas pela ORIGEM quanto a: procedimentos de planejamento – quantitativo e qualitativo (fl. 52 da peça 4).

d) Causa(s)

Ausência de adequada centralização planificatória e decisória; problemas de coordenação e integração entre os entes; falta de clareza entre atribuições e competências.

e) Efeito(s)

Ineficiência na distribuição das vagas, sem adequada compatibilidade com a real demanda; penalização do MSP tanto na perspectiva financeira (uma vez que precisa complementar os repasses recebidos do Governo Federal, especialmente em função da defasagem dos valores praticados na tabela SUS), quanto na operacional, já que um aumento na oferta de serviços dentro do Município, na verdade, é capturado por uma demanda não atendida tanto pelo Estado quanto pelos Municípios vizinhos, como se discutirá em itens seguintes.

3.1.4. Houve redução na oferta total de vagas para acesso oncológico no Município de São Paulo entre os anos de 2020 a 2022

a) Situação encontrada

Ao ser demandada sobre a estimativa de usuários que utilizam equipamentos e serviços na área de oncologia, a ORIGEM acabou por prestar informação sobre o número de vagas ofertadas (mensalmente) no MSP (fl. 51 da peça 4):

Atualmente a oferta para acesso oncológico abrange cerca de 1.100 vagas, sendo cerca de 50% de acessos em estabelecimentos municipais e/ou contratualizados pelo município, e 50% por equipamentos estaduais e/ou contratualizados pelo estado.

De posse de tal referência, foi pleiteado que fosse apresentado, pela ORIGEM, o número de vagas ofertadas em anos recentes, entre 2020 e 2022, de modo a verificar eventual modificação no período, tendo-se que:

Tabela 1 – Vagas de Oncologia – Rede Municipal/SMS

Especialidade	2020	2021	2022
Oncologia - Cabeça/Pescoço	1.102	982	527
Oncologia - Dermatologia	455	444	283
Oncologia - Gastrointestinal	2.476	2.323	1.458
Oncologia - Ginecologia	1.147	1.064	725
Oncologia - Hematologia	509	510	378
Oncologia - Mastologia	2.525	2.230	1.656
Oncologia - Neurologia/Neurocirurgia	13	14	11
Oncologia - Oftalmologia	12	14	37
Oncologia - Ortopedia	180	173	142
Oncologia - Pneumologia	544	519	411
Oncologia - Radioterapia	101	153	163
Oncologia - Urologia	2.112	1.873	1.564
Oncologia Clínica	2.080	2.103	1.535
Oncologia Pediátrica	364	383	374
Total	13.620	12.785	9.264

Fonte: Informação prestada pela ORIGEM (fl. 3 da peça 5).

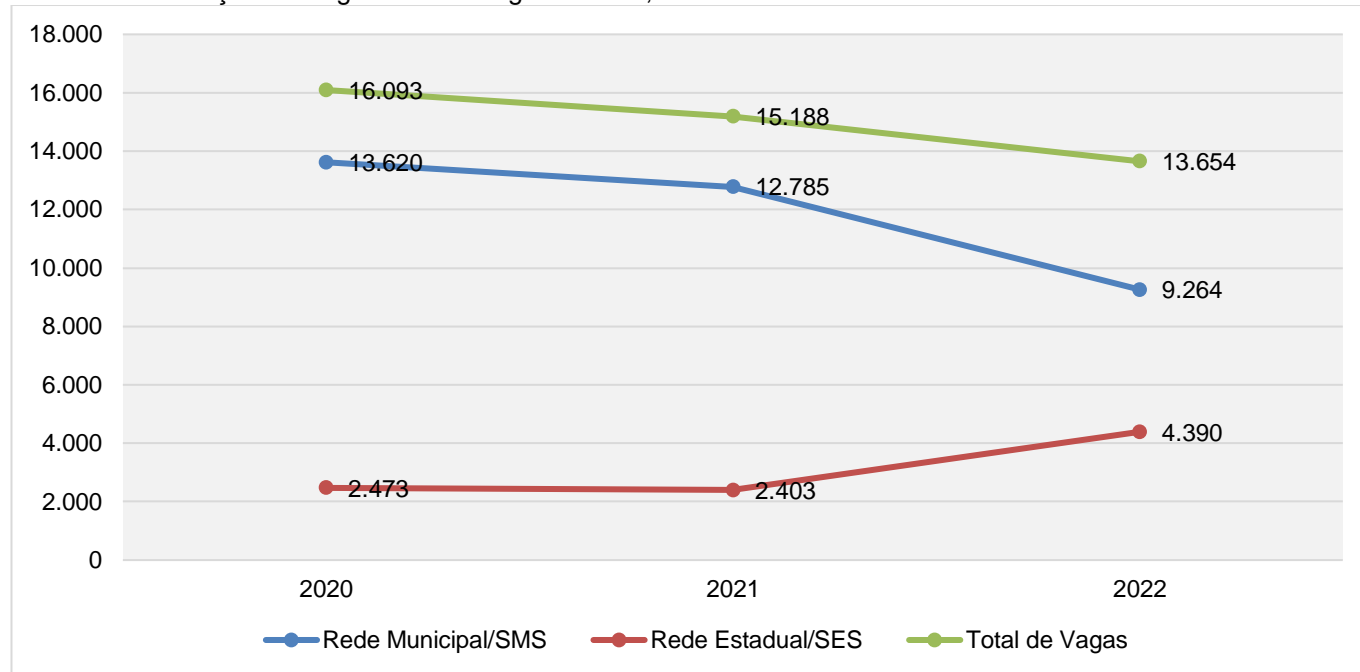
Tabela 2 – Vagas de Oncologia – Rede Estadual/SES

Especialidade	2020	2021	2022
Oncologia - Aparelho Digestivo	337	376	669
Oncologia - Cabeça e Pescoço	136	104	403
Oncologia - Dermatologia/Plástica	20	29	102
Oncologia - Ginecologia	203	213	390
Oncologia - Hematologia	200	148	243
Oncologia - Mastologia	503	461	754
Oncologia - Neurocirurgia	39	70	55
Oncologia - Oftalmologia	12	11	12
Oncologia - Ortopedia	8	14	14
Oncologia - Radioterapia	-	-	87
Oncologia - Pediatria	85	77	4
Oncologia - Tórax	-	-	0
Oncologia - Urologia	930	900	1176
Oncologia Clínica	0	0	481
Total	2.473	2.403	4.390

Fonte: Informação prestada pela ORIGEM (fl. 3 da peça 5).

Tais valores possibilitam verificar a evolução da oferta de vagas no interstício, com os seguintes totais: 2020 – 16.093; 2021 – 15.188; e 2022 – 13.654, ilustrada no gráfico a seguir;

Gráfico 1 – Evolução de Vagas de Oncologia no MSP, entre 2020 e 2022



Fonte: Informação prestada pela ORIGEM (fl. 3 da peça 5).

O cenário encontrado permite observar:

- Decréscimo no volume de vagas ofertadas pela rede municipal, de aproximadamente 32% (trinta e dois por cento), no período (2020 – 13.620; 2022 – 9.264);
- Acréscimo no volume de vagas ofertadas pela rede estadual, de aproximadamente 77% (setenta e sete por cento), no período (2020 – 2.473; 2022 – 4.390);
- Diminuição no volume total de vagas ofertadas, de aproximadamente 15% (quinze por cento), no período (2020 – 16.093; 2022 – 13.654);
- Desbalanceamento entre a participação das vagas ofertadas pelas redes municipal e estadual, no período, haja vista que a oferta municipal correspondia a aproximadamente 85% (oitenta e cinco por cento) do total de vagas em 2020 e passou a representar aproximadamente 68% (sessenta e oito por cento) do total em 2022, enquanto a oferta estadual saltou de aproximadamente 15% (quinze por cento) em 2020, para mais de 32% (trinta e dois por cento) em 2022.

b) Critério(s)

Quantidade de vagas de acesso oncológico no MSP em 2020 (tomado como paradigma e referência).

c) Evidência(s)

Informações prestadas pela ORIGEM quanto a: número de oferta de vagas para acesso oncológico no MSP, nos anos de 2020 a 2022, com distribuição entre vagas ofertadas pelas Redes Municipal e Estadual (fl. 3 da peça 7); existência de demanda (MSP, Estado de São Paulo – SP – ou União) para aumento da oferta de vagas para atendimento no MSP (fl. 51 da peça 4).

d) Causa(s)

Limitação de recursos dos entes; limitação operacional da disponibilidade de vagas (próprias e/ou providas por terceiros).

e) Efeito(s)

Reiterado crescimento das filas de espera, em razão da demanda represada.

3.1.5. A fila de espera por exames diagnósticos na área de oncologia apresentava quantitativo superior a 120.000 demandas, em 01.11.23

a) Situação encontrada

Ao ser questionada sobre o número de usuários que esperavam, em 01.11.23, por exames diagnósticos no MSP, a ORIGEM inicialmente ponderou que (fls. 45 e 50 da peça 4):

Não há como precisar dentro do universo de exames solicitados, aqueles que são indicativos de suspeita de manifestação oncológica; Muitas vezes achados oncológicos ou de suspeita são encontrados em exames de rotina. A resposta a este item se aplica à Coordenação de Regulação em SMS;

[...]

Cabe informar que não há fila de espera específica para exames diagnóstico oncológicos; mas, os usuários com suspeita de neoplasia podem ser priorizados, quando apontados ao regulador pelo solicitante para os devidos agendamentos.

E ainda, para os usuários que já encontram-se em tratamento oncológico, os exames são realizados na linha de cuidado oncológica.

Tendo, em seguida, apresentado a seguinte listagem:

Figura 2 – Fila de Espera – Exames Diagnósticos (posição de 01.11.23)

GRUPO	PROCEDIMENTO	FILA DE ESPERA 01/11/2023	TEMPO MEDIO AGENDAMENTO SIGA MÉDIA AGO-SET-OUT/2023	NEOPLASIA SUSPEITA
ENDOSCOPIAS		104.401		
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	84.225	92	GASTROINTESTINAL
AVALIAÇÃO PARA COLONOSCOPIA (PREPARO)	AVALIAÇÃO PARA COLONOSCOPIA (PREPARO)	19.568	103	GASTROINTESTINAL
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	608	41	MAMA
RESSONANCIA COM & SEM SEDAÇÃO		6.259	<i>depende do segmento</i>	DIFERENTES NEOPLASIAS
RESSONANCIA COM SEDAÇÃO		4.848	<i>depende do segmento</i>	DIFERENTES NEOPLASIAS
TOMOGRAFIAS - COM E SEM SEDAÇÃO - ACIMA DE 120KG		4.937	<i>depende do segmento</i>	DIFERENTES NEOPLASIAS
TOMOGRAFIAS SEM SEDAÇÃO	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA GERAL SEM SEDAÇÃO	3.751	<i>depende do segmento</i>	DIFERENTES NEOPLASIAS
TOMOGRAFIAS COM SEDAÇÃO	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA GERAL COM SEDAÇÃO	1.163	<i>depende do segmento</i>	DIFERENTES NEOPLASIAS
TOMOGRAFIAS ACIMA DE 120KG	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA GERAL SEM SEDAÇÃO	23	<i>depende do segmento</i>	DIFERENTES NEOPLASIAS
BIOPSIAS		314		
BIOPSIAS	BIOPSIA PERCUTANEA DE TIREÓIDE ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	14	36	CABEÇA E PESCOÇO
BIOPSIAS	BIOPSIA PERCUTANEA DE PRÓSTATA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	184	68	PRÓSTATA
BIOPSIAS	BIOPSIA PERCUTANEA DE MAMA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	21	18	MAMA
BIOPSIAS	BIOPSIA PERCUTANEA DE LINFONODO ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	20	10	DIFERENTES NEOPLASIAS
BIOPSIAS	BIOPSIA PERCUTANEA HEPÁTICA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	36		FÍGADO E VIAS BILIARES
BIOPSIAS	BIOPSIA PERCUTANEA RENAL ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	38		RIM
BIOPSIAS	BIOPSIA PERCUTANEA DE PARÓTIDA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	1	35	CABEÇA E PESCOÇO

Fonte: Informação da ORIGEM (fl. 54 da peça 4).

De maneira que a Fila de Espera (FE) em 01.11.23, composta por Endoscopias (104.401), Ressonâncias (11.107, conforme soma de 6.259 e 4.848⁶), Tomografias (4.937) e Biopsias (314), totalizam o volume de 120.759 procedimentos pendentes de realização, em novembro de 2023.

b) Critério(s)

Saúde enquanto Direito de Todos e Dever do Estado (Artigo 196 da Constituição Federal – CF – de 1988); princípio da Universalidade de Acesso aos Serviços de Saúde em Todos os Níveis de Assistência (Inciso I do Artigo 7.º da Lei Federal – LF – n.º 8.080/90); LF n.º 12.732/12, com a inclusão feita pela LF n.º 13.896/19.

c) Evidência(s)

Informações prestadas pela ORIGEM quanto a: número de pessoas que esperavam por exames, com data de referência de 01.11.23 (fl. 54 da peça 4).

d) Causa(s)

Falhas na programação e no planejamento de vagas; insuficiência de recursos; limitação operacional da disponibilidade de vagas.

⁶ Não restando claro se o total de “RESSONANCIA COM SEDAÇÃO” estaria contido no total de “RESSONANCIA COM & SEM SEDAÇÃO”.

e) Efeito(s)

Prejuízo ao adequado tratamento dos usuários de saúde.

3.1.6. A fila de espera para início ou retomada de tratamentos na área de oncologia era composta por aproximadamente 3.800 usuários, entre 27.11.23 e 01.12.23

a) Situação encontrada

Ao ser indagada sobre o volume de usuários que esperavam para iniciar ou retomar tratamento oncológico com base em diagnósticos confirmados, a ORIGEM apresentou a listagem a seguir (fl. 50 da peça 4):

Tabela 3 – Fila de Espera para Início/Retomada de Tratamento (posição de 27.11.23)

Especialidade	Quantidade
Oncologia - Cabeça/Pescoço	437
Oncologia - Dermatologia	185
Oncologia - Gastrointestinal	374
Oncologia - Ginecologia	24
Oncologia - Hematologia	280
Oncologia - Mastologia	15
Oncologia - Neurologia/Neurocirurgia	75
Oncologia - Ortopedia	129
Oncologia - Pneumologia	803
Oncologia - Urologia	1.268
Oncologia Clínica	184
Total	3.774

Fonte: Informação prestada pela ORIGEM (fl. 50 da peça 4).

Tal lista foi atualizada posteriormente em dezembro de 2023, com os seguintes valores:

Tabela 4 – Fila de Espera para Início/Retomada de Tratamento (posição de 01.12.23)

Especialidade	Quantidade
Oncologia - Cabeça/Pescoço	429
Oncologia - Dermatologia	204
Oncologia - Gastrointestinal	375
Oncologia - Ginecologia	57
Oncologia - Hematologia	276
Oncologia - Mastologia	31
Oncologia - Neurologia/Neurocirurgia	79
Oncologia - Ortopedia	128
Oncologia - Pneumologia	809
Oncologia - Urologia	1.272

Especialidade	Quantidade
Oncologia Clínica	166
Total	3.826

Fonte: Informação prestada pela ORIGEM (fl. 2 da peça 5).

Embora o total da FE não tenha apresentado relevante modificação no curto período verificado, é possível destacar o expoente crescimento dos seguintes casos:

- Oncologia – Ginecologia, de 24 (vinte e quatro) para 57 (cinquenta e sete), representando evolução de mais de 137% (cento e trinta e sete por cento);
- Oncologia – Mastologia, de 15 (quinze) para 31 (trinta e um), equivalente a uma alteração de quase 107% (cento e sete por cento).

b) Critério(s)

Saúde enquanto Direito de Todos e Dever do Estado (Artigo 196 da CF de 1988); princípio da Universalidade de Acesso aos Serviços de Saúde em Todos os Níveis de Assistência (Inciso I do Artigo 7.º da LF n.º 8.080/90); LF n.º 12.732/12, com a inclusão feita pela LF n.º 13.896/19.

c) Evidência(s)

Informações prestadas pela ORIGEM quanto a: número de pessoas que esperavam iniciar ou retomar tratamento com base em diagnósticos confirmados (fl. 50 da peça 4 e fl. 2 da peça 5).

d) Causa(s)

Falhas na programação e no planejamento de vagas; insuficiência de recursos; limitação operacional da disponibilidade de vagas.

e) Efeito(s)

Prejuízo ao adequado tratamento dos usuários de saúde.

3.1.7. As demandas por alguns exames diagnósticos na área de oncologia demorariam elevado prazo para serem integralmente atendidas, diante das atuais filas de espera e da média de realização de procedimentos

a) Situação encontrada

Diante dos procedimentos de exames diagnósticos listados em FE pela ORIGEM (conforme subitem 3.1.5), a AUDITORIA solicitou a informação sobre os respectivos códigos na tabela SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS), a fim de comparar os quantitativos em espera com o volume de realização de tais procedimentos em anos recentes (2020 a 2023), tendo-se que:

Tabela 5 – Média de Realização de Exames Diagnósticos, entre 2020 e 2023

Código	Descrição	2020	2021	2022	2023 ¹	Média do Período
020901003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	8.424	11.200	11.443	10.916	10.496
020901002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	2.150	2.726	3.294	3.357	2.882
020701006-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	2.475	2.860	3.007	3.817	3.040
020601009-5	TOMOGRAFIA POR EMISSAO DE POSITRONS (PET-CT)	347	363	331	316	339

Fonte: Relatórios do TABNET (Informações de Saúde), conforme consulta padronizada pela ORIGEM⁷ (fls. 1/8 da peça 7).

¹ Dados disponíveis até o mês de novembro/2023.

Ao se comparar a FE de exames diagnósticos, conforme posição de 01.11.23, com a média de procedimentos realizados em anos recentes, foi possível obter a seguinte comparação:

Tabela 6 – Estimativa para zerar FE de Exames Diagnósticos

Grupo	Procedimento	FE	Código ⁸	Média	Tempo Estimado (meses) ¹
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	84.225	020901003-7	10.496	8
AVALIAÇÃO PARA COLONOSCOPIA (PREPARO)	AVALIAÇÃO PARA COLONOSCOPIA (PREPARO)	19.568	020901002-9	2.882	7
RESSONANCIA COM & SEM SEDAÇÃO	RESSONANCIA COM & SEM SEDAÇÃO	6.259	020701006-4	3.040	4
RESSONANCIA COM SEDAÇÃO	RESSONANCIA COM SEDAÇÃO	4.848			
TOMOGRAFIAS - COM E SEM SEDAÇÃO - ACIMA DE 120KG	TOMOGRAFIAS - COM E SEM SEDAÇÃO - ACIMA DE 120KG	4.937	020601009-5	339	15

Fonte: Informação da ORIGEM (fl. 54 da peça 6) e relatórios do TABNET, conforme consulta padronizada pela ORIGEM (fls. 1/8 da peça 7).

¹ Divisão arredondada entre a FE e a Média de Procedimentos realizados entre 2020 e 2023.

Com base nas informações prestadas, tal cenário permite estimar que, se mantidos os mesmos padrões recentes de realização dos exames analisados, serão necessários entre 4 (quatro) a 15 (quinze) meses somente para “zerar” a FE, sem considerar ainda a entrada de novas demandas.

b) Critério(s)

⁷ Conforme página disponível em: www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet, acesso 02.02.24.

⁸ Não foi possível comparar os demais procedimentos, na medida em que os respectivos códigos informados pela ORIGEM, às fls. 1/2 da peça 5 (020493018-8, 020601009-6, 020601009-7, 020601009-8, 020101054-3, 020101054-4, 020101054-5, 020101054-6, 020101054-7, 020101054-8 e 020101054-9) não foram encontrados no SIGTAP.

Saúde enquanto Direito de Todos e Dever do Estado (Artigo 196 da CF de 1988); Princípio da Universalidade de Acesso aos Serviços de Saúde em Todos os Níveis de Assistência (Inciso I do Artigo 7.º da LF n.º 8.080/90); LF n.º 12.732/12, com a inclusão feita pela LF n.º 13.896/19.

c) Evidência(s)

Informações prestadas pela ORIGEM quanto a: número de pessoas que esperavam por exames, com data de referência de 01.11.23 (fl. 54 da peça 4); relatório do TABNET quanto a Procedimentos Ambulatoriais do SUS no MSP a partir de 2008 (fls. 1/8 da peça 7).

d) Causa(s)

Falhas na programação e no planejamento de vagas; insuficiência de recursos; limitação operacional da disponibilidade de vagas.

e) Efeito(s)

Prejuízo ao adequado tratamento dos usuários de saúde.

3.1.8. As demandas relativas às áreas de cabeça/pescoço, ortopedia, pneumologia e urologia, dos usuários em fila de espera para tratamento na área de oncologia, são aquelas com maior incidência de Tempo Médio de Atendimento (TMA) superior a 60 (sessenta) dias

a) Situação encontrada

A partir da listagem da FE para início ou retomada de tratamentos na área de oncologia (contida no subitem **3.1.6**), a AUDITORIA questionou o Tempo Médio de Atendimento (TMA) da FE para cada uma das especialidades indicadas naquela listagem, obtendo-se o seguinte:

Tabela 7 – Tempo Médio de Atendimento da FE para Início/Retomada de Tratamento (posição de 01.12.23)

Especialidade	TMA (dias)
Oncologia - Cabeça/Pescoço	> 60
Oncologia - Dermatologia	30 A 60
Oncologia - Gastrointestinal	30 A 60
Oncologia - Ginecologia	Até 30
Oncologia - Hematologia	30 A 60
Oncologia - Mastologia	Até 30
Oncologia - Neurologia/Neurocirurgia	31 a 60

Especialidade	TMA (dias)
Oncologia - Oftalmologia	Até 30
Oncologia - Ortopedia	> 60
Oncologia - Pneumologia	> 60
Oncologia - Radioterapia	Até 30
Oncologia - Urologia	> 60
Oncologia Clínica	31 a 60
Oncologia Pediátrica	Até 30

Fonte: Informação prestada pela ORIGEM (fl. 2 da peça 5).

Tal listagem permite assim agrupar as especialidades acima por TMA:

- Até 30 (trinta) dias: Ginecologia, Mastologia, Oftalmologia, Radioterapia e Pediátrica;
- Entre 30 (trinta) e 31 (trinta e um) a 60 (sessenta) dias: Dermatologia, Gastrointestinal, Hematologia, Neurologia/Neurocirurgia e Clínica;
- Acima de 60 (sessenta) dias: Cabeça/Pescoço, Ortopedia, Pneumologia e Urologia.

Sendo possível assim destacar que os últimos casos exemplificam situação de descumprimento do artigo 2.º da LF n.º 12.732/12⁹.

b) Critério(s)

Saúde enquanto Direito de Todos e Dever do Estado (Artigo 196 da CF de 1988); Princípio da Universalidade de Acesso aos Serviços de Saúde em Todos os Níveis de Assistência (Inciso I do Artigo 7.º da LF n.º 8.080/90); LF n.º 12.732/12, com a inclusão feita pela LF n.º 13.896/19.

c) Evidência(s)

Informações prestadas pela ORIGEM quanto a: estratificação dos tempos em fila de espera (fl. 2 da peça 7).

d) Causa(s)

⁹ Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

Falhas na programação e no planejamento de vagas; Insuficiência de recursos; e limitação operacional da disponibilidade de vagas.

e) Efeito(s)

Prejuízo ao adequado tratamento dos usuários de saúde.

3.1.9. A ocorrência de casos de neoplasias malignas com tempo para início de tratamento na área de oncologia com prazos superiores a 60 (sessenta) dias representou percentual próximo a 50% (cinquenta por cento) do total de casos entre 2020 e 2022, apresentando uma redução em 2023, com percentual próximo a 28% (vinte e oito por cento)

a) Situação encontrada

Para avaliação do principal elemento questionado na REPRESENTAÇÃO apresentada a este Tribunal, a AUDITORIA recorreu aos dados do Painel Oncologia Brasil¹⁰, sendo este um instrumento desenvolvido para monitorar o cumprimento da referida LF n.º 12.732/12, que estabelece prazo para início de tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada¹¹.

Tabela 8 – Ocorrência de Casos de Tratamento com Mais de 60 dias após Diagnóstico

Diagnóstico	2020			2021			2022			2023		
	Mais de 60	Total	%	Mais de 60	Total	%	Mais de 60	Total	%	Mais de 60	Total	%
Neoplasias Malignas (Lei no 12.732/12)	4.342	9.411	46,1%	4.979	10.174	48,9%	4.407	8.894	49,6%	1.774	6.231	28,5%
Neoplasias <i>in situ</i>	4	76	5,3%	6	73	8,2%	3	101	3,0%	2	73	2,7%
Neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido	46	500	9,2%	60	533	11,3%	35	572	6,1%	20	449	4,5%
C44+C73 ¹²	126	539	23,4%	107	465	23,0%	125	432	28,9%	29	356	8,1%
Total	4.518	10.526	42,9%	5.152	11.245	45,8%	4.570	9.999	45,7%	1.825	7.109	25,7%

Fonte: Relatórios do Painel Oncologia Brasil, por meio do TABNET¹³ (fls. 9/12 da peça 7).

Tal cenário permite verificar que, para quase 50% (cinquenta por cento) dos casos de neoplasias malignas entre 2020 e 2022 (2020 – 46,1%, 2021 – 48,9% e 2022 – 49,6%), o prazo entre a data do exame diagnóstico e a data do primeiro tratamento foi superior a 60 (sessenta) dias, tendo tal participação alcançado índice próximo de 28% (vinte e oito por cento) em 2023.

¹⁰ Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def, acesso em 02.02.24.

¹¹ Conforme Nota Técnica disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/painel_onco/doc/painel_oncologia.pdf, acesso em 02.02.24.

¹² CID C44 - Outras Neoplasias Malignas da Pele; CID C73 - Neoplasia Maligna da Glândula Tireóide, conforme Lista CID-10, disponível em www.medicinanet.com.br/cid10/c.htm, acesso em 02.02.24.

¹³ Para maior assertividade, foram considerados os dados relativos a casos com residência, diagnóstico e tratamento no MSP (código 355030).

Reforce-se que tal situação representa o nível da ocorrência dos casos de descumprimento do artigo 2.º da LF n.º 12.732/12.

b) Critério(s)

Saúde enquanto Direito de Todos e Dever do Estado (Artigo 196 da CF de 1988); Princípio da Universalidade de Acesso aos Serviços de Saúde em Todos os Níveis de Assistência (Inciso I do Artigo 7.º da LF n.º 8.080/90); e LF n.º 12.732/12, com a inclusão feita pela LF n.º 13.896/19.

c) Evidência(s)

Relatórios do Painel de Oncologia, por meio do TABNET, sobre Tempo de Tratamento (fls. 9/12 da peça 7).

d) Causa(s)

Falhas na programação e no planejamento de vagas; insuficiência de recursos; limitação operacional da disponibilidade de vagas.

e) Efeito(s)

Prejuízo ao adequado tratamento dos usuários de saúde.

3.1.10. A realização de procedimentos e internações relativos a tratamentos na área de oncologia apresentou relevante queda em 2022, não sendo ainda retomado, em 2023, o mesmo nível quantitativo apontado em 2020

a) Situação encontrada

Outra informação disponível à AUDITORIA em fontes públicas refere-se ao número de Procedimentos Ambulatoriais e de Internações Hospitalares, a partir do TABNET.

Ao obter os dados de tal fonte, relativamente ao subgrupo “Tratamentos em Oncologia” (04) do grupo “Procedimentos Clínicos” (03), do SIGTAP, no âmbito do Município de São Paulo, chegou-se aos seguintes valores, distribuídos conforme Forma de Organização:

Tabela 9 – Procedimentos Ambulatoriais e de Internações Hospitalares – Tratamentos em Oncologia

Código	Forma de Organização	2020	2021	2022	2023 ¹
03.04.01	Radioterapia	11.501	12.321	10.632	10.425

Código	Forma de Organização	2020	2021	2022	2023 ¹
03.04.02	Quimioterapia paliativa - adulto	91.558	95.401	86.384	90.936
03.04.03	Quimioterapia para controle temporário de doença - adulto	28.666	28.909	28.753	30.581
03.04.04	Quimioterapia prévia (neoadjuvante/citorredutora)- adulto	12.676	13.964	13.023	13.413
03.04.05	Quimioterapia adjuvante (profilática) - adulto	131.657	131.627	116.861	105.665
03.04.06	Quimioterapia curativa - adulto	5.572	5.607	4.729	4.892
03.04.07	Quimioterapia de tumores de criança e adolescente	6.313	6.425	6.234	6.544
03.04.08	Quimioterapia - procedimentos especiais	16.649	19.850	18.814	19.708
03.04.09	Medicina nuclear - terapêutica oncológica	267	410	378	455
03.04.10	Gerais em oncologia	23.682	25.216	25.440	29.410
Total		328.541	339.730	311.248	312.029

Fonte: Relatórios do TABNET, conforme consulta padronizada pela ORIGEM (fls. 13/36 da peça 7).

¹ Projeção, considerando a soma dos dados até novembro/2023 e o acréscimo relativo a 1 (um) mês, calculado a partir da média de valores entre janeiro e novembro/2023.

Os valores indicados no período permitem realizar a seguinte comparação:

- Aumento entre 2020 e 2021, de aproximadamente 3% (três por cento);
- Diminuição entre 2021 e 2022, de aproximadamente 8% (oito por cento);
- Aumento (projetado) entre 2022 e 2023, de aproximadamente 0,3% (três décimos de percentual), indicando montante ainda abaixo do ano de referência (2020), em aproximadamente 5% (cinco por cento).

b) Critério(s)

Total de Procedimentos Ambulatoriais e de Internações Hospitalares, do subgrupo “Tratamentos em Oncologia”, no MSP em 2020 (tomado como paradigma e referência).

c) Evidência(s)

Relatórios sobre Procedimentos Ambulatoriais e Internações Hospitalares, do TABNET, quanto ao subgrupo “Tratamentos em Oncologia” (fls. 13/36 da peça 7).

d) Causa(s)

Falhas na programação e no planejamento de vagas; e pandemia de COVID-19.

e) Efeito(s)

Desarranjo entre disponibilidade e necessidade de vagas.

3.1.11. Houve, em 2023, relevante acréscimo na realização de internações relativas a cirurgias na área de Oncologia, em comparação com os anos de 2020 a 2022

a) Situação encontrada

Ainda a partir dos dados do TABNET, foi possível conhecer o volume relativo ao subgrupo “Cirurgias em Oncologia” (16) do grupo “Procedimentos Cirúrgicos” (04), do SIGTAP, no âmbito do Município de São Paulo, obtendo-se os seguintes valores, distribuídos conforme Forma de Organização:

Tabela 10 – Internações Hospitalares – Cirurgias em Oncologia

Código	Forma de Organização	2020	2021	2022	2023 ¹
04.16.01	Urologia	2.667	2.539	2.827	3.327
04.16.02	Sistema linfático	422	409	386	375
04.16.03	Cabeça e pescoço	979	901	930	1.078
04.16.04	Esôfago-gastro duodenal e vísceras anexas e outros órgãos intra-abdominais	1.014	928	808	913
04.16.05	Colo-proctologia	663	538	517	589
04.16.06	Ginecologia	845	990	915	1.427
04.16.07	Oftalmologia	0	0	0	0
04.16.08	Pele e cirurgia plástica	885	1.023	1.030	1.589
04.16.09	Ossos e partes moles	336	388	339	352
04.16.10	Neurocirurgia	0	0	0	0
04.16.11	Cirurgia torácica	161	227	155	190
04.16.12	Mastologia	994	1.036	1.102	1.509
04.16.13	Otorrinolaringologia	0	0	0	0
Total		8.966	8.979	9.009	11.349

Fonte: Relatórios do TABNET, conforme consulta padronizada pela ORIGEM (fls. 37/54 da peça 7).

¹ Projeção, considerando a soma dos dados até novembro/2023 e o acréscimo relativo a 1 (um) mês, calculado a partir da média de valores entre janeiro e novembro/2023.

Os valores indicados no período permitem realizar a seguinte comparação:

- Irrisória variação entre os anos de 2020 e 2022;
- Relevante acréscimo (projetado) entre 2022 e 2023, de quase 27% (vinte e sete por cento).

b) Critério(s)

Total de Internações Hospitalares, do subgrupo “Cirurgias em Oncologia”, no MSP em 2020 (tomado como paradigma e referência).

c) Evidência(s)

Relatórios sobre Internações Hospitalares, do TABNET, quanto ao subgrupo “Cirurgias em Oncologia” (fls. 37/54 da peça 7).

d) Causa(s)

Falhas na programação e no planejamento de vagas; e pandemia de COVID-19 (considerando, em especial, o período entre 2020 e 2021, no qual houve relevante alteração na oferta de procedimentos cirúrgicos/ambulatoriais, tendo em vista a concentração de esforços para atendimentos decorrentes do cenário pandêmico).

e) Efeito(s)

Desarranjo entre disponibilidade e necessidade de vagas.

3.1.12. Não foram disponibilizadas informações a respeito do impacto das demandas de moradores de outras cidades que utilizam a rede municipal de serviços para tratamento oncológico

a) Situação encontrada

Como visto anteriormente, a responsabilidade no tratamento das demandas sob Regulação é compartilhada entre os entes federativos.

Ocorre que a falta de uma organização coordenada pode provocar distorções na oferta e na demanda destes serviços.

Há, no Brasil, bem como neste Município de São Paulo, um potencial cenário de migração de usuários de serviços de saúde de centros menores para regiões maiores em busca de tratamento médico, havendo utilização dos serviços mais elementares aos mais complexos, incluindo nesse âmbito aqueles cobertos pelo Complexo Regulatório.

Neste ponto, cabe refletir se, além da potencial falta de coordenação vertical (da União para o Estado e deste para o Município), haveria também ausência de coordenação horizontal, no

âmbito intermunicipal, que seria uma atribuição precipuamente estadual (conforme inciso VIII do § 2.º do artigo 10 do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação MS n.º 02/17¹⁴).

Nota-se que, embora o âmbito da Secretaria de Estado da Saúde (SES) de São Paulo esteja fora do escopo do presente trabalho, não foram indicadas evidências de que, mesmo se tal coordenação estiver sendo realizada, haja um compartilhamento de informações com a SMS.

No decorrer desta fiscalização, foi indagado à ORIGEM sobre a estimativa de usuários de outros municípios e/ou outros Estados que eventualmente utilizassem a rede municipal, considerando o efeito de tal demanda à realidade do MSP, tendo a ORIGEM respondido (fl. 51 da peça 4):

Não temos tais dados, pois os usuários acessam os serviços através das UBS com CNS Municipal, utilizando algum comprovante de endereço do município

Note-se que, para que haja um cálculo mais real da demanda dentro do MSP, seria necessário levar em consideração o efeito da demanda, por exemplo, de outros componentes da região onde está inserido, e/ou até de Municípios do interior ou litoral de São Paulo, ou ainda de outros Estados, diante da atual lógica de vinculação a partir do domicílio dos usuários, o qual, por vezes, pode não representar uma verídica informação; de modo que tal cenário prejudica uma efetiva captura de demanda de competência da SMS, possivelmente deixada de lado pela SES.

Assim, sem se questionar sobre a demanda flutuante que existe noutros Municípios e Estados e que pode refletir sobre o MSP, além da ausência de estudos em relação à sua própria demanda, torna-se inviável projetar e, portanto, oferecer a quantidade e a qualidade de serviços oncológicos que o Município deveria, e eventualmente poderia ter condições financeiras, oferecer, no mínimo para cumprimento da legislação federal questionada nos presentes autos.

A situação atual de lacunas na produção de dados e sua consequente integração numa lógica planificatória de médio e longo prazo pode se agravar quando de eventual implementação de novos arranjos espaciais e institucionais no âmbito do SUS.

¹⁴ § 2º Cabe aos Estados:

[...]

VIII - coordenar a elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual;

Não havendo definição quanto à operacionalidade do sistema tanto no nível funcional e de recursos humanos, quanto no financeiro, torna-se árdua e custosa a definição de novas responsabilidades em um cenário que os encargos de cada ente não estão bem estabelecidos.

Diante desta perspectiva, tanto por razões político-econômicas, quanto pela falta de *expertise* e estrutura de Municípios vizinhos, há o risco de que o MSP esteja a custear o atendimento oncológico de seus municípios vizinhos num patamar além do que sua estrutura físico-orçamentária seja capaz de suportar.

De fato, mesmo com a utilização sistemática de equipamentos municipais para atendimentos de outros municípios, quanto de equipamentos estaduais para o tratamento de usuários residentes na Capital, não foram encontradas evidências sobre repasses ou compensações entre os Municípios, nem entre o Estado e o MSP, na regulamentação atual.

A falta de estudos e dados adequados e de planejamento em relação à demanda, além de ser um dos potenciais causadores das filas de espera atuais, também tem consequências na contratualização dos serviços (como será abordado em subitens seguintes).

b) Critério(s)

Diretrizes do Processo de Planejamento no Âmbito do SUS (Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação MS n.º 01/17).

c) Evidência(s)

Informações prestadas pela ORIGEM quanto a: estimativa de pacientes de outros municípios ou outros estados que utilizam rede municipal (fl. 51 da peça 4); estimativa de munícipes paulistanos que utilizam equipamentos e serviços disponibilizados por outros municípios ou do Estado de SP, localizado em outros municípios (fl. 51 da peça 4).

d) Causa(s)

Ausência de coordenação vertical e horizontal, no âmbito intermunicipal; e falhas na programação e no planejamento de vagas.

e) Efeito(s)

Desarranjo entre disponibilidade e necessidade de vagas.

3.1.13. O número de unidades de serviço habilitadas na alta complexidade em oncologia no Município de São Paulo se encontra aquém da necessidade dimensionada no Plano Estadual

a) Situação encontrada

Demandada sobre a existência de cálculo, estudo e/ou projeção da estrutura ideal para o atendimento aos pacientes oncológicos no MSP, que permitisse a obediência aos prazos prescritos na LF n.º 12.732/12, a ORIGEM relatou o seguinte (fls. 45 e 49 da peça 4):

Não disponibilizamos destes dados, tendo em vista principalmente tratar-se dados globais do município. Em nosso território, temos apenas controle dos pacientes em fila de espera e do tempo médio de agendamento para cada especialidade. Como o agendamento não é de esfera regional, não temos dados sobre as ofertas pactuadas com o município, quer seja nos prestadores municipais, quanto estaduais; (informação prestada pela Regulação da Coordenaria Regional de Saúde – CRS – SUL)

[...]

Sim, conforme Plano de Atenção Oncológica do Estado de São Paulo – versão 2021, disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestr/documentos-de-planejamento-em-saude/plano-estadual-de-oncologia-do-estado-de-sao-paulo>

Ao consultar o conteúdo do referido Plano (fls. 43/90 da peça 10), tem-se que contempla o dimensionamento de Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) para cada território estadual, de acordo com os parâmetros da Portaria MS/SAES n.º 1.399/2019¹⁵, sendo estimado, para a Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 06, composta pelo MSP, o quantitativo de 31 (trinta e uma) unidades, tendo-se que, naquela oportunidade, existiam 15 (quinze) UNACON/CACON, além de 3 (três) Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica (fl. 55 da peça 10).

Consultada sobre a existência de serviços de saúde municipais que, atualmente, estariam habilitados como UNACON e CACON, a ORIGEM listou (fl. 4 da peça 5):

¹⁵ A qual foi posteriormente: alterada pela Portaria n.º 163/20; revogada parcialmente pela Portaria de Consolidação n.º 01/17; e, em período recente, revogada pela Portaria n.º: 688/23.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTROLE DO CANCER (IBCC) CNES 2077590 – UNACON com serviço de Hematologia
- AC CAMARGO CANCER CENTER CNES 2077531 - CACON
- HOSPITAL GRAACC INSTITUTO DE ONCOLOGIA PEDIATRICA IOP CNES 2089696 – UNACON exclusivo de Oncologia Pediátrica
- HOSP MUN GILSON DE CASSIA MARQUES DE CARVALHO CNES 7711980 – UNACON Radioterapia de Complexo Hospitalar

Na referida listagem, somente 1 (um) equipamento seria pertencente à rede própria municipal (Hospital Municipal Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho), haja vista que os demais serviços se referem a parceiros contratualizados pela Pasta.

Ao se consultar a base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), quanto aos Estabelecimentos por Habilitação no Brasil¹⁶, tem o seguinte cenário, em dezembro de 2023:

Tabela 11 – Habilitação de Alta Complexidade em Oncologia, no MSP (posição de dezembro/2023)

Tipo de Habilitação	Gestão Municipal	Gestão Estadual	Total
1706-Unacon	1	3	4
1707-Unacon com Serviço de radioterapia	2	0	2
1708-Unacon com Serviço de hematologia	1	2	3
1709-Unacon com Serviço de oncologia pediátrica	0	1	1
1711-Unacon exclusiva de oncologia pediátrica	1	1	2
1712-Cacon	0	3	3
1713-Cacon com Serviço de oncologia pediátrica	1	2	3
1714-Hospital geral com cirurgia oncológica	0	3	3
Total	6 ¹	15	21

Fonte: Relatório do TABNET – CNES - ESTABELECIMENTOS POR HABILITAÇÃO - BRASIL (fl. 55 da peça 7).

¹ Os valores levam em conta todas as habilitações vigentes e não o número individual de estabelecimentos, haja vista que um mesmo serviço pode ter mais de 1 (uma) habilitação vigente (no caso da Gestão Municipal: os estabelecimentos sob CNES n.º 2077590 e 2089696 possuem 2 – duas – habilitações em vigor).

Vê-se, assim, que o valor encontrado ao final de 2023 (no total de 21 – vinte e uma – habilitações) ainda se apresenta abaixo daquele estimado no Plano de Atenção Oncológica do Estado de São Paulo (de 31 – trinta e uma – unidades), para a RRAS 06, observando que, naquela oportunidade, se levava em conta a estimativa de novos casos na área de oncologia para o ano de 2020, o que pode significar uma estimativa abaixo da realidade para o corrente ano.

¹⁶ Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/habbr.def>, acesso em 02.02.24.

b) Critério(s)

Plano Estadual de Oncologia do Estado de São Paulo (fls. 43/90 da peça 10); Plano de Ação Regional de Oncologia da RRAS 06 – São Paulo (inexistente até então); e Portaria de Consolidação da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES)/MS n.º 01/22.

c) Evidência(s)

Informações prestadas pela ORIGEM quanto a: listagem de unidades e serviços de saúde municipais habilitados como UNACON e CACON (fl. 4 da peça 5); e relatório do TABNET, no âmbito do CNES - ESTABELECEMENTOS POR HABILITAÇÃO - BRASIL (fl. 55 da peça 7).

d) Causa(s)

Insuficiência de recursos; e limitação operacional.

e) Efeito(s)

Oferta de vagas abaixo do necessário.

3.1.14. O Hospital Municipal Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho (Vila Santa Catarina) é o único equipamento pertencente à rede municipal de serviços que possui habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade (UNACON), obtida em novembro de 2023

a) Situação encontrada

Conforme registrado no subitem anterior, a ORIGEM listou os serviços que possuem habilitação como UNACON e CACON em âmbito municipal, tendo indicado, dentre outros, o Hospital Municipal Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho (Vila Santa Catarina) e ainda registrado o seguinte (fl. 4 da peça 5):

[...]

[...] HOSP MUN GILSON DE CASSIA MARQUES DE CARVALHO CNES 7711980, este último habilitado em oncologia pelo Ministério da Saúde ao final de 2023, conforme PORTARIA GM/MS Nº 1.889, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2023

[...]

As unidades são:

[...]

•HOSP MUN GILSON DE CASSIA MARQUES DE CARVALHO CNES 7711980 – UNACON Radioterapia de Complexo Hospitalar

[...]

Na forma de habilitação em Complexo Hospitalar o Hospital Israelita Albert Einstein efetua os tratamentos de Radioterapia não disponíveis no Hospital Municipal Gilson de Cassia Marques de Carvalho. Esta forma de habilitação está prevista na Seção III da PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2022, conforme trecho abaixo:

“Art. 44. Ficam mantidos, na Tabela de Habilitações do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), os seguintes códigos: (Origem: PRT SAES/MS1399/2019, art. 3º, caput)

I - 17.04 Serviço Isolado de Radioterapia; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 3º, I)

[...]

XI - 17.15 Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 3º, XI)

XII - 17.16 Serviço de Oncologia Clínica de Complexo Hospitalar. (Origem: PRT SAES/MS1399/2019, art. 3º, XII)

[...]

§ 2º Mantêm-se os códigos 17.04 Serviço Isolado de Radioterapia e 17.16 Serviço de Oncologia Clínica de Complexo Hospitalar apenas para as habilitações já existentes, não sendo permitida a autorização nem a habilitação de novos serviços isolados de radioterapia (código 17.04) nem de novos serviços de oncologia clínica de complexo hospitalar (código 17.16). (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art.3º, § 2º)

§ 3º Os serviços isolados de radioterapia atualmente existentes poderão ser mantidos até a sua regularização, mediante a formação de complexo hospitalar ou a sua exclusão do SUS. (Origem: PRTSAES/MS1399/2019, art. 3º, § 3º)”

A respeito da habilitação do referido Hospital Municipal (HM), a ORIGEM havia apontado outrora que tal análise era aguardada desde 2022 e que, até sua obtenção, o serviço era custeado integralmente com recursos do tesouro municipal (fl. 52 da peça 4).

Tem-se assim tal novo cenário, com a habilitação do serviço, efetivada por meio da aludida Portaria GM/MS n.º 1.889/23, com repasse federal fixado na monta anual de R\$ 1.867.237,05, operando com efeitos financeiros a partir da 10.^a (décima) parcela de 2023.

b) Critério(s)

Portaria de Consolidação SAES/MS n.º 01/22, em especial na seção que cuida da “Habilitação de Estabelecimentos de Saúde na Alta Complexidade em Oncologia”.

c) Evidência(s)

Informações prestadas pela ORIGEM quanto a: listagem de unidades e serviços de saúde municipais habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade – UNACON – e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – CACON (fl. 52 da peça 4 e fl. 4 da peça 5).

d) Causa(s)

Limitação operacional.

e) Efeito(s)

Dependência de outros equipamentos de saúde.

3.2. Achados Relativos aos Recursos e Contratações para Atendimento das Demandas da Área de Oncologia na Rede Municipal de Serviços de Saúde

3.2.1. O valor estimado de emprego de recursos municipais para realização de despesas para atendimento oncológico, se mantidos os atuais montantes, representará 0,15% do total destinado em 2024 para o Fundo Municipal de Saúde (FMS)

a) Situação encontrada

Uma das questões destacadas para a presente fiscalização era conhecer o atual impacto orçamentário das despesas com demandas da área de oncologia, haja vista que os REPRESENTANTES se insurgiram a respeito de eventual recente cenário de disponibilidade de recursos municipais em “caixa”.

Ao ser consultada sobre o montante de recursos dirigidos ao atendimento oncológico, a ORIGEM assim trouxe (fls. 61, 66 e 72 da peça 4):

[...]no que toca aos recursos federais, não recebemos recursos específicos para ações de oncologia. Desde o advento da Portaria 3992/2017, os recursos estão aglutinados no Bloco de Custeio, como Recursos APS, MAC e Vigilância.

No que toca aos recursos estaduais, o estado em 2021 repassou R\$4.281.556,64 através da Resolução SS 62/2021 recursos de custeio para o fortalecimento do acesso às ações integradas para o rastreamento, detecção precoce e controle do Câncer no Sistema único de Saúde.

[...]

O município de São Paulo disponibiliza a **média mensal de R\$ 2.208.990,50** (dois milhões duzentos e oito mil novecentos e noventa reais e cinquenta centavos) do Tesouro Municipal – Fonte 00 para o atendimento oncológico.

[...]

Do Teto MAC (Média e Alta Complexidade) estabelecido para o Município de São Paulo, proveniente do Fundo Nacional de Saúde / MS, é utilizada a média mensal de R\$ 6.136.691,08 (seis milhões cento trinta e seis mil seiscentos noventa e um reais e oito centavos) para os prestadores especializados para o atendimento oncológico.

[...]

[...] a Coordenadoria de Assistência Hospitalar tem a informar que mantém Termo de Convênio n.º 012/SMS.G/2014 entre a Prefeitura do Município de São Paulo por meio da Secretaria Municipal de Saúde e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein para gerenciamento do Hospital Municipal Gilson de Cássia Marques de Carvalho, voltado ao atendimento oncológico, no **valor mensal de R\$ 31.725.550,47** (trinta e um milhões, setecentos e vinte e cinco mil quinhentos e cinquenta reais e quarenta e sete centavos). (grifo nosso)

A título de comparação, buscou então a AUDITORIA identificar a participação de tais valores sobre o Orçamento Municipal, tomando como referência aquele aprovado para o exercício de 2024, conforme a LM n.º 18.063/23, que aprovou a respectiva Lei Orçamentária Anual (LOA).

Em tal orçamento, temos a fixação de despesas total no montante de R\$ 111.851.681.558, dos quais R\$ 17.840.555.389 seriam destinados ao Fundo Municipal de Saúde (FMS), que representa o custeio municipal na área da saúde, realizado por meio da SMS.

Desta feita, ao se projetar o valor mensal médio estimado de R\$ 2.208.990,50 para um período de 12 (doze) meses (representando a totalidade do exercício de 2024), tem-se o montante de R\$ 26.507.886,00, o qual, apurado sobre o total de recursos fixado para o FMS, alcança uma participação aproximada de 0,15% (quinze centésimos de percentual), próxima de 0,02% (dois centésimos de percentual), se comparado com o total do orçamento municipal.

Não consideramos em tal conta o valor indicado para custeio do HM Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho (Vila Santa Catarina), haja vista que tal serviço não é **exclusivo** da área de oncologia (prestando diversos outros serviços), todavia, a título de referência, se considerado o valor mensal de R\$ 31.725.550,47, tem-se o montante anual de R\$ 380.706.605,64, que representa 2,13% (dois inteiros e treze centésimos de percentual) do orçamento do FMS e 0,34% (trinta e quatro centésimos de percentual) do orçamento total municipal.

b) Critério(s)

Volume de recursos destinados ao FMS para 2024 (conforme LOA, aprovada pela LM n.º 18.063/23); princípio da Descentralização; e lógica de financiamento do SUS.

c) Evidência(s)

Informações prestadas pela ORIGEM quanto a: montante (mensal/anual) de recursos municipais atualmente destinado ao atendimento oncológico; e montante de recursos federais e/ou estaduais enviados ao município exclusivamente para o atendimento oncológico (fls. 61, 66 e 72 da peça 4).

d) Causa(s)

Decisão orçamentária e de planejamento frente a outras demandas.

e) Efeito(s)

Limitação da oferta de serviços em função da alocação de recursos.

3.2.2. Não foi possível avaliar a adequação do dimensionamento do financiamento das ações de saúde necessárias no Município de São Paulo na área de oncologia

a) Situação encontrada

O principal objetivo deste ponto era a busca por compreender se as demoras na fila de atendimento na área de oncologia poderiam estar sendo motivadas por falta de recursos, considerando a lógica trazida pelos REPRESENTANTES e o achado contido no subitem anterior.

As respostas apresentadas pela ORIGEM a respeito do tema podem ser assim repisadas (fls. 61, 66 e 72 da peça 4):

[...] esclarecemos que no que toca aos recursos federais, não recebemos recursos específicos para ações de oncologia. Desde o advento da Portaria 3992/2017, os recursos estão aglutinados no Bloco de Custeio, como Recursos APS, MAC e Vigilância.

No que toca aos recursos estaduais, o estado em 2021 repassou R\$4.281.556,64 através da Resolução SS 62/2021 recursos de custeio para o fortalecimento do acesso às ações integradas para o rastreamento, detecção precoce e controle do Câncer no Sistema único de Saúde.

Com base no SOF, abaixo relatório dos valores executados nas fontes de recurso municipal, federal e estadual no exercício de 2023.

EMPRESA PROCESSO	FONTE DE RECURSO							Total Geral
	00.1.500.9001	00.2.500.7030	02.1.600.1168	02.1.706.1168	02.2.600.0654	03.1.621.0730		
INST. BRAS. DE CONTROLE DO CANCER	R\$ 1.446.972,74	R\$ 100.000,00	R\$ 44.509.976,51	R\$ 225.000,00	R\$ 414.624,48	R\$ 82.618,70	R\$ 46.779.192,43	
6018201800544442	R\$ 1.446.972,74		R\$ 38.794.985,81			R\$ 82.618,70	R\$ 40.324.577,25	
6018202300487677			R\$ 100.000,00				R\$ 100.000,00	
6018202300549273			R\$ 5.614.990,70		R\$ 414.624,48		R\$ 6.029.615,18	
6018202300650845				R\$ 225.000,00			R\$ 225.000,00	
6018202301008314		R\$ 100.000,00					R\$ 100.000,00	
Total Geral	R\$ 1.446.972,74	R\$ 100.000,00	R\$ 44.509.976,51	R\$ 225.000,00	R\$ 414.624,48	R\$ 82.618,70	R\$ 46.779.192,43	

[...]

O município de São Paulo disponibiliza a média mensal de R\$ 2.208.990,50 (dois milhões duzentos e oito mil novecentos e noventa reais e cinquenta centavos) do Tesouro Municipal – Fonte 00 para o atendimento oncológico.

[...]

Do Teto MAC (Média e Alta Complexidade) estabelecido para o Município de São Paulo, proveniente do Fundo Nacional de Saúde / MS, é utilizado a média mensal de R\$ 6.136.691,08 (seis milhões cento trinta e seis mil seiscentos noventa e um reais e oito centavos) para os prestadores especializados para o atendimento oncológico.

[...]

[...] a Coordenadoria de Assistência Hospitalar tem a informar que mantém Termo de Convênio n.º 012/SMS.G/2014 entre a Prefeitura do Município de São Paulo por meio da Secretaria Municipal de Saúde e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein para gerenciamento do Hospital Municipal Gilson de Cássia Marques de Carvalho, voltado ao atendimento oncológico, no valor mensal de R\$ 31.725.550,47 (trinta e um milhões, setecentos e vinte e cinco mil quinhentos e cinquenta reais e quarenta e sete centavos).

Assim, para o mesmo questionamento, foram fornecidas distintas respostas, com valores desacompanhados de decomposição, dotação ou período de competência.

Desta forma, inexistindo eventual ponderação sobre o nível de suficiência – ou insuficiência – dos recursos financeiros frente às demandas no MSP, recordando ainda as lacunas para identificação de tais demandas (conforme destacado em subitens anteriores), não foi possível avaliar o dimensionamento das ações do ponto de vista financeiro, nem se eventualmente há problemas ou desproporção/distorção no montante de financiamento tripartite dos serviços na área de oncologia, limitando, portanto, qualquer conclusão positiva sobre a adequação do planejamento sobre a questão.

b) Critério(s)

Princípio da Descentralização; e lógica de financiamento do SUS.

c) Evidência(s)

Informações prestadas pela ORIGEM quanto a: montante de recursos municipais atualmente dirigido ao atendimento oncológico; montante de recursos federais e/ou estaduais enviados ao município exclusivamente para o atendimento oncológico; e existência de compensação financeira do município ao estado de SP pela utilização de suas instalações e vice-versa (fls. 61, 66 e 72 da peça 4).

d) Causa(s)

Ausência de segregação que possibilite a obtenção dos valores; diversidade de fontes de informação conforme fontes de recursos.

e) Efeito(s)

Limitação para avaliação da eficiência e eficácia da aplicação dos recursos na área de oncologia.

3.2.3. O modelo atual de contratualização dos serviços de oncologia não supre integralmente as demandas da Municipalidade

a) Situação encontrada

A Central de Regulação de Oncologia, pertencente à Coordenadoria de Regulação, trata basicamente da regulação das filas de espera, ou seja, é uma atividade-meio de organização de

acesso ao tratamento e depende de diversos outros setores já citados nos subitens anteriores, como Setor de Contratos, Gabinete, etc.

Em relação aos aspectos contratuais, que estão presentes na totalidade dos serviços providos pelo Município na área de oncologia, nota-se a complexidade em se expandir a contratualização de tais demandas, notadamente em virtude de que tal tipo de atendimento é reconhecidamente caro e complexo, havendo um reduzido número de prestadores aptos a realizá-lo.

Para os prestadores que aceitam prestar os serviços na área, surgem diversas restrições e dificuldades para sua operacionalização, tendo a ORIGEM observado que (fl. 52 da peça 4):

A união proveu alguns recursos através da “Portaria 237 de 08 de março de 2023”, com o programa de redução das filas de espera. Mas, cabe informar, que a Tabela SIGTAP/SUS não é corrigida há cerca de 20 anos, o que dificulta muito a contratação de serviços privados para complementação dos serviços SUS.

Assim, mesmo com a complementação de valores com recursos provenientes do Tesouro Municipal, persiste uma limitação financeira para a contratação de serviços.

Tem-se, na prática, que alguns serviços e tratamentos não são oferecidos pela sua alta complexidade, haja vista que, em suas análises de viabilidade, muitas prestadoras optam por não incluir tal prestação nas contratualizações firmadas com a Municipalidade.

As prestadoras, a despeito de seu papel e atuação sociais, se pautam pela realidade de mercado e pela viabilidade financeira de suas operações, oferecendo ao poder público o que é conveniente dentro de sua estrutura de capital.

Não somente no âmbito da oncologia, o MSP é altamente dependente de operadores privados na área da saúde, que podem, a qualquer momento, respeitadas as condições pactuadas, parar de oferecer ou simplesmente recusar a prestação deste ou daquele serviço, tendo-se que a submissão a uma lógica dependente de mercado traz riscos e limitações ao modelo contratual de serviços de saúde e possibilitam gargalos em seu funcionamento.

Assim, sobretudo no âmbito da oncologia, em que não se encontra a integral disponibilidade de prestadores para o atendimento da totalidade das demandas, restam questionamentos a respeito da efetividade do planejamento e da análise das contratualizações da ORIGEM e de como tais

decisões têm impactado na oferta de serviços que a população necessita, no mínimo para garantir os prazos mínimos determinados na LF n.º 12.732/12.

b) Critério(s)

Saúde enquanto Direito de Todos e Dever do Estado (Artigo 196 da Constituição Federal – CF – de 1988); princípio da Universalidade de Acesso aos Serviços de Saúde em Todos os Níveis de Assistência (Inciso I do Artigo 7.º da Lei Federal – LF – n.º 8.080/90); LF n.º 12.732/12, com a inclusão feita pela LF n.º 13.896/19.

c) Evidência(s)

Informações prestadas pela ORIGEM quanto a: forma de quantificação da oferta de serviços de oncologia aos munícipes (fl. 52 da peça 4).

d) Causa(s)

Dependência de prestadores externos; insuficiência de rede própria de serviços; e limitação operacional.

e) Efeito(s)

Insuficiência da oferta dos serviços de saúde.

3.2.4. Foi identificado, entre 2020 e 2023, um incremento superior a 51% de valores pagos aos principais parceiros que atendem demandas na área de oncologia, contratualizadas pela Municipalidade

a) Situação encontrada

Ainda sobre o volume de recursos financeiros destinados à área de oncologia no âmbito do MSP, a ORIGEM foi consultada sobre contratos que ofereceriam atendimento oncológico (diagnóstico e tratamento) aos munícipes e principais parceiros/prestadores que atendem as demandas municipais na área de oncologia, tendo respondido que (fl. 72 da peça 4 e fl. 4 da peça 5):

[...] a Coordenadoria de Assistência Hospitalar tem a informar que mantém Termo de Convênio n.º 012/SMS.G/2014 entre a Prefeitura do Município de São Paulo por meio da Secretaria Municipal de Saúde e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein para gerenciamento do Hospital Municipal

Gilson de Cássia Marques de Carvalho, voltado ao atendimento oncológico, no valor mensal de R\$ 31.725.550,47 (trinta e um milhões, setecentos e vinte e cinco mil quinhentos e cinquenta reais e quarenta e sete centavos).

[...]

Os prestadores habilitados em Oncologia pelo Ministério da Saúde e conveniados com esta SMS para atendimento integral de pacientes oncológicos são: INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTROLE DO CANCER (IBCC) CNES 2077590, AC CAMARGO CANCER CENTER CNES 2077531, HOSPITAL GRAACC INSTITUTO DE ONCOLOGIA PEDIATRICA IOP CNES 2089696 e HOSP MUN GILSON DE CASSIA MARQUES DE CARVALHO CNES 7711980, este último habilitado em oncologia pelo Ministério da Saúde ao final de 2023, conforme PORTARIA GM/MS Nº 1.889, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2023.

Considerando os prestadores indicados – IBCC, A. C. Camargo (Fundação Antônio Prudente) e GRAACC – e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital “Albert Einstein”, que gerencia as atividades assistenciais no HM Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho (Vila Santa Catarina), foi possível identificar, a partir de relatórios do Sistema de Orçamento e Finanças – SOF (peça 9), o volume de recursos destinados aos mesmos, entre os anos de 2020 a 2023, buscando analisar eventual modificação de seu financiamento no período:

Tabela 12 – Valores Pagos a Prestadores de Serviços – Área de Oncologia

Credor	Processo(s)	Contrato	Em R\$				Total
			2020	2021	2022	2023	
IBCC	6018.2018/0054444-2	Convênio n.º 026/SMS.G/2018	49.486.602,79	48.107.344,96	58.296.633,23	44.573.497,47	200.464.078,45
A.C. Camargo	6018.2018/0015403-2	Convênio n.º 027/SMS-G/2018	38.848.913,69	35.463.297,74	32.162.064,16	47.316.182,94	153.790.458,53
GRAACC	6018.2018/0007326-1	Convênio n.º 006/SMS-G/2018	15.099.972,94	16.146.937,97	20.507.710,91	5.816.034,38	57.570.656,20
Albert Einstein	2014-0.169.310-1 6110.2021/0004152-7	Termo de Convênio n.º 012/SMS.G/2014	253.380.134,40	339.748.440,31	468.482.499,90	442.796.725,48	1.504.407.800,09
Total			356.815.623,82	439.466.020,98	579.448.908,20	540.502.440,27	1.916.232.993,27

Fonte: Relatórios do SOF (peça 9).

Os valores registrados permitem observar:

- Relevante acréscimo entre 2020 e 2021, superior a 23% (vinte e três por cento);
- Relevante acréscimo entre 2021 e 2022, próximo de 32% (trinta e dois por cento);

- Redução entre 2022 e 2023, próxima de 7% (sete por cento);
- Relevante acréscimo final, entre 2020 e 2023, superior a 51% (cinquenta e um por cento);
- Destinação de R\$ 1,9 bilhão de recursos, entre 2020 a 2023, aos prestadores listados.

b) Critério(s)

Valores pagos (inclusive Restos a Pagar) em 2020 (tomado como paradigma e referência) a fornecedores contratualizados.

c) Evidência(s)

Informações prestadas pela ORIGEM quanto a: Contratos de Gestão que oferecem atendimento oncológico (diagnóstico e tratamento) aos munícipes e principais parceiros e prestadores que atendem as demandas municipais na área de oncologia (fl. 72 da peça 4 e fl. 4 da peça 5); e total de pagamentos aos prestadores listados conforme relatórios do SOF (peça 9).

d) Causa(s)

Decisão orçamentária e de planejamento financeiro.

e) Efeito(s)

Limitação da oferta de serviços em função da alocação de recursos.

3.2.5. Não foram evidenciados os parâmetros necessários de planejamento para a pactuação das contratualizações de serviços na área de oncologia

a) Situação encontrada

Conforme registrado acima, os serviços na área de oncologia atualmente são providos por meio de contratualização, a qual pode ser compreendida em 2 (duas) frentes:

- Gerenciamento de Serviço de Saúde:

Tendo a ORIGEM indicado que (fl. 72 da peça 4);

[...] a Coordenadoria de Assistência Hospitalar tem a informar que mantém Termo de Convênio n.º 012/SMS.G/2014 entre a Prefeitura do Município de São Paulo por meio da Secretaria Municipal de Saúde e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein para gerenciamento do Hospital Municipal Gilson de Cássia Marques de Carvalho, voltado ao atendimento oncológico, no valor mensal de R\$ 31.725.550,47 (trinta e um milhões, setecentos e vinte e cinco mil quinhentos e cinquenta reais e quarenta e sete centavos).”

Sendo objeto do referido convênio (fl. 75 da peça 8):

Gerenciamento das atividades assistenciais no Hospital Municipal da Vila Santa Catarina, atualmente denominado Hospital Municipal Gilson de Cássia Marques de Carvalho [...] para a prestação gratuita de serviços de atenção à saúde de usuários, no âmbito do Sistema Único da Saúde.

- Contratos de Assistência Complementar (CAC):

Constando informação da ORIGEM de que (fl. 4 da peça 5):

Os prestadores habilitados em Oncologia pelo Ministério da Saúde e conveniados com esta SMS para atendimento integral de pacientes oncológicos são: INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTROLE DO CANCER (IBCC) CNES 2077590, AC CAMARGO CANCER CENTER CNES 2077531, HOSPITAL GRAACC INSTITUTO DE ONCOLOGIA PEDIATRICA IOP CNES 2089696 e HOSP MUN GILSON DE CASSIA MARQUES DE CARVALHO CNES 7711980, este último habilitado em oncologia pelo Ministério da Saúde ao final de 2023, conforme PORTARIA GM/MS Nº 1.889, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2023.

De modo que os prestadores indicados (IBCC, A. C. Camargo e GRAACC) detém convênios junto à Municipalidade com objeto de “prestação de assistência à saúde, para atender a demanda submetida à regulação do Complexo Regulador Municipal” (fls. 1, 98 e 120 da peça 8).

Ocorre que, como visto anteriormente, o documento que a ORIGEM cita como parâmetro planificatório para as demandas na área de oncologia é o Plano de Atenção Oncológica do Estado de São Paulo, que não define, de forma objetiva, quantitativos, prazos, metas, indicadores e responsabilidades de cada participante, não indicando, assim, os elementos suficientes para se estruturar o complexo planejamento da respectiva política pública.

Recordamos que a CR, na manifestação inicial da ORIGEM, procurou enfatizar suas responsabilidades e competências (fls. 1/2 da peça 14 do [TC 010968/2023](#)):

Ao que cabe à Coordenadoria de Regulação:

- Realiza a **gestão das filas de espera**, analisando continuamente: Filas de Espera, Fluxos de Entrada, Oferta Média em diferentes prestadores; Tempo Médio para Agendamento;
- **Pactuações** com os diferentes prestadores para adequações de agendas para atendimento das especificidades da fila de espera;
- Monitoramento das agendas à luz da **Portaria 341/2020**, para atendimento da fila de espera do Complexo Regulador e Regulações Regionais;
- Ações periódicas de qualificação da fila de espera, cadastro do usuário, privilegiando o agendamento adequado no tempo oportuno;
- Aponta as diferentes **necessidades** aos setores envolvidos, como Atenção Especializada, Setor de Contratos, Gabinete, etc.;
- Realiza **reuniões** com Setor de Contratos, Atenção Básica e Especializada para discussão referente as demandas, contratos vigentes, novas contratações, avaliações, entre outras;
- Realiza **interlocução** com prestadores para propor repactuações pertinentes junto ao setor de contratos;
- **Orienta e discute** com os colaboradores reguladores e apoiadores do setor quanto a ações para diminuição de perda primária e secundária das ofertas; (grifo no original)

Os itens acima grifados se relacionam, de alguma forma, a aspectos relativos a formação e definição contratual, em seus aspectos qualitativos e quantitativos.

Todavia, conforme já salientado, não foi fornecida nenhuma evidenciação e formalização de como tais procedimentos acontecem, quais dados são utilizados, quais ferramentas quantitativas e qualitativas são aproveitadas nas referidas discussões. Enfim, não houve elementos que permitissem compreender com assertividade a lógica de construção das cláusulas das contratualizações firmadas pela ORIGEM no tocante aos serviços da área de oncologia, sendo relevante tal discussão, notadamente na fase interna dos trâmites contratuais, bem como para a percepção como um todo da demanda municipal.

De fato, não foi possível realizar uma correlação entre a lógica empregada para os formatos de contratualização e as expectativas previstas a partir do Plano de Atendimento Oncológico Estadual de São Paulo (fls. 43/90 da peça 10), diante ainda da real situação de existência de filas de espera para as demandas da área, conforme enumerado em subitens anteriores.

b) Critério(s)

Diretrizes do Processo de Planejamento no Âmbito do SUS (Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação MS n.º 01/17).

c) Evidência(s)

Informações prestadas pela ORIGEM quanto a: forma de quantificação da oferta de serviços de oncologia; e principais parceiros e prestadores que atendem as demandas municipais na área de oncologia (fl. 72 da peça 4 e fl. 4 da peça 5).

d) Causa(s)

Ausência de parâmetros gerais norteadores; e estratificação de informações conforme cada contratação.

e) Efeito(s)

Perda de efetividade no planejamento da política pública de saúde.

3.3. Achados Relativos às Competências para Atendimento das Demandas de Demandas da Área de Oncologia no Município de São Paulo

3.3.1. A lógica de pactuação de competências e atribuições entre os entes federativos, no âmbito da Política Nacional de Regulação (PNR), traz limitações e desafios para a integração das ações e serviços de saúde, com exemplo quanto à área de oncologia

a) Situação encontrada

Conforme desenvolvido ao longo da presente fiscalização, o atendimento oncológico faz parte do sistema de Regulação, o qual pode ser melhor compreendido por meio da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (PNR) – contida no Anexo XXVI da Portaria de Consolidação MS n.º 02/17 –, que assim indica em seus artigos iniciais:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.

[...]

Art. 2º As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

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.

Assim, é necessário frisar que não há um atendimento oncológico municipal autônomo e isolado, nem mesmo quando se trata do Município de São Paulo.

Embora a PNR revele uma partição matricial de funções e responsabilidades relativamente aos 3 (três) entes federativos, na qual, em tese, cada um dos Estados e Municípios, juntamente com a União, veria sua competência definida no âmbito do planejamento, execução e financiamento das ações relativas aos serviços regulados, nota-se pouca clareza, em tal documento, em relação a desdobramentos que cheguem até o nível operacional, revelando nuances e lacunas para efetivação da implementação dos serviços.

Uma das possíveis razões para tal situação é justamente a redação da citada norma, sendo exemplo a distribuição de competências entre Estados e Municípios:

Art. 10. Cabe à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal exercer, em seu âmbito administrativo, as seguintes atividades:

[...]

§ 2º Cabe aos Estados:

I - cooperar tecnicamente com os Municípios e regiões para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação.

II - compor e avaliar o desempenho das redes regionais de atenção à saúde;

III - realizar e manter atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;

IV - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos nacionais;

V - operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual e/ou regional;

VI - operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;

VII - estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre Estados;

VIII - coordenar a elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual;

IX - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS;

X - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados;

XI - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e

XII - elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal.

§ 3º Cabe aos Municípios:

I - operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em co-gestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais;

II - viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização;

III - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais;

IV - regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos;

V - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada;

- VI - atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;
- VII - operar o Centro Regulador de Alta Complexidade Municipal conforme pactuação e atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;
- VIII - realizar e manter atualizado o cadastro de usuários;
- IX - realizar e manter atualizado o cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde;
- X - participar da elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual;
- XI - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS;
- XII - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados;
- XIII - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e
- XIV - elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal.

A listagem acima se revela oportuna na medida em que possibilita notar a profusão de verbos como “cooperar”, “coordenar” e “avaliar”, sem que haja um desdobramento objetivo destas etapas preparatórias em atividades de execução. Em outras palavras, em sua larga maioria, foram definidas etapas de atividades-meio, mas não há definições suficientes sobre a responsabilidade em relação às atividades-fim.

Um dos raros exemplos de atividade finalística é a contratualização dos prestadores de saúde, que é tanto responsabilidade dos Estados (inciso XI do § 2.º,) quanto dos Municípios (inciso XIII do § 3.º), porém, ainda assim, não se vislumbra, no texto, eventual distribuição estimada entre os entes, ou ainda cronogramas e sanções em caso de descumprimento.

Ainda há as atribuições da União, e também há questões que são de responsabilidade dos 3 (três) entes de maneira concomitante, o que amplifica o desarranjo funcional e operacional das atividades da PNR.

Tal situação repercute, por exemplo, na aplicação da LF n.º 12.732/12, que embasou a REPRESENTAÇÃO citada na presente fiscalização.

Não há indicação, no referido texto legal, de qual ente federativo é o responsável pelo cumprimento dos prazos, tanto no aspecto operacional (quem deve realizar os referidos exames e dar início ao correspondente tratamento), quanto no orçamentário (quem e em que medida deve financiar a prestação dos respectivos serviços necessários), portanto não há como se ponderar, de forma objetiva, quem deveria ser penalizado por eventuais descumprimentos legais.

Tal construção, verificada na PNR e na LF n.º 12.732/12, traz um cenário de ausência de operacionalidade e de coercitividade, corroborado pela insuficiência de clareza em relação a desdobramentos de processos e competências que cheguem até o nível operacional da prestação dos serviços de saúde, em atendimento aos respectivos usuários.

b) Critério(s)

Política Nacional de Regulação do SUS (Anexo XXVI da Portaria de Consolidação MS n.º 02/17); Princípio da Descentralização; e Plano Estadual de Oncologia do Estado de São Paulo (fls. 43/90 da peça 10); Plano de Ação Regional de Oncologia da RRAS 06 – São Paulo (inexistente até então).

c) Evidência(s)

Informações prestadas pela ORIGEM quanto a: diploma(s) normativo(s) ou tratativas internas que disponham sobre a responsabilidade de cada ente da Federação na lógica da Regulação (fls. 48/49 da peça 4), os quais possibilitaram um melhor aprofundamento sobre o tema discutido; lógica de centralização e/ou coordenação entre os entes federativos para decisões sobre aumento ou redistribuição da oferta de serviços oncológicos (fl. 51 da peça 4).

d) Causa(s)

Complexidade para manejo dos Princípios da Descentralização, Regionalização e Hierarquização.

e) Efeito(s)

Perda de eficiência, eficácia e efetividade na programação e execução dos serviços de saúde; conflitos entre os entes; e ausência de responsabilização dos entes.

3.3.2. A deficiência na oferta de serviços na área de oncologia é amplificada por uma ineficiente coordenação entre os entes federativos no âmbito da Política Nacional de Regulação (PNR)

a) Situação encontrada

Enquanto desdobramento prático e específico do subitem anterior, reitera-se que, no âmbito normativo e/ou administrativo, não foram encontradas evidências de que haja um direcionamento objetivo a questões práticas da Regulação na área de oncologia, como por exemplo:

- Quem, dentre os entes federativos, é responsável pela criação de vagas;
- Quem, dentre os entes federativos, é responsável pela oferta / realização de exames;
- Quem, dentre os entes federativos, e em que medida deve financiar tais despesas.

Tais questões suscitam dúvidas sobre a efetividade da coordenação em nível infrafederal, entre Estados e Municípios.

A fim de investigar tal quesito, a ORIGEM foi questionada sobre a existência de centralização ou coordenação entre os entes federativos para decidir sobre aumento ou redistribuição da oferta de serviços oncológicos, tendo se posicionado da seguinte forma (fl. 51 da peça 4):

O “Situacional” relativo à Oncologia tem sido permanentemente discutido em espaços oficiais entre SES e SMS (GT Regulação, GT Oncologia, CIR, CIB, etc.)

Cabe informar, que houve um aumento significativo da demanda em oncologia (tanto exames para diagnóstico, como fila de acesso a tratamento), após o término da Pandemia COVID 19 e a retomada dos atendimentos assistências pela rede, o que determinou a demanda reprimida atual, e que tem tentado ser resolvida.

Assim, nos termos da resposta fornecida, a coordenação da questão entre Estado e Município parece se referir apenas ao acompanhamento operacional das atividades, destacada ainda a ausência de menção do papel da União em tal fluxo.

O que resta evidenciado (na perspectiva entre Estado e Município) é a falta de clareza na distribuição de responsabilidades, tanto no âmbito normativo quanto funcional.

Em questionamento sobre a existência de outro diploma normativo, ou tratativas internas, que disponha sobre a responsabilização objetiva de cada ente da Federação diante da lógica da Regulação, a ORIGEM indicou (fl. 51 da peça 4):

Sim. O PLANO DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, elaborado pelo Grupo Condutor Bipartite de Doenças Crônicas Não Transmissíveis da Secretaria Estadual da Saúde, disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/plano-estadual-de-oncologia-do-estado-de-sao-paulo>

Assim, nota-se que não foi referenciado documento próprio ou plano municipal específico tratando da questão, embora a elaboração do documento estadual tenha contado com a participação da SMS, tendo-se que o mesmo é tido como o principal, talvez único, elemento na norteação do quantitativo de vagas que o MSP precisaria cuidar.

O conteúdo do plano estadual (fls. 43/90 da peça 10) permite conhecer sua vocação histórico-estatística, a partir da qual são constatados, à sua maneira, problemas enfrentados e soluções propostas, considerando a análise de diversos tipos de câncer.

O documento, todavia, não alcança o aspecto de responsabilização dos respectivos entes federativos, no dimensionamento e na posterior contratação de vagas e serviços.

De fato, apenas em seu item 5.1 (Atendimento cirúrgico, quimioterapia e radioterapia) foram segmentadas as estratégias de ação por ente público, ainda assim de maneira vaga e pouco aplicável na prática:

Nós críticos:

1. Número de serviços de oncologia habilitados, frente aos parâmetros da portaria ministerial 1399;
2. Financiamento parcial da rede de oncologia frente aos parâmetros da portaria ministerial 1399;
3. Produção apontada é menor que a produção realizada por falta de resolução das pendências no SAIPS de prestadores oncológicos sob gestão estadual (CGCSS e CSS) e municipal;
4. Prestadores com produção menor do que o parâmetro estimado pela portaria ministerial 1399;

Ações propostas:

[...]

Junto a SES-SP

1. Regularizar pendências no SAIPS
2. Avaliar oferta dos prestadores com produção menor do que o parâmetro estimado pela portaria ministerial 1399;
3. Rever programação da rede de oncologia x produção x parâmetros portaria.

Junto aos municípios:

1. Regularizar pendências no SAIPS
2. Avaliar oferta dos prestadores com produção menor do que o parâmetro estimado pela portaria ministerial 1399;
3. Rever com gestor municipal, solução para locais onde os equipamentos de radioterapia estão quebrados. (grifo no original) (fl. 80 da peça 10)

Nota-se que embora tenham sido identificadas como “nós críticos”, questões práticas relativas ao quantitativo de atendimentos, ao controle da produtividade de contratadas e de financiamento, as ações propostas são vagas (novamente com a utilização de verbos como “avaliar”, “rever”, etc.), sem que haja de fato um plano de ação com desdobramento funcional, avaliação quantitativa, execução e prazo de avaliação, tampouco responsabilização dos entes por atividade, criação de vagas, contratação de exames, cronograma etc.

Não se discute, em seu conteúdo, por exemplo, qual o papel dos Municípios neste contexto planificatório, sobretudo quais suas responsabilidades e o custo de tais ações.

A exemplo da PNR, a leitura do referido plano não permite ao leitor, seja ele cidadão seja ele gestor público, confirmar com clareza quem faz o quê, ou quem deveria fazer em relação à oferta de serviços oncológicos nos Municípios de São Paulo, tal qual esta Capital.

Ao se deparar com questões como aquelas trazidas na REPRESENTAÇÃO aqui acostada, contemplando deficiências na oferta de serviços e o descumprimento de prazos mínimos para demandas na área de oncologia, resta a dúvida sobre quem é o responsável e quem deve implementar as ações necessárias para sua solução.

A título de exemplificação, no caso citado pela reportagem indicada na REPRESENTAÇÃO, a paciente residente no MSP foi atendida em unidade estadual após longo período de espera e,

embora a responsabilidade tenha sido atribuída ao Município, na narrativa jornalística de maneira exclusiva, nota-se que o Estado é igualmente responsável pela oferta de vagas e serviços e que a União é igualmente, talvez precipuamente, responsável pelo financiamento do serviço.

Ao ser consultada sobre a estimativa de munícipes paulistanos que utilizam equipamentos e serviços disponibilizados por outros municípios ou do Estado de São Paulo, localizado em outros municípios, a ORIGEM apresentou a seguinte devolutiva (fl. 51 da peça 4):

Atualmente a oferta para acesso oncológico abrange cerca de 1.100 vagas, sendo cerca de 50% de acessos em estabelecimentos municipais e/ou contratualizados pelo município, e 50% por equipamentos estaduais e/ou contratualizados pelo estado.

A partir dessa resposta, nota-se a importância de esta Municipalidade buscar maior integração entre os 2 (dois) entes (Estado e Município) e a necessidade de se estabelecer planos, metas e indicadores a partir de estudos coerentes com a realidade municipal e intermunicipal do Estado de São Paulo.

O cenário geral encontrado denota um papel, em âmbito municipal, mais de acompanhamento operacional, exercido pela Coordenadoria de Regulação, sem evidências de um planejamento de médio e longo prazo, sobretudo em relação ao período posterior à pandemia de COVID-19, que trouxe novos desafios às demandas da área de oncologia, haja vista o foco da saúde pública em tal complexo período. Deste modo, novamente, conclui-se que a atribuição, o controle e a responsabilização por eventuais falhas de dimensionamento no serviço prestado de maneira inadequada e/ou insuficiente se tornam inviáveis na prática, em especial diante da ausência de delimitação objetiva sobre questões práticas da política pública relativa ao tema.

b) Critério(s)

Política Nacional de Regulação do SUS (Anexo XXVI da Portaria de Consolidação MS n.º 02/17); princípio da Descentralização; e Plano Estadual de Oncologia do Estado de São Paulo (fls. 43/90 da peça 10).

c) Evidência(s)

Informações prestadas pela ORIGEM quanto a: registros de fluxo informacional entre os entes envolvidos a respeito da Regulação de demandas na área de oncologia; evidenciação no

cumprimento de responsabilidades e eventuais metas por parte do MSP; e metodologia de definição da municipalização dos atendimentos na área de oncologia (fl. 51 da peça 4).

d) Causa(s)

Complexidade para manejo dos princípios do SUS de Descentralização, Regionalização e Hierarquização.

e) Efeito(s)

Perda de eficiência, eficácia e efetividade na programação e execução dos serviços de saúde; conflitos entre os entes; e ausência de responsabilização dos entes.

3.3.3. Não foi identificada publicização relativa ao Plano de Ação Municipal e/ou Regional de Prevenção e Controle do Câncer do Município de São Paulo

a) Situação encontrada

Além da existência do Plano Estadual de Oncologia do Estado de São Paulo (fls. 43/90 da peça 10), encontrava-se prevista a elaboração de Planos de Ação Regional de Prevenção e Controle do Câncer no Estado de São Paulo, aplicáveis a cada RRAS do Estado.

Tal previsão pode ser verificada, por exemplo, na Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite de São Paulo (CIB-SP) n.º 15/14 (fls. 1/8 da peça 10), que registrava em seu Anexo I:

[...]

Diretriz 3

O grupo condutor Municipal elaborará o Plano de Ação Municipal de Prevenção e Controle do Câncer. Este plano será baseado em diagnóstico situacional, a partir da análise dos dados demográficos e epidemiológicos, dimensionando as necessidades e a oferta de ações e serviços de saúde em relação ao cuidado, considerando a Portaria MS/SAS 140 de 27 de fevereiro de 2014. O plano deverá ser aprovado na CIR.

Diretriz 4

O Grupo Condutor Regional deverá elaborar o Plano de Ação Regional, baseado nas informações dos planos de ações dos municípios, mediante diagnóstico situacional da região, integrado na RRAS. O Plano Regional deverá ser aprovado na CIR – CGR e apresentado no CG Redes.

Diretriz 5

O Plano de Ação de Prevenção e Controle do Câncer será configurado segundo o desenho das RRAS ou inter RRAS, e planejado considerando a estimativa de incidência dos cânceres em uma determinada população, traduzida inicialmente como necessidade, respeitando os parâmetros da Portaria MS /SAS nº 140 de 27 de fevereiro de 2014, frente à oferta dos serviços de referência. Se não realizar todos os procedimentos dentro do território da RRAS, é necessário especificar, o CNES, do serviço de referência que receberá os casos encaminhados.

[...]

Diretriz 14

No Plano de Atenção Regional, serão definidos os indicadores e as metas utilizados para avaliação e acompanhamento de cada eixo. (grifo no original)

Em período mais recente, temos o advento dos seguintes normativos no âmbito da CIB-SP:

- Deliberação CIB n.º 09/20 (fls. 14/18 da peça 10), que "aprova a Nota Técnica com as diretrizes para a readequação dos Planos de Ação Regional de Prevenção e Controle do Câncer no Estado de São Paulo";
- Deliberação CIB n.º 80/21 (fls. 19/23 da peça 10), que "aprova e atualiza a Nota Técnica CIB – Diretrizes para a readequação dos Planos de Ação Regional de Prevenção e Controle do Câncer, no Estado de São Paulo" e estabeleceu que os Planos de Ação deveriam ser enviados até 30.11.21;
- A Deliberação CIB n.º 162/21 (fls. 24/28 da peça 10), que "aprova e atualiza a Nota Técnica CIB – Diretrizes para a readequação dos Planos de Ação Regional de Prevenção e Controle do Câncer, no Estado de São Paulo" e estabeleceu novo prazo para envio dos Planos de Ação, até 28.02.22, contemplando em seu Anexo I as seguintes diretrizes:

Diretriz 2

A revisão do plano deverá estar em consonância com o Planejamento Regional Integrado (PRI) e ser aprovada em instância colegiada – CIB e CIR;

Diretriz 3

O Grupo Condutor Regional deverá ser instituído novamente para revisão do Plano de Ação Regional de Prevenção e Controle do Câncer, sendo composto por membros da gestão estadual e municipais, com republicação dos mesmos;

Diretriz 4

O Grupo Conductor Regional deverá elaborar o Plano de Ação Regional, mediante diagnóstico situacional da região, integrado na RRAS. O Plano Regional deverá ser aprovado na CIR e homologado em CIB.

Diretriz 5

Os Planos de Ação Regionais serão encaminhados e analisados pelo Grupo Conductor Estadual que emitirá parecer e posteriormente encaminhar para deliberação CIB.

[...]

Diretriz 10

Monitoramento e avaliação

O monitoramento das ações propostas no Plano de Atenção para o Diagnóstico e o Tratamento do Câncer do Estado deverá ser feito utilizando minimamente os indicadores pré-definidos abaixo, associadas aos resultados de cada eixo, com a finalidade de fornecer informações sobre o progresso e o alcance dos objetivos esperados. As metas, ações e prazos deverão ser definidas no âmbito das RRAS e pactuadas nas CIR. Poderão ser pactuados outros indicadores, caso necessário, desde que sejam monitorados regionalmente.

Considerando tal definição e prazo, era de se esperar que houvesse o Plano Regional relativo à RRAS 06, representada pelo Município de São Paulo.

Ocorre que inicialmente ao procurar tal documento, verifica-se que não consta da listagem de planos disponibilizados pela SES¹⁷.

Questionada sobre tal ausência, a ORIGEM registrou que (fl. 4 da peça 5):

O Plano de Ação Municipal de Prevenção e Controle do Câncer do Município de São Paulo (RRAS6) está disponível em anexo. Embora já elaborado por esta SMS em 2021, ainda não foi aprovado em CIB, conforme Pauta da 325ª Reunião CIB de 18 de agosto de 2022.

Tem-se, porém, que na Deliberação CIB n.º 80/22 (fls. 29/39 da peça 10), relativa à reunião ordinária indicada pela ORIGEM, consta que houve homologação, dentre outros elementos, do item relativo a: "[...] 5.Redes de Oncologia, Portaria SAES/MS nº 1.399, de 17/12/2019. [...] 5.6

¹⁷ No endereço www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/plano-estadual-de-oncologia-do-estado-de-sao-paulo, acesso em 02.02.24.

Readequação do Plano de Ação Regional de Oncologia da RRAS 06 – São Paulo", verificando-se, a partir de tal texto, que teria ocorrido a aprovação do Plano Regional aplicável à RRAS do MSP.

De toda a feita, não houve a disponibilização de tal documento, nem pela SMS, nem pela SES ou CIB-SP, observando que seu conteúdo, a partir da especificação contida na reiterada "Nota Técnica CIB – Diretrizes para a readequação dos Planos de Ação Regional de Prevenção e Controle do Câncer, no Estado de São Paulo", teria potencialmente elucidado diversos questionamentos apresentados ao longo da presente fiscalização.

No período de fechamento do presente trabalho, a AUDITORIA obteve retorno de consulta feita à CIB-SP (fls. 91/92 da peça 10), tendo a comissão confirmado a homologação de planos regionais, dentre os quais o da RRAS 06 (São Paulo), e enviado versão do Plano de Ação Municipal de Prevenção e Controle do Câncer do Município de São Paulo (RRAS 06) Versão 2021 – Atualização 2024 (fls. 95/133 da peça 10), todavia ainda pende-se de publicação de tal documento, tanto pela Comissão quanto eventualmente pela ORIGEM.

b) Critério(s)

Plano Estadual de Oncologia do Estado de São Paulo (fls. 43/90 da peça 10); Deliberações da CIB-SP (fls. 1/42 da peça 10).

c) Evidência(s)

Documentação anexa ao Plano Estadual de Oncologia do Estado de São Paulo, conforme página de publicação da SES.

d) Causa(s)

Ausência de reconhecimento sobre a importância do documento.

e) Efeito(s)

Prejuízo ao controle social e externo.

3.3.4. Há um variado conjunto de ações e políticas públicas municipais relativamente à área de oncologia

a) Situação encontrada

Almejando identificar como esta Municipalidade vem tratando a questão da área de oncologia, esta AUDITORIA procurou identificar e listar as ações e projetos encontrados sobre a questão:

- Ampliação de Atendimento nos Hospitais Dia (HD)

Conforme anunciado pelo Secretário Dr. Luiz Carlos Zamarco, a Secretária Executiva está em tramitação para abertura dos Hospitais Dias 12 horas aos Domingos para incremento no numero de vagas para os exames de endoscopia e colonoscopia. (fl. 6 da peça 4)

[...]

Nós pegamos os Hospitais Dia nossos, que funcionavam só 12 horas, 9 deles já passamos para 24 horas e temos mais 2 que vamos aumentar agora, vão passar para 11, para poder atender uma demanda que já era reprimida e aumentar o atendimento desses novos pacientes que estão chegando nos nossos serviços. (Trecho entre 06min07s e 06min29s do vídeo contido na reportagem)

- Inauguração do Centro de Alta Tecnologia em Diagnóstico e Intervenção Oncológica “Bruno Covas”, no HM Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho (Vila Santa Catarina), conforme previsão no Decreto Municipal (DM) n.º 60.352/21;
- Ampliação dos serviços de oncologia do HM Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho (Vila Santa Catarina), nos termos da Portaria SMS n.º 23/22;
- Instituição do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção à Saúde em Oncologia – RAS ONCO (fl. 5 da peça 5):

[...] Conforme a Deliberação CIB no 15, de 22 de abril 2014, e o DECRETO Nº 59.685, DE 13 DE AGOSTO DE 2020, o Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção à Saúde em Oncologia (RAS ONCO) é a instância que supre as atribuições do extinto GGO. O Grupo Condutor Municipal da RAS ONCO é composto pelas seguintes instancias de SMS:

Componentes do Grupo Condutor Municipal da RAS ONCO do MSP

1) Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde (SEABEVS):

1.1) Coordenadoria de Atenção Básica:

- a) Divisão de Promoção à Saúde
 - b) Divisão de Cuidado às Doenças Crônicas
 - c) Divisão de Cuidados em Saúde por Ciclos de Vida
 - d) Divisão de Assistência Farmacêutica e Laboratorial, de Enfermagem e Insumos Estratégicos
- 1.2) Departamento de Atenção Especializada
- 2) Secretaria Executiva de Atenção Hospitalar (SEAH):
- a) Coordenadoria de Assistência Hospitalar
 - b) Coordenadoria de Urgências e Emergências
- 3) Secretaria Executiva de Regulação, Monitoramento, Avaliação e Parcerias (SERMAP):
- a) Coordenadoria de Avaliação e Controle da Assistência Complementar
 - b) Coordenadoria de Regulação
 - c) Coordenadoria de Informação em Saúde

- Previsão de ações, programas e políticas por força de legislação municipal:
 - LM n.º 14.074/05, que instituiu “no âmbito de cada Unidade Básica de Saúde (UBS) o atendimento especializado na prevenção de câncer”, regulamentada pelo DM n.º 48.833/07;
 - LM n.º 15.888/13, que dispôs “sobre a instituição do Programa de Prevenção e Tratamento do Câncer de Pênis (tumor peniano) e do HPV Masculino”;
 - LM n.º 16.215/15, que instituiu “a Política de Prevenção e Combate ao Câncer de Ovário no Município de São Paulo”;
- Previsão de ações e campanhas, em datas comemorativas, por força de legislação municipal:
 - LM n.º 12.330/97, que instituiu “a Campanha Permanente de Prevenção do Câncer Ginecológico e Mamário”, regulamentada pelo DM n.º 37.301/98;
 - LM n.º 13.322/02, que dispôs “sobre a criação de Campanha Educativa para Prevenção de Câncer Bucal”, regulamentada pelo DM n.º 42.178/02;

- LM n.º 14.436/07, que instituiu “a Semana Municipal de Prevenção ao Câncer do Intestino Grosso (Colorretal)”, regulamentada pelo DM n.º 48.685/07;
- LM n.º 14.569/07, que instituiu, “no âmbito do Município de São Paulo, o Dia de Prevenção ao Câncer de Mama”;
- LM n.º 15.191/10, que alterou a LM n.º 14.485/07, “para incluir o Dia de Combate ao Câncer Infanto-Juvenil”;
- LM n.º 15.905/13, que alterou a LM n.º 14.485/07, “para incluir o Dia de Prevenção ao Câncer de Ovário”;
- LM n.º 16.229/15, que alterou a LM n.º 14.485/07, para “incluir no Calendário de Eventos da Cidade de São Paulo o Programa de Prevenção ao Câncer de Pele;

Por outro lado, tem-se:

- Encerramento do Programa “Corujão do Câncer”¹⁸ (fl. 4 da peça 5):

O Programa "Corujão do Câncer" não se encontra vigente desde Abril de 2020.

- Extinção do Comitê/Grupo Gestor de Oncologia – GGO (fl. 5 da peça 5):

O Comitê/Grupo Gestor de Oncologia (GGO) não é mais instância vigente no âmbito da SMS. Conforme a Deliberação CIB no 15, de 22 de abril 2014, e o DECRETO Nº 59.685, DE 13 DE AGOSTO DE 2020, o Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção à Saúde em Oncologia (RAS ONCO) é a instância que supre as atribuições do extinto GGO. [...]

- Fim do Programa de Atenção Integral à Oncologia “Oncologia Paulistana” (fl. 5 da peça 5):

O Programa de Atenção Integral à Oncologia "Oncologia Paulistana" não é mais instância vigente no âmbito da SMS. Conforme descrito na resposta ao item L, o Grupo Condutor Municipal da RAS ONCO é a instância que supre as atribuições do extinto Programa de Atenção Integral à Oncologia "Oncologia Paulistana".

¹⁸ Objeto de Inspeção realizada pela AUDITORIA nos autos do [TC/002825/2020](#).

- Pendência de Contratualização relativa ao Registro de Câncer de Base Populacional de São Paulo – RCSP¹⁹ (fl. 5 da peça 5):

O Registro de Câncer de Base Populacional de São Paulo (RCSP) ainda representa uma base obrigatória de informações pelas unidades de saúde. Informamos que, no presente momento, o RCBP encontra-se em processo de recontratualização por esta SMS.

Ademais, registre-se que, em âmbito estadual, aguardam-se as providências para cumprimento da Lei Estadual (LE) n.º 17.745/23, que “[a]ssegura transparência na fila da saúde por meio da obrigatoriedade da divulgação da ordem de espera de pacientes que aguardam realização de procedimentos ofertados pela Central de Regulação de Oferta de Serviço de Saúde (CROSS) e unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do Estado”, observando que, conforme seu artigo 8.º, tal normativo entrou em vigor 120 (cento e vinte) dias após sua publicação, ocorrida no Diário Oficial do Estado de São Paulo (DOE-SP) de 13.09.23.

b) Crítério(s)

Eventual vácuo normativo e administrativo.

c) Evidência(s)

Informações prestadas pela ORIGEM quanto a situação atual de ações, programas e instâncias da SMS: Programa "Corujão do Câncer"; Comitê/Grupo Gestor de Oncologia – GGO; Programa de Atenção Integral à Oncologia "Oncologia Paulistana"; Registro de Câncer de Base Populacional de São Paulo – RCSP (fls. 4/5 da peça 5).

d) Causa(s)

Decisão de ações e políticas conforme Governos Municipais.

e) Efeito(s)

Risco de descontinuidade ações e projetos; e prejuízo à efetividade das ações municipais.

¹⁹ Resgatando a informação contida em www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=30177 (acesso em 02.02.24): “O Registro de Câncer de São Paulo, sob coordenação da Faculdade de Saúde Pública da USP, coleta os casos novos de câncer diagnosticados entre os moradores da cidade de São Paulo, e se constitui numa das principais fontes de informação para a definição das políticas públicas da Atenção Oncológica, assim como para o desenvolvimento de estudos e pesquisas na área”.

4. COMENTÁRIOS DO GESTOR

Em consonância com a Resolução n.º 18/19, deste Tribunal de Contas, a etapa de Comentários do Gestor não é aplicável ao presente produto de fiscalização, de maneira que o Relatório é exarado em sua versão definitiva, cabendo a posterior apresentação de defesa por parte da ORIGEM e dos responsáveis e demais interessados.

5. CONCLUSÃO

Os achados de Auditoria contemplados no item **3** do presente Relatório sinalizam diversos aspectos analisados a respeito de como o Município de São Paulo (MSP) vem tratando as demandas na área de oncologia em seu território.

O elemento central da fiscalização, relativamente ao eventual descumprimento da Lei Federal (LF) n.º 12.732/12, com a inclusão feita pela LF n.º 13.896/19 (no tocante à realização de exames relacionados ao diagnóstico de neoplasias malignas e ao início de tratamento no Sistema Único de Saúde – SUS – a partir do diagnóstico da doença) foi confirmado a partir dos dados e relatórios apresentados e apreciados, tendo-se que a relevante fila de espera para atendimento da área de oncologia no MSP é uma realidade.

Enquanto reflexão sobre elementos que possam contribuir para a situação encontrada, com viés da lógica da Regulação dos serviços de saúde, é de se frisar alguns pontos de destaque abordados ao longo deste Relatório, tais quais:

- Ausência de parâmetros que indiquem responsabilidades em relação a atividades inerentes ao planejamento e à execução das ações em saúde;
- Insuficiente cooperação e integração horizontal e vertical entre os entes federativos (União, Estado e Municípios);
- Deficiências e limitações na contratualização dos serviços;
- Complexa dependência da cadeia de custeio e financiamento;
- Falhas de planejamento a médio e longo prazo.

Tais itens, no bojo de uma política pública já naturalmente complexa, revelaram a necessidade de avanço da Municipalidade, por meio de sua Secretaria Municipal da Saúde (SMS), buscando, em especial, suprir lacunas e deficiências exemplificadas ao longo do presente trabalho.

6. ANÁLISE DOS ELEMENTOS DA RESPONSABILIZAÇÃO

Considerando que os achados da presente Inspeção, no âmbito do tema analisado, não apresentam natureza de irregularidades e não cuidam de ocorrências específicas e pontuais, mas sim refletem uma complexa realidade relativa a uma política pública, que deriva da ação conjugada de uma multiplicidade de atores que conjugam esforços na cadeia decisória da rede municipal de serviços de saúde, não foi possível fazer uma análise de responsabilização individualizada em relação aos achados, notadamente em função da inviabilidade de avaliação do elemento subjetivo das eventuais condutas, impedindo assim identificar os agentes que, de forma comissiva ou omissiva, poderiam ter contribuído para as ocorrências identificadas.

7. PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTOS

A seguir são apresentadas propostas de encaminhamento, enquanto lista de sugestões da AUDITORIA ao Conselheiro Relator, contendo as propostas de recomendações que a equipe entende oportunas e que poderão eventualmente contribuir para sanar as deficiências identificadas na presente fiscalização:

7.1. Propostas de recomendações

7.1.1. Recomendar à **Secretaria Municipal da Saúde (SMS)**, que avalie a sugestão de adotar os seguintes procedimentos:

- a) **Atualização – e publicização – das informações e anexos contidos na página eletrônica da Coordenadoria de Regulação²⁰, com vistas a ampliar a transparência e incentivar o controle social, por meio da melhor compreensão dos atuais processos e fluxos de funcionamento da Regulação em saúde em nível municipal (subitem 3.1.1);**
- b) **Atualização – e publicização – dos protocolos de acesso à oncologia²¹, com especial atenção à identificação das atribuições e das responsabilidades dos**

²⁰ Em especial aquela contida no endereço www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/quem_e_quem/?p=222383, acesso em 02.02.24.

²¹ Em especial conforme documento disponível no endereço www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolooncologia13122016.pdf, acesso em 02.02.24.

diversos atores envolvidos nos respectivos fluxos, com vistas a possibilitar oportunidade para avaliação crítica dos fluxos atuais, priorizando-se a mitigação de eventuais gargalos (subitem 3.1.2);

c) Publicização do Plano de Ação Municipal e/ou Regional de Prevenção e Controle do Câncer do Município de São Paulo (RRAS 06 – São Paulo), com vistas a ampliar a transparência e incentivar o controle social, por meio do monitoramento das ações e metas pactuadas (subitem 3.3.3);

d) Parametrização de dados e informações nos sistemas de informação da Pasta, em especial no Sistema Integrado de Gestão de Assistência à Saúde (SIGA), de modo a possibilitar o efetivo monitoramento – e publicização – do nível de atendimento, em nível municipal, dos prazos prescritos na LF n.º 12.732/12, com vistas a ampliar a transparência e incentivar o controle social a respeito de tal direito dos usuários dos serviços de saúde (subitem 3.1.9).

São Paulo/SP, em 23.02.24.

ALLAN SIDNEY JOSE DE MELO SIGG²²
Auditor de Controle Externo

ANNE TOBOS MELNIKOFF
Auditora de Controle Externo

São Paulo/SP, em 27.02.24.

RAÍSSA BRANCO GRIZZE
Supervisora de Controle Externo 7

R.P.: TFVB

²² Auditor indisponível para assinatura do Relatório em decorrência do gozo de férias.