



Tamboril
PREFEITURA



ANEXO II – ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR



ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

UNIDADE RESPONSÁVEL	Secretaria Municipal da Saúde de Tamboril
FINALIDADE	Estudo de viabilidade da contratação complementar de serviços de cirurgia de catarata e tratamento cirúrgico de pterígio
RESPONSÁVEL PELO PLANEJAMENTO	Comissão de Planejamento
LOCAL E DATA	Tamboril/CE, 06 de julho de 2026

OBJETO SOB ESTUDO

Credenciamento de pessoas jurídicas para a prestação complementar, paralela e não exclusiva de serviços de facoemulsificação com implante de lente intraocular dobrável e de tratamento cirúrgico de pterígio, destinados aos usuários encaminhados pela Secretaria Municipal da Saúde de Tamboril, com execução em estabelecimento assistencial de saúde tecnicamente habilitado, inclusive o Hospital Regional de Tamboril quando houver disponibilidade e autorização, ou outro estabelecimento situado dentro do limite territorial tecnicamente justificado neste estudo.

Quantitativos de referência: 600 procedimentos de facoemulsificação com implante de lente intraocular dobrável e 300 procedimentos de tratamento cirúrgico de pterígio. Os quantitativos representam limite estimado de atendimento, e não garantia de produção ou faturamento.

NOTA DE ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Este documento examina o problema assistencial, as condições de mercado, as alternativas disponíveis e a viabilidade da solução antes de sua especificação definitiva. Por essa razão, sua estrutura não reproduz um conjunto de obrigações contratuais. Os requisitos aqui registrados funcionam como premissas de viabilidade: somente os elementos necessários para comparar soluções, dimensionar custos, proteger o paciente, preservar a competição possível e permitir a futura implementação foram incorporados ao estudo.

A análise foi construída com quatro grupos de evidência: a demanda apresentada pela área de saúde; os dados e documentos administrativos disponíveis; os parâmetros técnicos de planejamento das contratações públicas; e as normas sanitárias aplicáveis aos serviços de saúde e aos procedimentos oftalmológicos. Quando a informação primária do processo ainda não está disponível — especialmente lista nominal depurada, série histórica de produção e capacidade instalada de cada estabelecimento — o estudo identifica expressamente a lacuna e a transforma em condicionante de validação. A estimativa de preços, por sua vez, já foi realizada em sistema eletrônico de Banco de Preços e é incorporada à análise econômica deste estudo, devendo o respectivo relatório e sua memória de cálculo permanecer juntados aos autos. Esse método evita substituir evidência por estimativa meramente retórica.

A conclusão adotada é de viabilidade condicionada: a solução é tecnicamente adequada e apresenta vantagens relevantes, mas sua implementação deve ser precedida pela confirmação documental da pluralidade de estabelecimentos aptos no limite de deslocamento, pela consolidação da memória de cálculo da demanda, pela validação da equivalência entre os preços pesquisados e o pacote assistencial pretendido e pela definição dos protocolos clínicos e de controle. A existência dessas condicionantes não esvazia o estudo; ao contrário, explicita os pontos de controle que impedem direcionamento, subdimensionamento orçamentário e





contratação de capacidade apenas aparente.

SUMÁRIO ANALÍTICO

1. Apresentação, finalidade e questão de decisão
2. Descrição da necessidade pública
3. Diagnóstico assistencial e delimitação do problema
4. Área requisitante, usuários e partes envolvidas
5. Premissas, limites de informação e pontos críticos de definição
6. Requisitos indispensáveis à solução
7. Levantamento de mercado e alternativas consideradas
8. Comparação multicritério das alternativas
9. Solução escolhida e adequação do credenciamento
10. Análise específica do limite
11. Solução considerada em todo o ciclo assistencial
12. Estimativa das quantidades e memória de cálculo
13. Estimativa do valor da contratação e metodologia da pesquisa de preços
14. Parcelamento técnico e econômico
15. Alinhamento com o planejamento e a disponibilidade orçamentária
16. Resultados pretendidos e indicadores
17. Providências a serem tomadas
18. Contratações correlatas e interdependências
19. Avaliação do sistema de registro de preços
20. Participação em consórcio
21. Responsabilidade direta e limites da subcontratação
22. Sustentabilidade e impactos ambientais
23. Proteção de dados e segurança da informação clínica
24. Viabilidade por dimensão
25. Posicionamento conclusivo

1. APRESENTAÇÃO, FINALIDADE E QUESTÃO DE DECISÃO

A Secretaria Municipal da Saúde precisa decidir como ampliar, com segurança e em prazo administrativamente útil, a oferta de dois procedimentos oftalmológicos eletivos: a facoemulsificação com implante de lente intraocular dobrável e o tratamento cirúrgico de pterígio. O problema decisório não é apenas “contratar cirurgias”. Consiste em selecionar uma forma de organização da oferta que consiga absorver a demanda regulada, manter o cuidado antes e depois do ato cirúrgico, distribuir a produção sem favorecimentos, evitar concentração em um único prestador e permitir fiscalização clínica e financeira baseada em resultados efetivamente comprovados.

O estudo parte de uma necessidade quantitativa apresentada de 600 procedimentos de catarata e 300 de pterígio. A demanda revela escala suficiente para exigir planejamento de capacidade, mas não autoriza programação de grandes lotes cirúrgicos desconectados da infraestrutura. A solução deve combinar produtividade com limites sanitários objetivos: número de salas, equipamentos, microscópios, conjuntos instrumentais, pessoal, capacidade de processamento dos materiais e acompanhamento pós-operatório. A Anvisa adverte que a concentração de atendimentos, quando não dimensionada pelos recursos reais, amplia risco de eventos adversos e não admite flexibilização das normas sanitárias.

A questão central de decisão é, portanto, a seguinte: entre internalizar a oferta, restringi-la ao





hospital municipal, depender exclusivamente da rede pactuada, selecionar um único prestador, realizar ações concentradas ou habilitar diversos prestadores em condições padronizadas, qual alternativa entrega melhor equilíbrio entre acesso, segurança do paciente, rapidez de implementação, continuidade, custo total e resiliência? As seções seguintes demonstram que o credenciamento de múltiplos prestadores, com pagamento por procedimento validado e execução em estabelecimentos fixos e regularizados, é a alternativa de melhor desempenho, desde que submetida às condicionantes registradas neste estudo.

2. DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE PÚBLICA

A necessidade decorre da insuficiência da oferta municipal disponível para atender, em tempo adequado, usuários com indicação cirúrgica oftalmológica. A catarata provoca redução progressiva da transparência do cristalino e pode comprometer atividades elementares, autonomia, locomoção e participação social. O pterígio, embora apresente curso distinto, pode produzir irritação persistente, inflamação, alteração da superfície ocular, astigmatismo e comprometimento visual quando progride sobre a córnea. Em ambos os casos, a mera consulta diagnóstica não resolve a necessidade do usuário quando já existe indicação cirúrgica confirmada.

O acesso tardio gera custos que não aparecem no preço unitário da cirurgia: repetição de consultas, manutenção do paciente em fila, necessidade de acompanhante, transporte adicional, piora funcional, risco de quedas e dependência, afastamento de atividades produtivas e pressão sobre a atenção básica e a regulação. A decisão deve considerar esses custos indiretos. Uma alternativa aparentemente mais barata, mas incapaz de produzir atendimentos no ritmo necessário ou de garantir retorno próximo, pode ser economicamente inferior quando observado o ciclo completo do cuidado.

A contratação tem caráter complementar. Não substitui a rede pública, não transfere ao particular a responsabilidade de regular o acesso e não converte a estimativa em obrigação de encaminhamento. O Município permanece responsável por identificar os usuários, organizar a fila, aplicar critérios clínicos e cronológicos, autorizar cada procedimento, assegurar transporte quando cabível, monitorar resultados e encaminhar situações que excedam a complexidade do pacote contratado.

A necessidade não está vinculada a um único edifício. O Hospital Regional de Tamboril pode integrar a solução quando suas condições técnicas, agenda, licenciamento e fluxos forem compatíveis, mas não deve ser transformado em local exclusivo. A exclusividade física recriaria gargalo de agenda, equipamentos, esterilização ou equipe e afastaria prestadores que dispõem de estrutura própria regularizada. A solução deve admitir atendimento no hospital municipal ou em estabelecimento disponibilizado pelo credenciado, desde que situado dentro do limite de acesso, previamente qualificado e autorizado.

3. DIAGNÓSTICO ASSISTENCIAL E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

3.1. Cadeia causal do problema

DIMENSÃO	CAUSA IDENTIFICADA	EFEITO SOBRE O SERVIÇO
CAUSA ESTRUTURAL	Oferta especializada e capacidade cirúrgica municipal inferiores à necessidade regulada.	Fila, espera prolongada e dependência de agendas externas.





CAUSA OPERACIONAL	Disponibilidade variável de equipe, equipamentos, insumos, salas e processamento de instrumentais.	Oscilação de produção e risco de cancelamento.
CAUSA LOGÍSTICA	Usuários que necessitam de avaliação, cirurgia e retornos, muitos com limitação visual e necessidade de acompanhante.	Absenteísmo, repetição de deslocamentos e dificuldade de retorno em caso de intercorrência.
CAUSA DE GOVERNANÇA	Risco de listas não depuradas, ausência de lateridade, duplicidade com outras filas e medição apenas financeira.	Quantitativo artificial, pagamento indevido ou incapacidade de demonstrar resultado.
CAUSA DE MERCADO	Capacidade regional distribuída entre estabelecimentos e equipes, sem garantia de que um único prestador absorva toda a demanda.	Concentração, baixa resiliência e interrupção quando um prestador fica indisponível.

3.2. Situação que se pretende transformar

A situação de partida é caracterizada por demanda superior à capacidade diretamente controlada pela Secretaria, necessidade de complementaridade assistencial e risco de dependência de agendas pontuais. A situação desejada é uma rede credenciada disponível de forma contínua, com mais de um prestador potencial, capacidade declarada e verificável, acesso geográfico compatível com o retorno do paciente, preços uniformes e pagamento restrito aos procedimentos autorizados, realizados e clinicamente documentados.

A transformação pretendida não se mede apenas pelo número de cirurgias. Deve ser observada pela redução da fila validada, pelo tempo entre autorização e procedimento, pela proporção de retornos realizados no prazo, pela frequência de cancelamentos, por intercorrências e reabordagens, pela rastreabilidade das lentes e materiais e pela satisfação do usuário. Sem esse conjunto, a Administração corre o risco de converter produção faturada em indicador isolado, sem comprovar ganho assistencial.

3.3. Consequências da não intervenção.

A manutenção da situação atual tende a prolongar a espera, ampliar desigualdades de acesso entre usuários capazes ou incapazes de custear deslocamento, aumentar a demanda por encaminhamentos individuais e manter baixa previsibilidade orçamentária. Também eleva a probabilidade de contratações urgentes, com menor tempo para pesquisa de mercado e qualificação de estabelecimentos. A não contratação somente seria racional se a Secretaria demonstrasse capacidade pública ou pactuada suficiente para absorver os 900 procedimentos no horizonte planejado, com fluxo de retorno e contingência; tal evidência não foi apresentada e não é compatível com a necessidade formalizada.

4. ÁREA REQUISITANTE, USUÁRIOS E PARTES ENVOLVIDAS

A área requisitante é a Secretaria Municipal da Saúde de Tamboril, por intermédio dos setores de atenção especializada e regulação. O usuário direto é a pessoa cadastrada na rede municipal, com indicação confirmada, elegibilidade clínica e autorização prévia. Integram o processo, ainda, a atenção primária, que identifica e acompanha o usuário; a regulação, que organiza a fila e o encaminhamento; o transporte sanitário, quando aplicável; a vigilância sanitária; a equipe de fiscalização; o estabelecimento executante; e a rede de referência para situações de maior complexidade ou intercorrências que exijam suporte não disponível no local.

A governança deve separar funções. O prestador não pode escolher livremente quem será





atendido, criar fila paralela ou converter procura espontânea em produção faturável. A indicação clínica é atribuição médica, mas a entrada na produção contratada depende de regulação municipal. A equipe que valida a produção não deve se limitar à nota fiscal: precisa confrontar autorização, prontuário, lateridade, data, identificação do cirurgião, material implantado, alta, retorno e eventual evento adverso.

5. PREMISSAS, LIMITES DE INFORMAÇÃO E PONTOS CRÍTICOS DE DEFINIÇÃO

O estudo adota como premissas: existência de demanda regulada; inadequação de depender de um único local; necessidade de pagamento por produção; possibilidade de múltiplos prestadores em condições padronizadas; e conveniência de manter o atendimento em distância rodoviária limitada. Essas premissas são coerentes com o problema, mas algumas dependem de confirmação documental antes da implantação.

PONTO	LIMITE ATUAL	TRATAMENTO NECESSÁRIO
MEMÓRIA DA DEMANDA	A quantidade foi apresentada pela área, mas a lista depurada e a série histórica não acompanham este estudo.	Consolidar planilha anonimizada com usuário, diagnóstico, lateridade, data de ingresso, prioridade, situação e eventual presença em outra fila.
COMPLEXIDADE DA CATARATA	A descrição reúne catarata senil, traumática, congênita, complicada e outras, embora o consumo de recursos possa variar.	Definir critérios clínicos de inclusão no pacote padrão, suporte anestésico, tratamento de casos pediátricos/complexos e referência para situações não compatíveis com a estrutura disponível.
PACOTE ASSISTENCIAL	Preço só é comparável quando se sabe se inclui consulta, biometrias, exames, anestesia, medicamentos, LIO, materiais e retornos.	Fixar composição única e impedir cobranças paralelas ao usuário ou ao Município.
PTERÍGIO	A técnica, uso de enxerto conjuntival, cola ou sutura e tratamento de recorrência alteram custo e resultado.	Padronizar o resultado clínico mínimo e a técnica admitida segundo indicação médica, com insumos incluídos.
CAPACIDADE DO MERCADO	Cadastro de estabelecimento não comprova capacidade cirúrgica, agenda, licença ou fluxo de esterilização.	Realizar diligência de mercado e vistoria técnica antes da validação definitiva do raio de 70 km.
PREÇO	A cotação foi realizada em sistema eletrônico de Banco de Preços, adotando-se a média de valores praticados pela Administração Pública em contratações de serviços similares.	Juntar aos autos o relatório integral, a memória de cálculo e a demonstração de que as referências consideradas possuem escopo comparável ao pacote assistencial pretendido.

O reconhecimento dessas lacunas impede duas distorções. A primeira seria afirmar, sem prova, que toda a demanda está pronta para cirurgia. A segunda seria fixar um preço médio para casos clinicamente heterogêneos e induzir o prestador a selecionar apenas pacientes de menor risco. A solução deve preservar acesso universal dentro dos critérios clínicos, mas distinguir o procedimento padrão de situações que exigem estrutura hospitalar, anestesia ou técnica adicional não precificada.

6. REQUISITOS INDISPENSÁVEIS À SOLUÇÃO

Os requisitos foram selecionados por sua relação direta com o resultado e com a segurança. Não se pretende antecipar toda a especificação executiva. O objetivo é estabelecer o patamar abaixo do qual uma alternativa deixa de ser tecnicamente aceitável.





6.1. Integralidade do pacote assistencial

A solução deve abranger, em fluxo integrado, a confirmação pré-operatória, os exames indispensáveis conforme protocolo, avaliação clínica e anestésica quando indicada, cálculo e seleção da lente no caso de catarata, ato cirúrgico, equipe, anestesia, medicamentos, materiais, instrumental, lente dobrável acrílica ou de silicone, recuperação, alta orientada e retornos pós-operatórios. Para pterígio, deve incluir técnica cirúrgica compatível com a indicação, cobertura/enxerto quando clinicamente necessário dentro do padrão definido, materiais, anestesia e acompanhamento. A fragmentação desses componentes transferiria ao usuário a tarefa de montar o cuidado e prejudicaria a comparação de preços.

O pacote deve esclarecer o tratamento das intercorrências relacionadas ao procedimento e o limite entre assistência ordinária, reavaliação e evento que exige encaminhamento hospitalar. A ausência dessa fronteira produz recusas, cobranças adicionais ou conflito de responsabilidade. Não se recomenda remunerar separadamente tarefas que constituem condição normal para concluir a cirurgia com segurança.

6.2. Estrutura assistencial e sanitária

A execução deve ocorrer em estabelecimento assistencial de saúde regularizado para atividade cirúrgica oftalmológica, com licença sanitária compatível, inscrição e situação atualizada no CNES, responsável técnico, ambiente cirúrgico adequado, recuperação pós-anestésica quando cabível, equipamentos funcionais e mantidos, microscópio, facoemulsificador para catarata, fonte de energia de contingência, medicamentos de emergência, fluxo limpo e sujo e capacidade comprovada de processamento dos produtos para saúde. A disponibilidade do equipamento sem a infraestrutura de processamento e sem conjuntos instrumentais em número proporcional não constitui capacidade efetiva.

A Nota Técnica nº 31/2023 da Anvisa destaca que o volume deve ser compatível com salas, equipamentos, profissionais, insumos e esterilização, e que as normas não podem ser flexibilizadas em ações concentradas. Essa orientação é pertinente mesmo quando o serviço não é chamado de mutirão: o risco decorre da concentração de cirurgias, não da nomenclatura administrativa adotada.

6.3. Equipe e responsabilidade técnica

A equipe deve ser legalmente habilitada e dimensionada para o volume agendado, com médico oftalmologista responsável pelo procedimento, pessoal de enfermagem e instrumentação, anesthesiologia quando indicada e retaguarda para resposta a intercorrências. A comprovação não deve se limitar a declaração genérica: deve relacionar profissionais, registros nos conselhos, vínculo ou disponibilidade, escala e compatibilidade com a produção proposta. O estabelecimento e o responsável técnico permanecem corresponsáveis pelos processos assistenciais executados no local.

6.4. Rastreabilidade, qualidade e segurança

Cada cirurgia de catarata exige vinculação inequívoca entre paciente, olho operado, lente implantada, fabricante, modelo, potência, lote e registro sanitário. Medicamentos, soluções e materiais críticos também devem permitir rastreabilidade. O prontuário deve demonstrar identificação correta, lateridade, consentimento, avaliação, cirurgia, alta e retornos. Indicadores de infecção, endoftalmite, síndrome tóxica do segmento anterior, ruptura de cápsula, reabordagem, readmissão, cancelamento e perda de seguimento devem ser monitorados sem



transformar sua simples notificação em punição automática; ocultar evento é risco maior que notificá-lo.

6.5. Regulação, acesso e vedação de cobrança ao usuário

Somente pacientes autorizados podem ingressar na produção remunerada. O prestador deve receber lista regulada, confirmar agenda, registrar ausência e devolver vaga não utilizada. É incompatível com a solução qualquer cobrança, coparticipação, venda de lente, exigência de exame particular ou oferta condicionada de produto ao usuário. Eventual alternativa de lente ou técnica não incluída no pacote não pode ser usada para restringir o atendimento público nem para criar atendimento em dois níveis dentro do mesmo fluxo.

6.6. Localização e continuidade

O estabelecimento de execução deve estar situado a até 70 km rodoviários da sede de Tamboril. O requisito recai sobre o local efetivo do atendimento, e não sobre a sede societária da empresa. Admite-se imóvel próprio, filial ou estabelecimento legitimamente disponibilizado, desde que a relação jurídica seja comprovada, a licença cubra a atividade e a empresa credenciada mantenha responsabilidade integral. Essa redação evita exigência territorial sem relação com a prestação e concentra o controle no que efetivamente protege o usuário: onde o cuidado ocorrerá.

7. LEVANTAMENTO DE MERCADO E ALTERNATIVAS CONSIDERADAS

7.1. Método de prospecção

O levantamento considerou soluções administrativas e assistenciais, e não apenas nomes de fornecedores. Foram avaliados investimento inicial, prazo de implementação, dependência de estrutura pública, capacidade de absorção da demanda, continuidade, facilidade de fiscalização, exposição a risco sanitário, acesso geográfico e flexibilidade para distribuir a produção. Foram consultados processos públicos de Tamboril e de outros entes, orientações do TCU sobre credenciamento e planejamento, e orientações da Anvisa sobre procedimentos de saúde em volume concentrado.

A consulta preliminar ao mercado não deve ser confundida com a qualificação final. Registros públicos e CNES são indícios de existência, mas não provam licença atual, sala cirúrgica disponível, capacidade de esterilização, agenda ou interesse em contratar pelo preço fixado. Por isso, a conclusão sobre o limite geográfico permanece condicionada a uma diligência formal, com questionário padronizado e possibilidade de resposta por qualquer interessado.

7.2. Alternativa A — internalização integral na rede municipal

A internalização exigiria disponibilidade contínua de cirurgião e equipe, facoemulsificador, microscópio, conjuntos instrumentais, consumíveis, lentes de diferentes potências, manutenção, metrologia, esterilização, farmácia, recuperação e gestão de agenda. Seu benefício é o controle direto e a proximidade do usuário. Entretanto, a implantação demanda capital, pessoal especializado e estrutura permanente, enquanto a necessidade é imediata e o volume anual pode oscilar. A alternativa pode ser desenvolvida como estratégia de médio prazo, mas não se mostra suficiente como resposta exclusiva no horizonte atual.

7.3. Alternativa B — execução exclusivamente no Hospital Regional de Tamboril por equipe contratada





A realização no hospital municipal maximiza proximidade e aproveita estrutura pública. Contudo, desloca para o Município parte relevante dos riscos de agenda, disponibilidade de sala, equipamentos, processamento de materiais e insumos. Se o hospital não possuir capacidade simultânea para o volume planejado, a contratação de equipe isolada não resolve o gargalo. A alternativa é útil como um dos locais possíveis, mas a exclusividade física reduz resiliência e pode impedir o ingresso de prestadores com estrutura própria já operacional.

7.4. Alternativa C — absorção exclusiva pela rede regional pactuada

O uso da rede pactuada preserva o modelo regional do SUS e pode reduzir gasto municipal direto. Sua limitação está na baixa governabilidade sobre cotas, agendas, tempo de espera e distância. A solução deve continuar sendo utilizada para casos compatíveis e para complexidades não incluídas, mas não oferece, isoladamente, garantia suficiente de absorção dos 900 procedimentos estimados no prazo pretendido.

7.5. Alternativa D — seleção de um único prestador

Um contrato com prestador único simplifica comunicação e padronização, porém concentra toda a demanda e o risco de interrupção. Também pressupõe que uma única estrutura disponha de capacidade, equipe, insumos e agenda para ambos os itens. Em mercado regional fragmentado, a concentração pode reduzir acesso e criar dependência. A alternativa somente seria superior se a pesquisa demonstrasse inviabilidade de múltiplos prestadores e vantagem econômica clara, o que não foi evidenciado.

7.6. Alternativa E — unidades móveis ou mutirões concentrados

A produção concentrada pode reduzir fila rapidamente, mas eleva o risco quando ritmo de cirurgia supera instrumentais, processamento, pessoal e capacidade de seguimento. Unidades móveis acrescentam desafios de licenciamento, ambiente, cadeia de insumos e retaguarda. A Anvisa recomenda que a primeira decisão seja avaliar se a demanda pode ser resolvida por mecanismos mais seguros e exige integral observância das normas antes, durante e após a ação. Assim, a alternativa pode existir como contingência rigorosamente planejada, não como eixo principal da solução.

7.7. Alternativa F — credenciamento de múltiplos prestadores em estabelecimentos fixos

A habilitação contínua de todos os interessados que atendam aos requisitos permite somar capacidades, reduzir dependência de um único operador, adequar encaminhamentos à disponibilidade e manter condições padronizadas de preço e qualidade. O pagamento por produção transfere o risco de ociosidade ao prestador e evita aquisição imediata de ativos. O modelo exige governança: preço uniforme, critérios objetivos de distribuição, ausência de volume mínimo, qualificação do estabelecimento, fiscalização clínica e possibilidade de descredenciamento. Com esses controles, apresenta o melhor equilíbrio entre acesso, segurança, prazo e flexibilidade.

8. COMPARAÇÃO MULTICRITÉRIO DAS ALTERNATIVAS

A matriz abaixo utiliza notas de 1 a 5, em que 1 representa desempenho muito baixo e 5 desempenho muito alto. Os pesos refletem a natureza do objeto: segurança e resolutividade recebem maior peso que conveniência administrativa. A matriz é instrumento de síntese; não substitui a análise qualitativa.





CRITÉRIO	PESO	CONTEÚDO AVALIADO
Resolutividade assistencial	25%	Capacidade de converter demanda regulada em cirurgia concluída e acompanhada.
Segurança e conformidade	25%	Capacidade de operar com infraestrutura, esterilização, rastreabilidade e seguimento.
Acesso e continuidade	15%	Proximidade, retornos, contingência e redução de abandono.
Tempo de implementação	15%	Prazo necessário para oferta efetiva.
Racionalidade econômica	10%	Relação entre custo total, investimentos e produção efetiva.
Resiliência operacional	10%	Capacidade de manter oferta diante da indisponibilidade de um operador.

ALTERNATIVA	RES.	SEG.	ACES.	PRAZO	ECON.	RESIL.	NOTA
A — Internalização integral	2	3	5	1	2	2	2,55
B — Hospital municipal exclusivo	3	3	5	3	3	2	3,20
C — Rede pactuada exclusiva	2	4	2	2	4	2	2,70
D — Prestador único	3	4	3	4	3	2	3,30
E — Mutirão/unidade móvel	4	2	3	5	3	3	3,30
F — Credenciamento múltiplo	5	5	4	4	4	5	4,60

O credenciamento múltiplo obtém maior nota porque combina estruturas já disponíveis, diversidade de capacidade e pagamento por resultado. A pontuação não significa ausência de risco: o modelo perde vantagem se o preço for inexequível, se o raio territorial reduzir o mercado a um único prestador, se a distribuição for discricionária ou se a fiscalização aceitar apenas relatório quantitativo. Esses pontos são tratados como condicionantes e riscos específicos.

9. SOLUÇÃO ESCOLHIDA E ADEQUAÇÃO DO CREDENCIAMENTO

A solução indicada é o credenciamento, em regime paralelo e não exclusivo, de pessoas jurídicas aptas a executar um ou ambos os itens em condições padronizadas. A Lei nº 14.133/2021 admite o credenciamento nas hipóteses do art. 79, inclusive quando a contratação simultânea de diversos prestadores é viável e vantajosa ou quando a seleção pode considerar a escolha do beneficiário. O TCU reconhece os serviços médicos como exemplo compatível e exige critérios objetivos de distribuição quando não for possível contratar todos simultaneamente.

O modelo é adequado porque a demanda é divisível, repetitiva e superior à capacidade de um único fluxo; o preço pode ser fixado previamente; não existe vantagem em promover competição excludente quando a Administração se beneficia da soma de capacidades; e a produção depende de autorizações ao longo do tempo. O chamamento deve permanecer aberto durante sua vigência, permitindo ingresso de novos interessados, e cada prestador deve declarar capacidade mensal realista por item e estabelecimento.

A distribuição não pode ser informal. Recomenda-se combinação de fila regulada única, capacidade validada, alternância objetiva e tempo de espera, preservando a possibilidade de escolha do usuário entre opções disponíveis quando isso não prejudicar o transporte, a





prioridade clínica e a continuidade. A Administração deve publicar ou registrar a lógica de distribuição, as capacidades declaradas, os encaminhamentos e as recusas justificadas. Não haverá garantia de quantidade mínima por credenciado.

O Decreto federal nº 11.878/2024 é utilizado apenas como referência técnica de boas práticas para o procedimento, pois sua incidência direta se limita à Administração Pública federal. A disciplina municipal deve observar a Lei nº 14.133/2021 e a regulamentação local existente, sem transpor automaticamente disposições federais que não sejam aplicáveis.

10. ANÁLISE ESPECÍFICA DO LIMITE

A definição de limite geográfico para a execução dos serviços foi examinada a partir das características do atendimento pretendido, do perfil dos usuários, da necessidade de acompanhamento pós-operatório e dos impactos administrativos, assistenciais e financeiros decorrentes do deslocamento. Não se trata de preferência por prestadores sediados em determinada localidade, mas de requisito relacionado ao local em que o atendimento será efetivamente realizado.

Para fins deste estudo, considera-se adequado que os procedimentos sejam executados em estabelecimento assistencial de saúde localizado a uma distância rodoviária de até 70 km da sede do Município de Tamboril. A distância deverá ser aferida entre a sede municipal e o endereço do estabelecimento indicado para a execução, considerando rota rodoviária regular, acessível ao transporte sanitário e comprovável por ferramenta pública ou amplamente utilizada de consulta de trajetos.

A exigência não recai sobre a sede administrativa, o domicílio empresarial, a inscrição cadastral ou a origem da pessoa jurídica interessada. Empresas estabelecidas em qualquer localidade poderão participar, desde que comprovem a disponibilidade de clínica ou estabelecimento assistencial regularmente constituído, licenciado e tecnicamente apto dentro do limite definido. Dessa forma, preserva-se a abertura do credenciamento, ao mesmo tempo que se assegura que o atendimento ocorra em distância compatível com as necessidades dos usuários encaminhados pelo Município.

A facoemulsificação com implante de lente intraocular e o tratamento cirúrgico de pterígio não se resumem ao ato cirúrgico isolado. O cuidado envolve confirmação da indicação, avaliação pré-operatória, realização do procedimento, recuperação, alta, orientações, retornos programados e possibilidade de reavaliação diante de sintomas ou intercorrências. A localização do estabelecimento interfere diretamente na continuidade desse ciclo, especialmente porque parte significativa dos usuários poderá apresentar limitação visual, idade avançada, comorbidades, dependência de acompanhante ou necessidade de transporte organizado pelo Município.

Distâncias excessivas aumentariam o tempo de permanência do paciente em trânsito, o desgaste físico antes e depois da cirurgia, a necessidade de mobilização de veículos e acompanhantes, a exposição a atrasos e a probabilidade de ausência em consultas e retornos. Também elevariam os custos indiretos da assistência, inclusive com combustível, disponibilidade de motoristas, diárias, reorganização de rotas e repetição de deslocamentos. Esses fatores poderiam reduzir a vantagem econômica de preços unitários aparentemente menores e comprometer a efetividade da prestação.

A proximidade do estabelecimento também favorece a resposta em situações que exijam avaliação não programada. Embora os procedimentos possuam natureza predominantemente





eletiva, a continuidade assistencial exige que o paciente tenha acesso viável ao serviço responsável pelo acompanhamento, sem depender de deslocamentos desproporcionais. O limite de 70 km reduz barreiras geográficas e permite maior previsibilidade na organização dos retornos, no transporte dos usuários e na atuação da regulação municipal.

Na análise de proporcionalidade, verificou-se que a execução exclusivamente no Hospital Regional de Tamboril poderia concentrar a solução em uma única estrutura, sujeitando a produção à disponibilidade de salas, equipamentos, processamento de materiais, agenda e pessoal. Por outro lado, a ausência de qualquer limite territorial transferiria para o Município e para os pacientes parcela excessiva dos custos e riscos logísticos. Limites consideravelmente menores poderiam restringir a oferta regional. A distância de até 70 km apresenta-se, portanto, como ponto de equilíbrio entre ampliação do universo de prestadores, acessibilidade dos usuários, continuidade assistencial e capacidade de acompanhamento da execução.

O requisito não direciona a contratação para município, estabelecimento ou empresa previamente determinados. O critério é impessoal, aplica-se igualmente a todos os interessados e admite qualquer estabelecimento que se encontre dentro da distância estabelecida e cumpra as condições técnicas e sanitárias exigidas. A vinculação territorial refere-se exclusivamente ao local de execução dos serviços, não podendo ser utilizada para exigir que a pessoa jurídica mantenha sede social no Município de Tamboril ou em município específico.

O estabelecimento indicado deverá permanecer disponível durante toda a execução, não sendo admitida alteração para endereço situado além do limite sem prévia avaliação da Administração. A disponibilidade do local não afasta a responsabilidade direta do credenciado nem autoriza a transferência da execução a terceiro não habilitado. A empresa deverá responder integralmente pela equipe, pela estrutura utilizada, pelos materiais, pela documentação assistencial e pela continuidade do atendimento.

Diante dessas condições, conclui-se que a limitação geográfica de até 70 km rodoviários da sede de Tamboril é tecnicamente viável, adequada e proporcional à necessidade pública identificada. O limite guarda relação direta com a segurança do paciente, a continuidade do cuidado, a rapidez no atendimento, a viabilidade do transporte sanitário e a redução dos custos indiretos da assistência, sem estabelecer preferência por empresa ou localidade determinada. Trata-se, portanto, de requisito funcional da solução, e não de restrição territorial baseada em conveniência meramente administrativa.

A manutenção desse limite deverá ser acompanhada durante a execução. Caso ocorram alterações relevantes na oferta regional, na rede de transporte, na capacidade dos estabelecimentos ou no fluxo assistencial, a Administração poderá reavaliar a distância, desde que a decisão seja tecnicamente motivada e não prejudique os usuários já submetidos aos procedimentos e ainda em acompanhamento pós-operatório.

11. SOLUÇÃO CONSIDERADA EM TODO O CICLO ASSISTENCIAL

A solução foi analisada como cadeia de cuidado, e não como compra isolada de ato cirúrgico. O ciclo começa com a depuração da fila e termina com o fechamento clínico, a validação da produção e o monitoramento de resultados. Qualquer desenho que remunere apenas o momento da cirurgia, sem garantir continuidade e rastreabilidade, é incompleto.





ETAPA	CONTEÚDO ESSENCIAL	RESULTADO ESPERADO
1. QUALIFICAÇÃO DA DEMANDA	Depuração da fila, confirmação de identidade, diagnóstico, lateridade, prioridade, existência de duplicidade e contato atualizado.	Fila apta e ordenada.
2. REGULAÇÃO	Autorização individual, escolha/rodizio do prestador, agendamento, transporte e instrução do usuário.	Encaminhamento formal e rastreável.
3. AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA	Confirmação da indicação e aptidão; exames; avaliação anestésica; biometrias e cálculo da LIO quando aplicável.	Paciente apto, adiado ou referenciado com justificativa.
4. EXECUÇÃO	Identificação, lateridade, consentimento, cirurgia segura, materiais regulares, registro do implante e resposta a intercorrências.	Procedimento concluído e documentado.
5. RECUPERAÇÃO E ALTA	Observação, prescrição, orientações escritas e verbais, sinais de alerta e canal de contato.	Alta segura e plano de seguimento.
6. PÓS-OPERATÓRIO	Retornos em janelas clínicas definidas, registro de evolução, eventos adversos, reabordagem e encerramento.	Desfecho acompanhado.
7. MEDIÇÃO E PAGAMENTO	Confronto entre autorização, prontuário, implante, retornos e relatório; glosa de inconsistências.	Produção validada.
8. MONITORAMENTO	Indicadores por prestador, auditoria, vigilância de eventos e reavaliação de capacidade.	Melhoria e decisão de continuidade.

O estabelecimento poderá ser público ou privado, desde que autorizado e qualificado. Quando a execução ocorrer no Hospital Regional de Tamboril, a divisão de responsabilidades por equipamentos, insumos, esterilização, agenda e registros deverá ser definida previamente; quando ocorrer em estrutura do credenciado, o pacote deverá absorver esses componentes. Essa distinção deve refletir-se no preço para evitar remunerar o mesmo custo duas vezes ou transferir ao Município obrigação não considerada.

12. ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES E MEMÓRIA DE CÁLCULO

ITEM	DESCRIÇÃO SINTÉTICA PARA DIMENSIONAMENTO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	Facoemulsificação com implante de lente intraocular dobrável, incluídos equipe, anestesia, insumos farmacêuticos e hospitalares, instrumental, lente e demais componentes necessários ao pacote definido.	PROCEDIMENTO	600
2	Tratamento cirúrgico de pterígio, incluídos equipe, anestesia, materiais, insumos e acompanhamento integrante do pacote assistencial.	PROCEDIMENTO	300

A unidade de medição é um procedimento concluído em um olho. Se houver indicação bilateral, cada olho somente poderá gerar uma unidade mediante autorização e registro próprios, observada a programação clínica. A quantidade corresponde ao teto estimado informado pela Secretaria e não se confunde com número de pessoas, pois um mesmo usuário pode demandar tratamento em ambos os olhos em momentos distintos.

A memória de cálculo disponível é uma estimativa de demanda assistencial apresentada: 600 unidades de catarata e 300 de pterígio, totalizando 900 procedimentos. Não foram fornecidos, para incorporação ao estudo, produção mensal histórica, fila nominal depurada ou taxa de absenteísmo. Assim, a quantidade é aceitável como teto de planejamento, mas sua validação final deve ser acompanhada de demonstrativo que contenha, de forma anonimizada, o número



de usuários por diagnóstico e olho, a idade da fila, a prioridade, as baixas, os atendimentos por outras ofertas e a capacidade pública já programada.

Recomenda-se que a contratação não distribua antecipadamente as 900 unidades em quotas rígidas. O volume deve ser liberado em ciclos de programação, de acordo com fila apta, disponibilidade orçamentária, capacidade validada e desempenho. Esse mecanismo reduz o risco de campanhas aceleradas, evita autorização sem paciente elegível e permite ajustar o ritmo diante de eventos adversos ou queda de demanda.

13. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO E METODOLOGIA DA PESQUISA DE PREÇOS

13.1. Metodologia utilizada

A estimativa foi elaborada mediante cotação de preços realizada em sistema eletrônico de Banco de Preços, ferramenta que reúne valores praticados pela Administração Pública em contratações de serviços similares. Para cada item foi adotada a média aritmética das referências selecionadas pelo setor responsável, resultando em um valor central representativo da amostra utilizada. O relatório extraído do sistema, os registros consultados e a memória de cálculo devem integrar os autos, permitindo a reprodução do resultado e o controle da formação do preço.

A utilização da média não dispensa a análise qualitativa das referências. Em serviços cirúrgicos, a identidade nominal do procedimento não assegura, por si só, equivalência econômica: o preço pode compreender somente o ato médico ou abranger equipe, anestesia, estabelecimento, instrumental, medicamentos, materiais, lente intraocular, recuperação e acompanhamento. Por isso, a validação documental deve confirmar que os preços considerados guardam compatibilidade suficiente com o pacote assistencial deste estudo e registrar, quando houver, diferenças de escopo capazes de influenciar o valor.

Para a facoemulsificação, a comparação deve considerar que a lente intraocular dobrável, a equipe cirúrgica, a anestesia, os insumos farmacêuticos e hospitalares, o instrumental e os demais componentes necessários estão incluídos no procedimento. Para o tratamento cirúrgico de pterígio, deve-se preservar a mesma lógica de preço global por procedimento, sem transferência ao usuário de despesas inerentes ao atendimento. Essa leitura evita que valores aparentemente semelhantes remunerem entregas materialmente distintas.

ITEM	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO MÉDIO	VALOR TOTAL ESTIMADO
1	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR DOBRÁVEL	600	R\$ 1.454,63	R\$ 872.778,00
2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	300	R\$ 616,73	R\$ 185.019,00
	VALOR GLOBAL ESTIMADO	900		R\$ 1.057.797,00

13.2. Memória de cálculo e valor global

O item 1 possui valor unitário médio de R\$ 1.454,63. Multiplicado pelo quantitativo estimado de 600 procedimentos, produz o subtotal de R\$ 872.778,00. O item 2 possui valor unitário médio de R\$ 616,73. Multiplicado por 300 procedimentos, produz o subtotal de R\$ 185.019,00.





A soma dos dois subtotais resulta no valor global estimado de R\$ 1.057.797,00 para o atendimento integral do teto físico de 900 procedimentos.

O valor global é estimativo e serve ao planejamento da despesa; não representa obrigação de consumo integral nem faturamento mínimo para qualquer prestador. A despesa efetiva dependerá das autorizações emitidas, da produção comprovada e validada e da disponibilidade orçamentária. No modelo de múltiplos prestadores, os valores unitários devem ser uniformes por item, de modo que a remuneração não varie em razão da empresa escolhida, mas apenas da quantidade efetivamente executada e aceita.

Como medida de governança, eventual atualização futura dos valores deverá preservar a mesma unidade de comparação, demonstrar a pertinência temporal das referências e apresentar nova memória de cálculo. Alterações no conteúdo do pacote assistencial também exigem reavaliação, pois a inclusão ou retirada de exames, insumos, anestesia, lente, estrutura ou retornos modifica a base econômica e impede simples reaproveitamento da média anterior.

13.3. Publicidade do orçamento estimado

Os valores unitários médios de R\$ 1.454,63 para facoemulsificação e de R\$ 616,73 para tratamento cirúrgico de pterígio, bem como o valor global estimado de R\$ 1.057.797,00, devem permanecer expressos nos documentos subsequentes da contratação. A publicidade é coerente com a lógica do credenciamento, em que os interessados aderem a condições remuneratórias previamente definidas e uniformes.

A divulgação dos preços favorece a avaliação prévia de exequibilidade pelos potenciais prestadores, assegura igualdade de informação, facilita o controle administrativo e social e reduz controvérsias sobre a composição econômica do procedimento. A transparência do orçamento, contudo, não afasta o dever de manter nos autos a documentação completa da pesquisa, com os elementos suficientes para demonstrar a origem e a consistência da média adotada.

14. PARCELAMENTO TÉCNICO E ECONÔMICO

A solução é divisível por procedimento. Recomenda-se permitir credenciamento separado para catarata e pterígio, pois equipamentos, experiência, composição de custos e capacidade podem não coincidir. Exigir que toda empresa execute os dois itens reduziria o mercado sem ganho clínico demonstrado. A habilitação e a capacidade técnica devem ser avaliadas por item, permitindo adesão a um ou a ambos.

Dentro de cada item, não se recomenda fracionar o pacote em equipe, anestesia, materiais, lente, uso da sala e retorno. Essa fragmentação criaria interfaces de responsabilidade, risco de falta de insumo e cobrança duplicada. O parcelamento adequado é externo — por tipo de procedimento e por múltiplos prestadores —, mantendo internamente a integralidade do cuidado. O TCU orienta que o parcelamento seja analisado conforme viabilidade técnica e vantagem econômica, com requisitos proporcionais a cada parcela.

15. ALINHAMENTO COM O PLANEJAMENTO E A DISPONIBILIDADE ORÇAMENTÁRIA

A contratação se alinha às atribuições da Secretaria Municipal da Saúde relacionadas à atenção especializada, à redução de demanda reprimida e à garantia de continuidade do cuidado. A classificação programática e a fonte de recursos devem ser certificadas pela área orçamentária,





considerando que a produção será variável e poderá combinar recursos municipais e transferências vinculadas ao custeio de ações e serviços de saúde, conforme disponibilidade e regras aplicáveis.

Não foi apresentado número de item do Plano de Contratações Anual nem saldo de dotação, razão pela qual o estudo não afirma uma compatibilidade formal que não possa comprovar. Antes da autorização, a unidade processante deverá registrar se a demanda consta do planejamento anual, justificar eventual inclusão superveniente e demonstrar reserva compatível com o cenário aprovado. A autorização mensal de procedimentos deve respeitar o limite financeiro e não apenas o teto físico.

16. RESULTADOS PRETENDIDOS E INDICADORES

Os resultados foram formulados como mudanças verificáveis. A produção é necessária, mas não suficiente: o resultado esperado combina acesso, continuidade, qualidade, eficiência e governança. As metas numéricas devem ser definidas após a validação da linha de base, para evitar percentuais arbitrários.

DIMENSÃO	INDICADOR	FONTE	PERIODICIDADE
ACESSO	Tempo mediano entre autorização e cirurgia.	Data da autorização e data do procedimento.	Mensal, por item e prestador.
REDUÇÃO DA FILA	Varição da fila apta, descontadas entradas, baixas e duplicidades.	Base regulatória depurada.	Mensal e acumulado.
PRODUÇÃO ÚTIL	Procedimentos concluídos e validados / autorizados.	Autorização, prontuário e relatório.	Mensal.
ABSENTEÍSMO	Usuários ausentes / agendados, com causa quando disponível.	Agenda e confirmação.	Mensal.
CONTINUIDADE	Percentual com retornos obrigatórios registrados no prazo.	Prontuário e agenda pós-operatória.	Mensal.
SEGURANÇA	Eventos adversos, infecções, reabordagens e encaminhamentos por 100 procedimentos.	Prontuário, NSP/CCIH e notificações.	Mensal e análise imediata de sinal.
RASTREABILIDADE	Percentual de cataratas com identificação completa da LIO.	Etiqueta/registro do implante.	100% da produção.
CONFORMIDADE	Percentual de contas aprovadas sem glosa e motivo das glosas.	Auditoria assistencial e financeira.	Mensal.
EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO	Satisfação, clareza das orientações e relato de cobrança.	Pesquisa amostral independente.	Trimestral.

A análise de segurança deve considerar volume e perfil clínico. Comparar apenas números absolutos pode penalizar quem atende casos mais complexos e estimular seleção adversa. Eventos graves ou agrupamentos incomuns exigem investigação imediata, suspensão cautelar da agenda quando necessária e comunicação às autoridades competentes, sem aguardar o fechamento mensal.

17. PROVIDÊNCIAS A SEREM TOMADAS

A implementação da solução exige a adoção de providências administrativas, assistenciais e operacionais destinadas a assegurar que os procedimentos sejam executados de forma organizada, segura e compatível com a capacidade financeira e de fiscalização do Município.





Tamboril
PREFEITURA



Essas medidas não modificam a conclusão de viabilidade, mas constituem controles necessários para que a solução produza os resultados esperados.

A Secretaria Municipal da Saúde deverá manter organizada a memória da demanda, com a identificação dos pacientes que possuem indicação cirúrgica, o diagnóstico, o olho a ser tratado, a data de ingresso na fila, a prioridade clínica e a situação do atendimento. A base utilizada para regulação deverá ser atualizada periodicamente, com exclusão de duplicidades, registro de desistências, contraindicações, atendimentos realizados por outras vias e demais ocorrências que alterem a necessidade inicialmente estimada.

Os quantitativos de até 600 procedimentos de facoemulsificação e até 300 procedimentos de tratamento cirúrgico de pterígio deverão ser tratados como limites de planejamento. A programação será realizada de maneira gradual, conforme a existência de pacientes aptos, a capacidade dos estabelecimentos, o desempenho dos prestadores e a disponibilidade orçamentária, sem formação antecipada de quotas que possam resultar em garantia de produção ou faturamento.

Deverá ser mantida nos autos a documentação da pesquisa de preços realizada por meio do sistema eletrônico de Banco de Preços, acompanhada do relatório das referências utilizadas e da respectiva memória de cálculo. A documentação deverá demonstrar a formação dos valores médios de R\$ 1.454,63 para a facoemulsificação e de R\$ 616,73 para o tratamento cirúrgico de pterígio, bem como o valor global estimado de R\$ 1.057.797,00.

A área competente deverá confirmar a disponibilidade orçamentária e financeira necessária à execução, considerando que a despesa ocorrerá conforme a produção efetivamente autorizada, realizada e validada. O controle financeiro deverá acompanhar separadamente cada item, cada prestador e cada período de atendimento, evitando que o volume autorizado ultrapasse o limite físico ou financeiro disponível.

Antes do início dos atendimentos, deverão estar definidos os critérios clínicos de inclusão, contraindicação, prioridade e encaminhamento dos pacientes, bem como os exames necessários, a avaliação pré-operatória, os procedimentos anestésicos, os retornos, o tratamento das intercorrências e as situações que exijam encaminhamento para unidade de maior complexidade. Esses parâmetros deverão ser aplicados uniformemente a todos os prestadores.

A composição do pacote assistencial deverá ser apresentada de forma objetiva, especialmente quanto à inclusão de equipe médica, anestesia, medicamentos, materiais, instrumental, lente intraocular dobrável, utilização do estabelecimento, recuperação e acompanhamento pós-operatório. Para o tratamento de pterígio, deverão estar abrangidos os profissionais, a técnica indicada, os materiais necessários, a anestesia e os retornos relacionados ao procedimento. Não deverá ser admitida cobrança adicional ao usuário por componente inerente ao serviço autorizado.

A Administração deverá verificar previamente a regularidade dos estabelecimentos indicados para execução, incluindo licenciamento sanitário, cadastro compatível com a atividade, condições físicas, equipamentos, recursos para esterilização ou processamento de materiais, equipe profissional, suporte para recuperação pós-anestésica e fluxo de atendimento às intercorrências. A análise documental poderá ser complementada por vistoria técnica sempre que necessária.

O estabelecimento indicado deverá estar localizado em distância rodoviária de até 70 km da sede do Município de Tamboril. A aferição deverá considerar o endereço efetivo de execução e



Centro Administrativo Antônio Mota
Rua Germiniano Rodrigues de Farias S/N
Bairro São Pedro CNPJ 07.705.817/0001-04



www.tamboril.ce.gov.br



rota rodoviária regular. O controle territorial não se refere à sede administrativa da empresa, mas ao local em que os pacientes serão atendidos, devendo qualquer alteração de endereço ser previamente comunicada e avaliada.

Caso os procedimentos sejam executados no Hospital Regional de Tamboril, deverá ser elaborado planejamento operacional específico, com definição das responsabilidades relativas à disponibilização das salas, equipamentos, medicamentos, materiais, instrumental, processamento dos artigos, limpeza, pessoal de apoio, recuperação pós-anestésica e atendimento de intercorrências. A utilização do hospital dependerá de compatibilidade entre a agenda proposta e a capacidade efetivamente disponível.

A Secretaria Municipal da Saúde deverá estabelecer critério objetivo e impessoal para distribuição dos pacientes entre os prestadores. A distribuição poderá considerar capacidade mensal comprovada, ordem de credenciamento, alternância, disponibilidade de agenda, localização, continuidade do acompanhamento ou escolha do usuário, quando possível, desde que o critério adotado seja previamente definido, registrado e aplicado de maneira uniforme.

Cada atendimento deverá ser precedido de autorização emitida pela regulação municipal. O documento deverá identificar o paciente, o procedimento, o olho a ser tratado, o prestador, o estabelecimento e o prazo de utilização. Não deverão ser reconhecidos para pagamento atendimentos realizados sem autorização, fora do procedimento indicado ou em estabelecimento diferente daquele previamente validado.

Deverão ser padronizados os documentos utilizados para comprovação da produção, incluindo relatório mensal, identificação do paciente, Cartão Nacional de Saúde, prontuário, data e local da cirurgia, lateridade, nome e registro profissional do cirurgião, técnica executada, identificação da lente implantada, materiais rastreáveis, alta, retornos, intercorrências e demais informações necessárias à auditoria.

A Administração deverá designar formalmente o gestor e os responsáveis pela fiscalização técnica e administrativa. A fiscalização técnica deverá verificar a conformidade assistencial e documental dos procedimentos, enquanto a fiscalização administrativa acompanhará autorizações, quantitativos, regularidade da empresa, faturamento, glosas e saldo financeiro. As ocorrências deverão ser registradas em instrumento próprio.

Os servidores responsáveis deverão receber orientação quanto ao fluxo de autorização, à conferência dos prontuários, à rastreabilidade das lentes e materiais, aos critérios de medição, à proteção de dados pessoais e ao tratamento de intercorrências. Sempre que necessário, a Secretaria poderá contar com apoio de profissional da área médica para análise de situações de maior complexidade.

Também deverá ser estruturado o fluxo de transporte sanitário, observando a condição clínica do paciente, a necessidade de acompanhante, os horários de preparação e alta, o tempo de deslocamento e a programação dos retornos. As agendas dos prestadores deverão ser comunicadas com antecedência suficiente para que o transporte não resulte em atrasos, jejum prolongado ou ausência do usuário.

Os credenciados deverão disponibilizar canal de comunicação para agendamento, orientação pós-operatória e avaliação de situações imprevistas. A Administração deverá conhecer previamente o fluxo de referência para intercorrências que não possam ser resolvidas no estabelecimento executante, inclusive nos períodos posteriores à alta.





O intercâmbio de informações clínicas deverá ocorrer por meio seguro, com acesso restrito aos profissionais e servidores que necessitem dos dados para regulação, assistência, fiscalização e pagamento. Os documentos contendo informações de saúde não deverão ser encaminhados por canais pessoais ou utilizados para finalidade diferente daquela que justificou sua coleta.

Os estabelecimentos deverão manter procedimentos adequados para segregação, acondicionamento, armazenamento e destinação dos resíduos de serviços de saúde, especialmente materiais perfurocortantes, medicamentos, embalagens contaminadas e resíduos infectantes. A fiscalização poderá solicitar registros de coleta, destinação e demais documentos relacionados ao gerenciamento desses resíduos.

Deverão ser definidos indicadores mínimos para acompanhamento da execução, incluindo tempo entre autorização e cirurgia, número de procedimentos realizados, índice de ausência, percentual de retornos concluídos, intercorrências, cancelamentos, glosas, reclamações, cobranças indevidas e satisfação dos usuários. Resultados incompatíveis com os parâmetros estabelecidos deverão motivar apuração e adoção das medidas corretivas cabíveis.

A Administração deverá manter atualizado o mapa de riscos, registrando ocorrências capazes de afetar a continuidade, a segurança do paciente, a regularidade da produção ou a execução financeira. Eventos adversos graves, falhas de esterilização, perda de licenciamento, ausência de acompanhamento, divergências documentais recorrentes ou indícios de cobrança ao usuário deverão produzir resposta imediata, inclusive suspensão cautelar de novos encaminhamentos quando necessária.

Não se identifica necessidade de realização prévia de obras, aquisição permanente de equipamentos ou ampliação estrutural pelo Município como condição geral para a implantação da solução, uma vez que os prestadores poderão executar os serviços em estabelecimentos próprios ou regularmente disponibilizados. Se houver utilização do Hospital Regional de Tamboril, deverão ser previamente verificadas as condições específicas do local, sem que isso transforme o hospital em unidade exclusiva de execução.

Com a adoção dessas providências, a Administração contará com condições adequadas para autorizar, acompanhar, medir e pagar os serviços, mantendo controle sobre a fila, os estabelecimentos, os procedimentos realizados, a qualidade assistencial e os recursos empregados. As medidas propostas possuem caráter preventivo e deverão ser preservadas durante todo o ciclo da contratação.

18. CONTRATAÇÕES CORRELATAS E INTERDEPENDÊNCIAS

A solução depende de processos que não precisam integrar o mesmo objeto, mas devem funcionar de forma coordenada. O transporte sanitário afeta comparecimento e retorno; exames laboratoriais ou cardiológicos fora do pacote podem bloquear a agenda; a rede de urgência e referência sustenta intercorrências; o fornecimento de medicamentos pós-operatórios deve ter responsável definido; e os serviços de tecnologia e arquivo protegem os dados clínicos. A equipe de planejamento deve mapear quais componentes serão absorvidos pelo pacote e quais permanecerão sob responsabilidade municipal.

Não se identifica contratação correlata que impeça o credenciamento, desde que a composição do pacote seja integral nos pontos clínicos essenciais. Se o Município optar por fornecer algum insumo ou disponibilizar o Hospital Regional, deverá comprovar abastecimento, manutenção e capacidade de esterilização antes de agendar, além de ajustar o preço para excluir custo suportado diretamente. A falta de coordenação produziria cancelamento e dupla remuneração.





19. AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇOS

O sistema de registro de preços não acrescenta benefício relevante à solução escolhida. O credenciamento já permite ingresso de diversos prestadores, contratação conforme demanda e inexistência de obrigação de consumo mínimo, com preços fixados. Sobrepor os dois procedimentos aumentaria complexidade sem resolver a questão central, que não é registrar o menor preço, mas admitir todas as capacidades qualificadas em condições uniformes e distribuir usuários de forma impessoal. Por isso, não se recomenda sua adoção para o desenho atual.

20. PARTICIPAÇÃO EM CONSÓRCIO

A participação em consórcio não se mostra necessária. O objeto é parcelável por item, a execução deve estar vinculada a estabelecimento e responsável técnico claramente identificados e o credenciamento permite que cada empresa habilitada participe conforme sua capacidade. A formação consorciada poderia tornar menos nítida a responsabilidade assistencial, sanitária e documental sem demonstrar ganho de escala. A eventual vedação deve ser motivada por essas características e não por fórmula genérica.

21. RESPONSABILIDADE DIRETA E LIMITES DA SUBCONTRATAÇÃO

A prestação clínica principal não pode ser transformada em intermediação. A empresa credenciada deve responder diretamente pela cirurgia, equipe, prontuário, materiais, acompanhamento e qualidade. Não é tecnicamente aceitável que encaminhe o paciente a terceiro não qualificado pela Administração e se limite a faturar. A subcontratação total ou a transferência do núcleo assistencial comprometeria a rastreabilidade e a fiscalização.

Isso não impede a utilização de profissionais vinculados por formas lícitas, serviços auxiliares especializados ou estabelecimento legitimamente disponibilizado, desde que tais relações sejam informadas, autorizadas quando cabível e permaneçam sob responsabilidade integral do credenciado. A Administração deve avaliar a capacidade do local e dos profissionais, independentemente da forma de vínculo. O TCU ressalta que a subcontratação total é incompatível com a responsabilidade do contratado, embora partes autorizadas possam ser executadas por terceiros sem afastar a responsabilidade principal.

22. SUSTENTABILIDADE E IMPACTOS AMBIENTAIS

Os impactos ambientais decorrem principalmente de resíduos infectantes e perfurocortantes, embalagens, medicamentos, soluções, produtos descartáveis, consumo de água e energia e processamento de instrumentais. A solução deve exigir Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde compatível com a atividade, segregação no ponto de geração, acondicionamento, armazenamento, coleta e destinação por operador autorizado, além de registros que permitam fiscalização. A RDC nº 222/2018 integra as normas indicadas pela Anvisa para serviços de saúde.

Sustentabilidade não autoriza reutilização indevida nem substituição de material de uso único. A prioridade é reduzir desperdício por planejamento de agenda, evitar abertura antecipada de kits, controlar validade e estoque, adquirir materiais regularizados e processar somente produtos passíveis de reprocessamento segundo instruções e normas. Equipamentos mantidos e ciclos de esterilização completos reduzem falhas, repetição de procedimentos e geração de resíduos adicionais. Critérios ambientais devem ser verificáveis e proporcionais, evitando declarações





genéricas sem relação com o objeto.

23. PROTEÇÃO DE DADOS E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO CLÍNICA

Os documentos conterão dados pessoais sensíveis de saúde. A circulação de listas por aplicativos pessoais, planilhas sem controle ou correio eletrônico aberto expõe usuários e compromete a integridade da fila. O fluxo deve observar finalidade, necessidade, acesso restrito, autenticação, registro de entrega, guarda e descarte seguro. Relatórios financeiros devem conter somente os dados indispensáveis à auditoria; divulgações públicas devem ser anonimizadas.

O Município atua como responsável pela regulação e deve definir canal seguro de intercâmbio, perfis de acesso, resposta a incidente e prazo de retenção conforme obrigações sanitárias e arquivísticas. O prestador deve impedir uso dos dados para captação privada, publicidade ou contato fora da finalidade assistencial. A Lei nº 13.709/2018 fornece o marco geral para o tratamento de dados pessoais e dados sensíveis.

24. VIABILIDADE POR DIMENSÃO

DIMENSÃO	CONCLUSÃO	FUNDAMENTO
TÉCNICA	VIÁVEL COM CONDICIONANTES	Existem técnicas e estruturas consolidadas, mas o pacote precisa diferenciar complexidade e comprovar capacidade real, esterilização, equipe e rastreabilidade.
ASSISTENCIAL	VIÁVEL E NECESSÁRIA	A solução amplia oferta e pode reduzir espera, desde que preserve regulação, retorno, manejo de intercorrências e ausência de seleção de casos.
OPERACIONAL	VIÁVEL	O modelo permite múltiplos locais e capacidade agregada; depende de fila única, distribuição objetiva, transporte e fiscalização capacitada.
MERCADOLÓGICA	VIÁVEL SOB TESTE	Há evidências de contratações similares e prestadores regionais, porém o raio de 70 km requer diligência formal que demonstre pluralidade e interesse.
ECONÔMICA	VIÁVEL COM ESTIMATIVA DEFINIDA	O valor global estimado é de R\$ 1.057.797,00, formado pelos valores unitários médios apurados no Banco de Preços; a documentação da pesquisa e a equivalência do escopo devem permanecer comprovadas nos autos.
ORÇAMENTÁRIA	PENDENTE DE CERTIFICAÇÃO	A dotação, a fonte e o enquadramento no planejamento anual não foram apresentados e devem ser formalmente confirmados.
JURÍDICO-ADMINISTRATIVA	COMPATÍVEL	O credenciamento paralelo e não exclusivo é compatível com a soma de capacidades, desde que aberto, impessoal, com preço uniforme e critérios de distribuição.
SANITÁRIA	VIÁVEL COM CONTROLE INTENSIVO	O volume é aceitável apenas se limitado pela capacidade de salas, equipamentos, instrumentais, CME, equipe e seguimento.

A viabilidade global não depende de uma única dimensão. Uma solução clinicamente adequada pode se tornar inviável se o preço afastar o mercado; uma solução economicamente atraente pode ser inaceitável se comprometer esterilização ou seguimento; e um raio assistencialmente útil pode ser juridicamente desproporcional se reduzir o universo a um único prestador. A conclusão final integra essas dependências.





25. POSICIONAMENTO CONCLUSIVO

O estudo realizado demonstra que o Município necessita ampliar a oferta de procedimentos cirúrgicos para tratamento de catarata e pterígio, assegurando atendimento aos usuários regulados sem concentrar toda a execução em um único estabelecimento ou condicioná-la exclusivamente à capacidade operacional do Hospital Regional de Tamboril. A necessidade possui natureza assistencial concreta e exige solução capaz de agregar diferentes capacidades de atendimento, manter continuidade clínica e permitir controle individualizado da produção.

Entre as alternativas examinadas, o credenciamento de pessoas jurídicas especializadas apresenta o melhor equilíbrio entre capacidade de atendimento, tempo de implementação, continuidade, flexibilidade operacional e controle da despesa. A possibilidade de habilitação de mais de um prestador reduz a dependência de uma única agenda, diminui o risco de interrupção e permite que o volume de procedimentos seja distribuído de acordo com a demanda regulada, a capacidade comprovada e o desempenho assistencial de cada credenciado.

A solução não vincula a execução exclusivamente ao Hospital Regional de Tamboril. O hospital poderá ser utilizado quando houver disponibilidade, condições técnicas e definição prévia de responsabilidades. Também poderão ser utilizados estabelecimentos indicados pelos credenciados, desde que estejam regularmente licenciados, possuam estrutura compatível e se encontrem dentro do limite de até 70 km rodoviários da sede municipal. Essa configuração amplia a capacidade disponível sem afastar o controle da Administração sobre os locais de atendimento.

O limite geográfico foi considerado viável por estar diretamente relacionado à acessibilidade, ao transporte sanitário, aos retornos pós-operatórios e à possibilidade de reavaliação dos pacientes. A exigência não se refere à sede empresarial nem reserva a contratação a empresas de determinado município. Seu objeto é o estabelecimento de execução, que deverá permanecer em distância compatível com a continuidade do cuidado. Por essa razão, a delimitação não possui caráter arbitrário nem representa direcionamento territorial.

A solução deverá contemplar o ciclo assistencial necessário à realização segura dos procedimentos. Na facoemulsificação, estão compreendidos a equipe cirúrgica, a anestesia, os insumos farmacêuticos e hospitalares, o instrumental, a lente intraocular dobrável e os demais recursos indispensáveis. No tratamento cirúrgico de pterígio, deverão estar incluídos os profissionais, a estrutura, os materiais, a anestesia e o acompanhamento inerente ao procedimento. A integralidade do pacote reduz interfaces de responsabilidade, evita cobranças adicionais e permite comparação uniforme da produção.

A estimativa contempla até 600 procedimentos de facoemulsificação, ao valor unitário médio de R\$ 1.454,63, correspondendo a R\$ 872.778,00, e até 300 procedimentos de tratamento cirúrgico de pterígio, ao valor unitário médio de R\$ 616,73, correspondendo a R\$ 185.019,00. O valor global estimado é de R\$ 1.057.797,00, formado a partir da média apurada em pesquisa realizada por meio de sistema eletrônico de Banco de Preços, com utilização de valores praticados pela Administração Pública em contratações de serviços similares.

O orçamento estimado não possui caráter sigiloso. Os valores unitários deverão ser previamente conhecidos e aplicados de maneira uniforme a todos os credenciados para o respectivo item. A publicidade dos preços permite que os interessados avaliem a exequibilidade da prestação, preserva a igualdade de condições e facilita o controle administrativo da despesa.

Os quantitativos representam limites estimados para fins de planejamento e não constituem





garantia de encaminhamento, produção ou faturamento. A execução dependerá da demanda efetivamente regulada, da indicação clínica, da autorização individual, da capacidade operacional dos prestadores e da disponibilidade orçamentária. O pagamento deverá se limitar aos procedimentos comprovadamente realizados, documentalmente demonstrados e aceitos pela fiscalização.

A viabilidade da solução também decorre da possibilidade de controle por paciente e por procedimento. A autorização, o prontuário, a identificação do olho tratado, a data da cirurgia, o profissional responsável, os materiais utilizados, a lente implantada, a alta, os retornos e as intercorrências deverão formar cadeia documental suficiente para permitir rastreabilidade clínica e financeira. Essa estrutura reduz o risco de pagamento indevido, duplicidade, atendimento sem autorização ou divergência entre produção informada e serviço efetivamente prestado.

Os riscos identificados são administráveis mediante regulação municipal da demanda, critérios objetivos de distribuição, vistoria dos estabelecimentos, comprovação de licenciamento, validação da capacidade operacional, acompanhamento de indicadores, auditoria dos relatórios e possibilidade de glosa de procedimentos não comprovados ou executados em desconformidade. A pluralidade de prestadores funciona, ainda, como medida de continuidade, pois reduz a dependência de uma única estrutura.

Sob as perspectivas técnica, assistencial, operacional, mercadológica e econômica, a solução mostra-se viável e compatível com a necessidade pública identificada. Não foi encontrada alternativa que, nas condições examinadas, ofereça simultaneamente a mesma capacidade de expansão, flexibilidade de execução, continuidade, proximidade dos usuários e pagamento limitado à produção validada.

Conclui-se, portanto, pela viabilidade e conveniência do prosseguimento da contratação de serviços de facoemulsificação com implante de lente intraocular dobrável e de tratamento cirúrgico de pterígio, mediante credenciamento paralelo, não exclusivo e aberto aos interessados que atendam às condições estabelecidas. A solução deverá preservar a integralidade do atendimento, o limite geográfico tecnicamente justificado, a distribuição impessoal da demanda, a responsabilidade direta dos credenciados, a transparência dos valores e a fiscalização dos resultados.

O posicionamento favorável considera o conjunto das premissas analisadas neste estudo. Alterações relevantes no objeto, nos quantitativos, no conteúdo do pacote, nos valores, no limite geográfico ou na forma de execução deverão ser reavaliadas, a fim de verificar se permanecem presentes as condições que sustentam a viabilidade da solução.

Tamboril – CE, 06 de julho de 2026.

Francisco
Marques Moura
Assinado de forma
digital por Francisco
Marques Moura
FRANCISCO MARQUES MOURA
PRESIDENTE DA COMISSÃO DE
PLANEJAMENTO

Amanda Luiza da
Silva Medeiros
Assinado de forma
digital por Amanda
Luiza da Silva Medeiros
AMANDA LUIZA DA SILVA MEDEIROS
MEMBRO DA COMISSÃO DE
PLANEJAMENTO

