



ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR – ETP

(Lei 14.133/2021 - Art.18, §1º, incisos de I a XIII)

CONTRATAÇÃO DO SERVIÇO: AMBULATÓRIO COMPLEMENTAR DE CARDIOLOGIA

*Setor responsável: Unidade de Avaliação e Controle Ambulatorial
Coordenadoria Executiva de Avaliação e Controle
Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara*

24 de outubro de 2024



SEÇÃO I – CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA (art. 18 §1 inciso I)

O presente Estudo Técnico Preliminar visa embasar a contratação de Empresa/Hospital/Clínica estruturada e com expertise para a realização consultas médicas e exames no âmbito da cardiologia, para os casos demandados por nossa rede pública de saúde, contemplando os municípios circunscritos ao Departamento Regional de Saúde-3, dos quais somo referência para a especialidade de cardiologia.

Como é notória as circunstâncias sanitárias que nos foram impostas pela pandemia causada pelo vírus SARS-Cov 2, que incluíram o distanciamento social e em algumas localidades os chamados lockdowns, impactaram demasiadamente em nossas demandas reprimidas. Com isso nos deparamos com uma situação dramática onde nossas filas requeriam meses de espera e nossas vagas eram muito escassas para atendê-las e a demanda regular, que também aumentou consideravelmente.

Após articulações políticas conseguimos verbas públicas destinadas aos mutirões que estão nos ajudando sobremaneira, porém alguns exames importantes e consulta ainda se encontram desbalanceados entre demanda e vagas para agendamento. Como é o caso das consultas e procedimentos relacionados a cardiologia.

Atualmente temos demanda reprimida de 209 consultas com cardiologistas pendentes de agendamento e entram todos os meses outros 151 encaminhamentos para essa especialidade, nossa capacidade de agendamento é de 240 consultas temos superávit de 37,08%, porém a demanda reprimida que se acumulou ao longo da pandemia nos impede de zerar a fila na celeridade que o caso requer.

Das consultas que dispomos ofertamos aos pacientes, uma parte considerável requer exames que se somam aos outros oriundos das demais unidades de saúde, como:

Holter, cuja demanda é de 712 exames e entram mais 52 outros todos os meses e nossa capacidade de execução é de 30 exames por mês, ou seja, nossas vagas estão defasadas em 42,30% em relação às entradas;

Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) com 47 exames represados e outros 36 chegando mensalmente e nossa capacidade de execução é de 25 exames, déficit de 30,55% em relação às entradas;

Teste Ergométrico, com 876 exames represados, adicionando outros 50 mensalmente e nossa capacidade de execução é de 90 exames ao mês, estamos com considerável superávit para este exame



(44,44%), porém a demanda reprimida elevada impede que atinjamos nossos objetivos com a celeridade que o caso requer;

Ecocardiograma, com 2.682 exames represados e outros 146 entrando mensalmente, nossa capacidade de resolução é de 445 exames por mês (estamos ainda executando mutirão com 400 vagas excepcionais), onde sem o mutirão teríamos um déficit gigantesco de 70%;

Os exames de eletrocardiograma têm fluido muito bem, pois algumas unidades estrategicamente escolhidas possuem o aparelho, portanto não temos demanda reprimida e as vagas ofertadas se mostram suficientes a demanda

Com esse breve apanhado sobre a situação fática da linha de cuidado em cardiologia, evidenciamos a necessidade de ampliarmos nossa capacidade instalada de atendimento, diagnóstico e tratamento.

INTRODUÇÃO

Este documento apresenta Estudo Técnico Preliminar, que constitui a primeira etapa do planejamento de uma contratação e serve, essencialmente, para assegurar a viabilidade técnica da contratação e embasar o termo de referência, conforme previsto na Lei 14.133, art. 6º, inciso XX e coaduna com o Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde, publicado pelo Ministério da Saúde.

Conforme dados extraídos do artigo publicado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia (ABC Cardiol)¹, doenças cardiovasculares em geral, segundo a Global Burden of Disease (GBD), são as causas número 1 de mortes no Brasil.

A Hipertensão, conforme dados da PNS 2013 mostrou que a prevalência de hipertensão aferida a partir dos 18 anos de idade foi 22,8% (IC 95%, 22,1 - 23,4%) em uma amostra de 59.402 indivíduos. Naqueles com mais de 75 anos, a prevalência estimada foi de 47,1%. No grupo etário de 18 a 74 anos, a prevalência foi maior entre os homens, tendo as mulheres apresentado leve predominância apenas a partir dos 75 anos de idade. A análise por região mostrou que o Sudeste (25%) e o Sul (25%) apresentaram as maiores prevalências em ambos os sexos.

Ainda com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 mostraram que 36% da população brasileira incluída tinha diagnóstico prévio e/ou medida da pressão arterial igual ou superior a 140/90 mmHg. Desses, 89% haviam contactado o sistema de saúde nos 2 anos anteriores, mas apenas 65% estavam cientes de sua condição. Entre os conhecedores de sua condição de hipertensos, 62% procuravam assistência com

¹ Dados extraídos da publicação ABC Cardiol: <https://abccardiol.org/article/estatistica-cardiovascular-brasil-2021/>



regularidade, 92% dos quais tendo recebido prescrição de medicamentos. Daqueles que informaram receber medicamentos, apenas 56% relataram que a assistência à sua condição não apresentava problemas e incluía

orientação sobre importantes fatores de risco e comportamento. De toda a população hipertensa, cerca de

33% apresentavam controle de sua pressão arterial. Daqueles que informaram receber medicamentos, apenas 56% relataram que a assistência à sua condição não apresentava problemas e incluía orientação sobre importantes fatores de risco e comportamento.

O Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA) avaliou 73.399 estudantes com idade média de $14,7 \pm 1,6$ anos, sendo 55,4% do sexo feminino. A prevalência de hipertensão foi 9,6%, sendo mais baixa nas regiões Norte (8,4%) e Nordeste (8,4%) e mais alta na região Sul (12,5%). Adolescentes obesos apresentaram maior prevalência de hipertensão (28,4%) em comparação àqueles com sobrepeso (15,4%) ou eutróficos (6,3%). A proporção de hipertensão atribuída a obesidade foi estimada em 17,8%.

De acordo com dados do estudo de coorte ELSA-Brasil, que incluiu 7.063 pacientes, com idade média de 58,9 anos na linha de base (2008-2010), hipertensão foi associada com maiores declínios de memória, fluência e escore cognitivo global. Além disso, pré-hipertensão foi preditor independente de maior declínio no teste de fluência verbal e no escore cognitivo global. Entre indivíduos tratados, o controle da pressão arterial na linha de base associou-se inversamente com o declínio no escore cognitivo global e no teste de memória.

Em relação às estatísticas municipais, há cadastrados nas unidades de saúde 21.317 pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 14.194 diagnosticados com HAS e Diabetes, o que requer do sistema público de saúde uma rede robusta para fornecer a esses pacientes os exames protocolares em tempos oportunos e principalmente manter um monitoramento adequado para que os casos não evoluam de forma negativa.

1. DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis têm recebido especial atenção por parte dos formuladores das políticas e linhas de cuidado no SUS, como por exemplo citamos o caderno da Linha de Cuidado do Adulto Hipertensão Arterial Sistêmica², que norteia o tratamento e monitorização de cardiopatias das mais

²https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_adulto_hipertens%C3%A3o_arterial.pdf



diversas etiologias. Essas patologias possuem um esquema diagnóstico que preconizam exames de baixa, média e alta complexidade na medida do comprometimento cardíaco. Neste protocolo estão revistas a realizações de eletrocardiogramas, monitorização ambulatorial de pressão arterial (m.a.p.a), holter 24h, ecocardiograma, o teste ergométrico e os exames e procedimento de alta complexidade, cateterismo cardíaco, cintilografia de miocárdio e angioplastia.

Ao cumprirmos o protocolo em tempo oportuno, e com a aderência do paciente aos tratamentos, normalmente conseguimos evitar gastos com os procedimentos de alta complexidade, porém para isso devermos ofertar recorrentemente os exames de baixa e médica complexidade.

Como é notório a pandemia que assolou o mundo, nos obrigando a restringir o fluxo de pessoas, adotar medidas sanitárias e de distanciamento, o que resultou em acúmulos descomunais de exames, uma vez que as consultas não deixaram de ser realizadas tanto na atenção primária quanto na especializada e portanto os pedidos de exames não cessaram nesse período, contudo muitos prestadores para diminuir o índice de aglomeração espaçaram os atendimentos diminuindo drasticamente a quantidade de exames realizados e com isso gerando a fila que agora se apresenta.

Dessa forma, a implementação de um ambulatório que realiza uma série de exames e procedimentos certamente irá somar em nossa rede já existente, dará vazão a demanda reprimida ao mesmo tempo que as demandas novas serão executadas e com isso esperamos em 4 ou 5 meses tender a zero nossa fila e voltar a ofertar o exame em tempo oportuno, uma vez que a demanda se tornará plenamente administrável, cumprindo os protocolos e assim melhorando os indicadores dos programas de hipertensão.

2. ALINHAMENTO COM O PROGRAMA ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL (art. 18 §1 inciso II)

A pretensa contratação encontra-se plenamente alinhada com o planejamento estratégico da gestão, uma vez que é procedimento contínuo e que há estabelecida a nível nacional linha de cuidado específico, conforme norteia o regramento disposto na Portaria de Consolidação 2 de 03 de outubro de 2017, que institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, e dá outras providências; Portaria GM/MS nº 1.174, de 25 de agosto de 2023 que revoga as Portarias GM/MS nº 1.099 e 1.100, ambas de 12 de maio de 2022, que dispõem, sobre o programa de qualificação da assistência cardiovascular - qualiSUS Cardio, e dá outras providências; Portaria SAS/MS 210 de 15 de junho de 2004 que define unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular e os centros de referência em alta complexidade cardiovascular e suas aptidões e qualidades e Portaria de consolidação 1 de 22 de fevereiro de 2022 anexo V que define critérios para habilitação de hospital como centro de referência em alta complexidade cardiovascular no sistema único de saúde (SUS).



Além de conter exames e consultas elencado no Programa Municipal Saúde Cidadã, que visa zerar as filas de espera e mantê-las a níveis administráveis, é importante componente na implantação das linhas de cuidado de pacientes cardiopatas adultos e infantis, dessa forma é evidente o alinhamento da presente demanda com as políticas públicas municipais.

Embora a gestão não tenha adotado o plano de contratações anuais, a intensão do pretenso contrato é evidente ao ser prevista na LOA e no Plano Municipal de Saúde.

SEÇÃO II – ANÁLISE DA VIABILIDADE DA CONTRATAÇÃO (art. 18 §1 inciso III)

3. REQUISITOS TÉCNICOS

Prestador/ Fornecedor deve possuir expertise comprovada e estrutura adequada para realização de consultas e exames elencados e dispostos neste estudo, para suprir a demanda das unidades de saúde de Araraquara e com potencial de ampliação a depender do comportamento da demanda.

Como dito, a atenção à cardiopatia é uma linha de cuidado importante estabelecida pelo Ministério da Saúde, e, portanto, possui regimento próprio e específico que garantem uniformidade do tratamento mantendo ativos os requisitos de qualidade. Dessa forma, são requisitos incontendíveis os dispostos nos regimentos abaixo:

- a) Lei 8.080, de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;*
- b) Portaria GM/MS 3.114, de 07 de outubro de 2010, que disciplina a atuação das instituições privadas no SUS. E dispõe sobre a Tabela de Procedimentos SUS como referência;*
- c) Portaria de Consolidação nº 3 de 13 de outubro de 2017 da linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio (iam) e do protocolo clínico sobre síndromes coronarianas agudas (sca)*
- d) Portaria de Consolidação 2 de 03 de outubro de 2017, que institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, e dá outras providências;*
- e) Portaria GM/MS nº 1.174, de 25 de agosto de 2023 que revoga as Portaria GM/MS nº 1.099 e 1.100, ambas de 12 de maio de 2022, que dispõem, sobre o programa de qualificação da assistência cardiovascular - qualiSUS Cardio, e dá outras providências;*
- f) Portaria SAS/MS 210 de 15 de junho de 2004 que define unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular e os centros de referência em alta complexidade cardiovascular e suas aptidões e qualidades;*



- g) Portaria de consolidação 1 de 22 de fevereiro de 2022 anexo V que define critérios para habilitação de hospital como centro de referência em alta complexidade cardiovascular no sistema único de saúde (SUS).*

3.1. Obrigações da Contratada

- 3.1.1.** Dar plena e fiel execução do contrato, respeitando todas as cláusulas e condições estabelecidas tanto no edital quanto no termo de referência;
- 3.1.2.** Executar o serviço dando cumprimento estrito as legislações e regulamentações pertinentes;
- 3.1.3.** Garantir a manutenção preventiva dos equipamentos utilizados na execução do procedimento;
- 3.1.4.** Tratar os pacientes com urbanidade, cortesia e humanização, compreendendo o momento de fragilidade a que passa;
- 3.1.5.** Implementar e manter protocolos de segurança rigorosos para proteger a integridade física e a saúde dos pacientes e funcionários durante os procedimentos típicos ou inerentes aos acompanhamentos cardiológicos.
- 3.1.6.** Adotar práticas que garantam a qualidade e eficiência na aquisição dos parâmetros analisados pelo exame;
- 3.1.7.** Realizar controle de qualidade regular do equipamento e dos procedimentos para garantir resultados precisos e confiáveis.
- 3.1.8.** Assegurar que os pacientes recebam informações claras e precisas sobre os procedimentos de preparação e o que esperar durante o exame.
- 3.1.9.** Operar o sistema CROSS (estadual) para gerenciamento de vagas, sistema de FAA (municipal) ou outro que venha a ser implantado, e sempre reportar-se ao gestor do contrato, no caso a Secretaria Municipal de Saúde.
- 3.1.10.** Garantir que os procedimentos sejam realizados por equipe técnica capacitada para tal função.
- 3.1.11.** Monitorar continuamente os pacientes em exame, garantindo pronta intervenção em eventuais intercorrências.
- 3.1.12.** Manter sempre durante o tratamento, médico capacitado para intervir em intercorrências sob sua competência técnica.
- 3.1.13.** Elaborar, caso não o tenha, e manter Procedimento Operacional Padrão (POP) de fácil consulta e manejo, pela equipe técnica



- 3.1.14.** Garantir a confidencialidade e segurança dos dados dos pacientes, em conformidade com a Lei 13.709/2018 (LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais)
- 3.1.15.** Implementar medidas adequadas para proteger os registros médicos e informações dos pacientes contra acesso não autorizado ou uso indevido.
- 3.1.16.** Cumprir todas as normativas regulatórias, licenças e certificações necessárias para a operação do serviço.
- 3.1.17.** Manter registros precisos e completos de todos os procedimentos realizados, conforme exigido pela legislação e regulamentação aplicável.
- 3.1.18.** Quanto ao faturamento, deverá o prestador em caminhar à Secretaria Municipal de Saúde periodicamente e impreterivelmente até o dia 5º dia útil do mês posterior a realização dos procedimentos relatório de produção, as guias de exames entregues pelo paciente juntamente com a avaliação de qualidade.
- 3.1.19.** Lançar nos sistemas designados os pacientes faltantes, e se for o caso lançar no sistema de faturamento os pacientes que executaram os exames e as consultas.

3.2. Obrigação do Contratante

- 3.2.1.** Assegura-se da boa prestação dos serviços, verificando sempre seu bom desempenho;
- 3.2.2.** Prestar informações e esclarecimentos que venham a ser solicitados pela contratada;
- 3.2.3.** Proporcionar todas as facilidades sob seu alcance, indispensáveis à boa execução dos serviços;
- 3.2.4.** Fiscalizar o cumprimento das obrigações assumidas pela CONTRATADA, com vistas a quantidade e a qualidade dos serviços prestados;
- 3.2.5.** Efetuar os pagamentos das notas fiscais / fatura de prestação de serviços dentro do vencimento;
- 3.2.6.** Zelar pelo cumprimento dos protocolos vigentes ou a serem implementados;
- 3.2.7.** Zelar pelo cumprimento das cláusulas do contrato e suas partes integrantes;
- 3.2.8.** Responder a demandas que se configuram como exceções a rotina;
- 3.2.9.** Julgar denúncias ou ações não contempladas pelas cláusulas do contrato, garantindo o direito a ampla defesa;
- 3.2.10.** Acompanhar e monitorar a demanda através do CROSS;
- 3.2.11.** Manter sempre diálogo com o prestador procurando solucionar as demandas apresentadas por eles e cobrando soluções de problemas no âmbito da execução;
- 3.2.12.** Monitorar em aspectos gerais o funcionamento e produção da contratada.

4. CRITÉRIOS DE SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL (art. 18 §1 inciso XII)



Como é cediço, a preocupação com a sustentabilidade ambiental além de vários outros aspectos, também tangem o reflexo na saúde da população, assim, faz-se necessária a implementação de políticas específicas em cada área de atuação.

Portanto, a presente contratação deve obedecer às normas ambientais e de sustentabilidade aplicáveis promovendo a correta destinação dos resíduos resultantes da prestação do serviço, tais como peças substituídas, embalagens, insumos, efluentes líquidos, resíduos sólidos, resíduos biológicos. Para fins normativos adota-se a Lei 12.305 de 2 de agosto de 2010 e seu decreto regulamentador, Decreto 7.404 de 23/12/2010. No âmbito municipal, deve-se estar alinhada às políticas públicas de sustentabilidade que podem ser observada pela Lei 8.335 de 03 de novembro de 2014 e Portaria nº 21.785, de 18 de setembro de 2012, assim como o PLANO MUNICIPAL DE SANEAMENTO BÁSICO (<https://arquivo.ambiente.sp.gov.br/cpla/2017/05/araraquara.pdf>).

Tais medidas visam minimizar ou mitigar os impactos ambientais causados pela implementação da proposta, contribuindo assim para o engajamento da gestão e seus prestadores na preservação ambiental na diminuição das pegadas de carbono que o ramo de atividade proporciona.

5. DAS PENALIDADES E MULTAS

Em caso de inexecução total ou parcial do Contrato, o contratante poderá, segundo a extensão da falta cometida aplicar as seguintes sanções (art. 156 – Lei 14.133/2021):

- a.) ADVERTÊNCIA, nas hipóteses de execução irregular de que não resulte prejuízo para a Administração;
- b.) MULTA na hipótese de inexecução do contrato que importe ou não prejuízo para a administração
- c.) SUSPENSÃO POR ATÉ 2 ANOS do direito de licitar com a Administração, nas hipóteses de execução irregular, atrasos ou inexecução que resulte em prejuízo à Administração;
- d.) DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os seus motivos determinantes ou até que seja promovida a reabilitação perante a autoridade que aplicou a penalidade, nas hipóteses em que a execução irregular, os atrasos ou a inexecução associam-se à prática de ilícito penal.

- 5.1.** As penalidades somente poderão ser relevadas em razão de circunstâncias excepcionais, e as justificativas somente serão aceitas por escrito, fundamentadas em fatos reais e comprováveis, a critério da autoridade competente do CONTRATANTE, e, desde que formuladas no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis da data do vencimento estipulada para o cumprimento do objeto deste contrato.

Ressalta-se que o certame decorrente deste estudo técnico é amplamente lastreado pela observância do direito ao contraditório e ampla defesa nos termos da Lei 14.133/2021 em seu artigo 25.



5.2. É garantida à contrata o direito ao contraditório e ampla defesa, que deverá ser realizado por escrito e entregue ao setor competente, que irá analisar e abrir prazos para a consecução de provas e considerações finais. Tudo o que for produzido em defesa será avaliado imparcialmente e as decisões deverão ser embasadas em lei, diretrizes ou recomendações oficiais.

6. ESTIMATIVA QUANTITATIVA (art. 18 §1 inciso IV)

Como já abordado no início deste estudo, nossa demanda versus nossa capacidade instalada caracteriza-se atualmente por:

DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE		DEMANDA MENSAL (a)	DEMANDA REPRIMIDA (b)	CAPACIDADE INSTALADA (c)	SUPERÁVIT ↑ OU DÉFICIT ↓ (d)
1	Consultas com Cardiologistas	151	209	240 (450) ³	37,08% ↑
2	Holter 24h	52	712	30	42,31% ↓
3	Monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA)	36	47	25	30,55% ↓
4	Teste Ergométrico	50	876	90	44,44% ↑
5	Eletrocardiograma (ECG) ⁴	28	0	-	-
6	Ecocardiograma	146	2.682	45 (400) ⁵	44,55% ↓

Tabela 1 – Caracterização da demanda

O cálculo do superávit demonstra o que estamos oferecendo de forma adequada em função da demanda mensal, assim, superávit significa mais vagas que a demanda mensal e déficit significa que estamos ofertando menos vagas que a demanda mensal, que pode se expressa pela fórmula matemática $((c-a)/c)*100$.

Analisando a tabela 1, item 1 – consultas cardiológicas vemos que temos uma demanda reprimida e 209 pacientes aguardando e essa fila cresce na ordem de 151 novos pacientes por mês, enquanto nossa capacidade instalada, ou seja, nossa capacidade de atender é de 240 primeiras consultas e 450 retornos, o que demonstra que a fila de espera está bem controlada com superávit de 37,08% ou seja, neste recorte ofertamos 37,08% (89 consultas) a mais do que a demanda total requer que se destina a abater a demanda reprimida.

Na mesma análise para o item 2 – Holter 24h, observamos uma demanda reprimida de 712 exames que são acrescidos mensalmente de mais 52 outros, enquanto nossa capacidade instalada é suficiente para 30 exames por mês, ou seja, estamos oferecendo 42,31% menos exames do que nossa demanda requer.

Para o item 3 - Monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), observamos uma demanda reprimida de 47 exames que são acrescidos mensalmente de mais 36 outros, enquanto nossa capacidade

³ Nossa capacidade permite a realização de 240 primeiras consultas e 450 retornos

⁴ Temos aparelhos de ECG em unidades da atenção primária estrategicamente posicionados, o que garantem a execução sem deixar filas

⁵ Nossa capacidade real é de 45 exames ao mês, porém, temporariamente executamos 400 exames em regime de mutirão.



instalada é suficiente para 25 exames por mês, ou seja, estamos oferecendo 30,55% menos exames do que nossa demanda requer.

Para o item 4 – Teste Ergométrico, observamos uma demanda reprimida de 876 exames que são acrescidos mensalmente de mais 50 outros, enquanto nossa capacidade instalada é suficiente para 90 exames por mês, ou seja, estamos oferecendo 44,44% mais exames do que nossa demanda requer, cuja excedente servirá para abater o quantitativo da demanda reprimida em 40 exames.

Para o item 5 – Eletrocardiograma, temos uma capacidade muito grande de execução pois adquirimos aparelhos para algumas unidades de saúde e como não temos demanda reprimida e nossa capacidade de execução é superior a demanda da rede a fila permanece zerada e sob controle.

Para o item 6 – Ecocardiograma, temos a uma demanda reprimida de 2.682 exames, acrescidos mensalmente de mais outros 146, enquanto nossa capacidade instalada é de 45 exames, ou seja, a quantidade ofertada está abaixo da demanda que entra em 44,55%. Hodiernamente com a execução do mutirão que acabará em novembro reduzimos a fila de espera a níveis mais administráveis que pretendemos

Para o item 6 – Ecocardiograma, temos a uma demanda reprimida de 2.682 exames, acrescidos mensalmente de mais outros 146, enquanto nossa capacidade instalada é de 45 exames, ou seja, a quantidade ofertada está abaixo da demanda que entra em 44,55%. Hodiernamente com a execução do mutirão que acabará em novembro reduzimos a fila de espera a níveis mais administráveis que pretendemos tender a zero com a pretensa contratação.

Sendo assim, a presente proposta visa ampliar nossa rede para de atendimento conforme a tabela 2:

PROCEDIMENTO	CAPACIDADE INSTALADA	PROPOSTA DE AMPLIAÇÃO	RESULTADO ESPERADO	IMPACTO NA DEMANDA
Consultas com Cardiologistas	240 (450 retornos)	140	289 ⁶ (541 retornos)	60,26% ↑ Zeramento de fila no primeiro mês de operação
Holter 24h	30	30	60	15,38% ↑ Zeramento da fila em 7 meses
Monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA)	25	30	55	52,77% ↑ Zeramento da fila em 3 meses
Teste Ergométrico	90	42	132	62,12% ↑ Zeramento da fila em 10 meses
Eletrocardiograma (ECG)	-	140 ⁷	140	Não se aplica
Ecocardiograma	45 (400)	90	135	7,53% ↓ Zeramento da fila em 7 meses (considerando o mutirão)

Tabela 2 – Análise do cenário de ampliação

Para as consultas cardiológicas aumentaríamos nossa capacidade de 240 para 289 alcançando um superávit maior ainda com zeramento da fila no primeiro mês de operação.

Para o exame de Holter 24, corrigiríamos o déficit demonstrado na tabela 1 e obteríamos ainda superávit de 15,38% de exames com expectativa de zeramento em 7 meses.



Para o exame de MAPA, corrigiríamos o déficit demonstrado na tabela 1 e obteríamos ainda superávit de 52,77% de exames com expectativa de zeramento em 3 meses.

Para o exame de Teste Ergométrico, corrigiríamos o déficit demonstrado na tabela 1 e obteríamos ainda superávit de 62,12% de exames com expectativa de zeramento em 10 meses.

Para o exame de Ecocardiograma, embora não consigamos diminuir o déficit por completo este se reduziria a 7,53%, carecendo de novas ações para buscar o zeramento, que se mostra absolutamente factível.

Cabe destacar que os superávits não significam desperdício, mas sim capacidade de absorver a demanda caso essa aumente no decorrer dos anos, uma vez que os prestadores são remunerados pela quantidade de exames e consultas que realizam efetivamente e não pela quantidade total contratada.

6.1. Do valor unitário (art. 18 §1 inciso V e VI)

O referencial para o serviço adotado será a tabela SIGTAP/SUS (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>), conforme valores abaixo determinados:

DESCRIÇÃO	VALOR UNITÁRIO	PROPOSTA AUMENTO a.m.	VALOR TOTAL
030101007-2 - Consulta Medica Em Atenção Especializada	R\$ 10,00	140	R\$ 1.400,00
021102004-4 - Monitoramento Pelo Sistema Holter 24 Hs (3 Canais)	R\$ 30,00	30	R\$ 900,00
021102005-2 - Monitorização Ambulatorial De Pressão Arterial (Mapa)	R\$ 10,07	30	R\$ 302,01
021102006-0 - Teste De Esforço / Teste Ergométrico	R\$ 30,00	42	R\$ 1.260,00
021102003-6 – Eletrocardiograma	R\$ 5,15	140	R\$ 721,00
020501003-2 - Ecocardiografia Trans torácica	R\$ 67,86	90	R\$ 6.107,40
T O T A L			R\$ 10.690,41

Tabela 3 – Impacto orçamentário por procedimento.

A tabela SIGTAP foi instruída pela Portaria GM/MS nº 2.848, DE 06 de Novembro de 2007 e serve como referência para a transferência de recursos entre os entes federados. Podendo, portanto, ser utilizada como referencial no âmbito das contratações públicas.

Trata-se de uma tabela com valores abaixo dos praticados no mercado, e que só possuem exequibilidade ao se contratarem e executarem grandes volumes de exames, que é o caso da presente proposta.

Dessa forma, dispensa-se o levantamento de valores praticados pelo mercado e utiliza-se a referida tabela como base para a contratação.

7. DA(S) SOLUÇÃO(ÕES) (art. 18 §1 inciso VII)



7.1. Solução I – Descrição

Como o município de Araraquara encontra-se com sua estrutura própria e terceirizada estagnada e sem possibilidade de ampliação da oferta, entendemos como profícuo a contratação do serviço de forma a complementar a matriz de atendimento municipal na especialidade de cardiologia, respaldados pela Lei 8080/90 e Lei 14.133/2021.

Configura-se como uma solução bastante plausível, que resultaria em uma implementação rápida com resultados imediatos.

Viabilidade:

Solução com nível de viabilidade bastante elevado, pois requer investimento relativamente baixo em relação a solução II e apresenta resultados muito satisfatório no curto e médio prazo.

O investimento médio nesta solução é de **R\$ 128.284,92 ao ano** e contribuiria de forma decisiva a manutenção da demanda a níveis plenamente administráveis.

Dentre as vantagens podemos observar:

- a) *Utilização de infraestrutura médica e recursos já existentes, reduzindo custos de implantação.*
- b) *Menor tempo necessário para iniciar as operações, uma vez que muitos dos recursos já estão em vigor.*
- c) *Acesso a Expertise Especializada: Os prestadores de serviços geralmente possuem uma vasta experiência e expertise no gerenciamento e operação de unidades que executam o objeto deste ETP. Contratar um serviço externo permite à instituição ou município se beneficiar dessa expertise especializada sem a necessidade de desenvolvê-la internamente.*
- d) *Flexibilidade e Escalabilidade: Ao contratar um serviço externo, a instituição ou município pode se beneficiar da flexibilidade e escalabilidade oferecidas pelos prestadores de serviços. Isso pode incluir a capacidade de ajustar rapidamente a capacidade de atendimento de acordo com as demandas flutuantes dos pacientes e da comunidade.*
- e) *Redução de Sobrecarga Administrativa: Operar uma unidade com tantos exames de expertise em cardiologia requer uma grande quantidade de trabalho administrativo, incluindo gerenciamento de pessoal, aquisição de suprimentos, manutenção de equipamentos e conformidade regulatória. Ao contratar um serviço externo, parte dessa sobrecarga administrativa é transferida para o prestador de serviços, permitindo à instituição ou município focar em outras áreas prioritárias.*
- f) *Redução de Riscos Operacionais e Financeiros: Contratar um serviço de terceiros pode reduzir os riscos operacionais e financeiros associados à operação de uma unidade própria. Isso inclui riscos relacionados a problemas de pessoal, manutenção de equipamentos, conformidade regulatória e flutuações na demanda de pacientes.*
- g) *Nos moldes do presente estudo uma unidade que concentre consulta e exames diferenciais em uma única clínica beneficiaria e muito o paciente, pois teria um nível de atenção e sinergia muito maior do que o paciente passar em consulta em um ambulatório, fazer uma parte dos exames em um lugar outra parte em outro, etc.*

As possíveis desvantagens são:



- a) *Dependência Externa: Ao contratar um serviço de terceiros, a instituição ou município fica dependente da disponibilidade e da qualidade dos serviços prestados pela empresa contratada. Isso pode resultar em limitações na flexibilidade e na capacidade de resposta às necessidades específicas dos pacientes e da comunidade.*
- b) *Falta de Controle Direto: Ao terceirizar o serviço, a instituição ou o município tem menos controle direto sobre as operações e a qualidade do serviço. Isso pode resultar em desafios na garantia da conformidade com padrões de qualidade, segurança e regulação.*
- c) *Menor Personalização: Um serviço terceirizado pode não ser tão facilmente adaptado às necessidades específicas da instituição ou da comunidade. Isso pode limitar a capacidade de personalizar o serviço para atender às preferências dos pacientes ou às demandas locais.*
- d) *Riscos de Interrupção do Serviço: Dependendo dos termos do contrato com o prestador de serviços, pode haver riscos de interrupção do serviço devido a problemas financeiros, desentendimentos contratuais ou outras questões operacionais.*
- e) *Possíveis Dificuldades de Coordenação: A coordenação entre a instituição contratante e o prestador de serviços pode ser mais complexa do que se o serviço fosse operado internamente. Isso pode resultar em desafios na comunicação, na resolução de problemas e na implementação de melhorias.*

7.2. Solução II

Diferentemente da Solução I a Solução II, seria a implementação de serviço próprio, que requer de início a ocupação permanente de algumas salas em tamanhos adequados para os equipamentos e seus insumos, aquisição da esteira, aparelhos de ultrassom, holters, mapas, insumos, recursos materiais, em quantidades suficientes para o volume de pacientes que se deseja atender, composição de equipe técnica qualificada (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e pessoal administrativo, recursos necessários para custeio do serviço, entre outros investimentos para pleno funcionamento.

Viabilidade:

Nível de viabilidade desta solução foi avaliado como inviável para o momento. A presente medida requer investimentos que vão desde a compra dos equipamentos, na ordem de dezenas de milhares, custos com instalações, insumos, e principalmente o salário dos profissionais envolvidos, no caso médicos cardiologistas, técnicas em enfermagem e outros técnicos envolvidos direta ou indiretamente no processo. Ou seja, a Solução II caracteriza-se como muito mais dispendiosa, e com prazo de início extremamente alongado.

Dentre as vantagens podemos observar:

- a) *Controle Direto sobre Qualidade e Segurança: Ao operar um serviço de próprio, controle direto sobre a qualidade e segurança dos procedimentos. Isso permite implementar protocolos específicos, garantir o cumprimento de normas e regulamentações, e manter altos padrões de atendimento aos pacientes.*



- b) *Customização dos Serviços: Ter um serviço próprio oferece a oportunidade de customizar os serviços de acordo com as necessidades específicas da comunidade local. Isso inclui a adaptação dos horários de funcionamento, a oferta de serviços complementares e a personalização do atendimento de acordo com as preferências dos pacientes.*
- c) *Melhor Coordenação com Outros Serviços de Saúde: Um serviço próprio pode ser integrado mais facilmente com outros serviços de saúde oferecidos no município. Isso promove uma melhor coordenação do cuidado, facilitando o compartilhamento de informações médicas, o acompanhamento de tratamentos complementares e a gestão de condições médicas concomitantes.*
- d) *Autonomia e Flexibilidade: Operar um serviço próprio proporciona maior autonomia e flexibilidade na gestão das operações. Isso permite uma resposta mais ágil às necessidades emergentes, a implementação de mudanças e melhorias conforme necessário, e a capacidade de adaptar os serviços de acordo com as demandas flutuantes dos pacientes.*
- e) *Redução de Custos a Longo Prazo: Embora o investimento inicial possa ser significativo, a operação pode resultar em economia a longo prazo. Evita-se o pagamento de taxas recorrentes de terceiros e há a possibilidade de otimizar custos operacionais ao longo do tempo.*

As possíveis desvantagens são:

- a) *Alto Investimento Inicial: Estabelecer um serviço próprio requer um investimento inicial significativo em infraestrutura, equipamentos médicos especializados, treinamento de pessoal e outras despesas operacionais.*
- b) *Complexidade na Gestão: A operação de um serviço como esse requer uma gestão complexa que envolve coordenação de equipe, gestão de estoques de suprimentos médicos, manutenção de equipamentos e conformidade com regulamentações e normas sanitárias.*
- c) *Custos Operacionais Elevados: Além do investimento inicial, os custos operacionais contínuos podem ser significativos, incluindo despesas com pessoal, manutenção de equipamentos, consumo de água e energia, entre outros.*
- d) *Necessidade de Recursos Humanos Especializados: Para operar um serviço, é necessário contar com uma equipe altamente qualificada e especializada, incluindo cardiologistas, enfermeiros especializados, técnicos e outros profissionais de saúde e administrativos.*
- e) *Riscos de Complicações Médicas: Existem riscos inerentes ao procedimento, e uma equipe que não possui expertise clínica e recursos adequados, podem colocar a vida do paciente em risco.*
- f) *Flutuações na Demanda de Pacientes: A demanda por consultas e exames cardiológicos podem variar ao longo do tempo, o que pode resultar em subutilização ou superlotação da capacidade do serviço próprio, afetando a eficiência operacional e a qualidade do atendimento.*
- g) *Limitações na Captação de Recursos: A obtenção de financiamento e recursos adicionais para sustentar um serviço próprio pode ser desafiadora, especialmente para municípios com*



recursos financeiros limitados ou outras prioridades de investimento.

- h) *Responsabilidades Legais e Regulatórias: Operar um serviço como este envolve conformidade com uma série de regulamentações e normas legais, incluindo licenciamento, regulação de dispositivos médicos, conformidade com padrões de segurança e qualidade, entre outros aspectos regulatórios. O não cumprimento dessas regulamentações pode resultar em penalidades legais e riscos à reputação do serviço.*

7.3. Apresentação do benefício da solução

Como apurado e demonstrado a opção mais vantajosa para o momento sem margem de dúvidas, é a **Solução I** que apresenta o binômio custo-benefício bastante atrativo no curto-médio prazo, de início imediato e com desvantagens plenamente administráveis.

8. SOBRE O PARCELAMENTO DA CONTRATAÇÃO (art. 18 §1 inciso VIII)

A intensão da presente contratação é proporcionar aos pacientes atendimento integral em cardiologia em um ambulatório, onde o paciente é referenciado pela Atenção Primária de Saúde, porta de entrada prioritária mencionada no Decreto 7.508/2011 art 9º inciso I, passa pelo cardiologista, é avaliado em primeira consulta e lhe solicitado (ou não) alguns exames, cujos referentes a especialidade cardiológica serão realizados pelo ambulatório, retorna e tem seu diagnóstico fechado, tratamento prescrito e acompanhamento realizado, tudo isso em um só ambulatório. Sendo assim, o parcelamento da contratação obliteraria a ideia do ambulatório proposto por este ETP, sendo, portanto, não recomendado o parcelamento.

9. RESULTADOS PRETENDIDOS (art. 18 §1 inciso IX)

Retomando as informações trazidas na Introdução deste ETP, que nos traz estatísticas da morbi-mortalidade atribuídas a doenças cardiovasculares, o presente investimento irá proporcionar maior atenção e cuidados e acompanhamentos aos pacientes cardiopatas onde esperamos atingir maior controle sobre a estabilidade dessas cardiopatias, que refletirá na qualidade de vida dos pacientes. Como efeitos econômicos esperados teremos a diminuição de gastos com cirurgias cardíacas, e menos realizações de exames de alto valor e complexidade, como Cintilografias, Cateterismos Cardíacos, Angiografias, entre outros.

Ou seja, o atingimento o objetivo esperado proporcionará benefícios em saúde aos pacientes e economia indireta com a realização de menos exames e cirurgias completas, deixando cristalina a relevância da proposta.



10. DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO E MENSURAÇÃO DOS RESULTADOS (art. 18 §1 inciso X)

Deverá a Administração designar fiscal de contrato para acompanhar a execução e mensurar os atingimentos das metas por meio do acompanhamento de indicadores a serem estabelecidos em conjunto com os contratados.

11. CONTRATAÇÕES CORRELATAS E/OU INTERDEPENDENTES (art. 18 §1 inciso XI)

Por se tratar de assunto típico de saúde pública e considerando o caráter especializado, mas abrangente na área da cardiologia, deverão os prestadores credenciados providenciar tudo o que for preciso a consecução do objetivo, portanto, não se aplicam hipóteses de contratações correlatas e/ou interdependentes nos termos do supracitado artigo.

12. CONCLUSÃO

Apresentados os pressupostos aventados nos itens 7.1, 7.2 e 7.3, as metas e objetivos a serem alcançados pela implementação do Ambulatório de Cardiologia, a análise estatística, impacto orçamentário-financeiro, observa-se presente o trinômio interesse público, viabilidade econômica e oportunidade, concluímos, portanto, pela admissibilidade da proposta.



MATRIZ DE RISCO

(Lei 14133/2021 - Art22)

CONTRATAÇÃO DO SERVIÇO CENTRO CARDIOLÓGICO DE REFERÊNCIA



1. RISCOS DO PROCESSO DE CONTRATAÇÃO

A análise de riscos permite a identificação, avaliação, e gerenciamento dos riscos relacionados à contratação. Os riscos analisados foram organizados em duas categorias:

1.1. Quanto aos riscos que possam comprometer o sucesso do processo de contratação, definiu-se para cada um deles:

- a.) Probabilidade de ocorrência;
- b.) Os possíveis danos potenciais;
- c.) Possíveis ações preventivas e de contingência;
- d.) Identificação dos setores responsáveis pela ação

1.2. Após a identificação e classificação, deve-se executar uma análise quanti-qualitativa dos riscos através da classificação escalar da probabilidade e do impacto conforme das definições de referência a seguir:

EIXO X

PROBABILIDADE		
ESCALA	FREQUENCIA OBSERVADA	DESCRIPTIVO DE ESCALA
5 – Muito Alta	$\geq 90\%$	Evento esperado que ocorra na maioria das circunstâncias
4 – Alta	$\geq 50\% < 90\%$	Evento provavelmente ocorra na maioria das circunstâncias
3 – Possível	$\geq 30\% < 50\%$	Evento deve ocorrer em algum momento
2 – Baixa	$\geq 10\% < 30\%$	Evento pode ocorrer em algum momento
1 – Muito Baixa	$< 10\%$	Evento pode acontecer apenas em circunstâncias excepcionais

Tabela 1 – Escala de probabilidade

EIXO Y

ESCALA DE IMPACTO	
ESCALA	RESULTADO
5 – Catastrófico	Resulta em colapso da ação, a viabilidade do objetivo pode ser completamente comprometida
4 – Grande	Compromete acentuadamente a ação, os objetivos estratégicos podem ser fortemente comprometidos
3 – Moderado	O Impacto é significativo no alcance dos objetivos
2 – Pequeno	O Impacto é pouco relevante ao alcance dos objetivos
1 – Insignificante	O Impacto é mínimo no alcance dos objetivos



Tabela 2 – Escala de impacto

A análise quantitativa dos riscos consiste na classificação conforme o produto entre a probabilidade e o impacto. Tal classificação resultará no nível do risco e direciona as ações relacionadas aos riscos durante a fase de planejamento e gestão do contrato

A tabela a seguir apresenta a Matriz Impacto x Probabilidade, instrumento responsável pela definição dos critérios quantitativos de classificação do nível de risco⁶

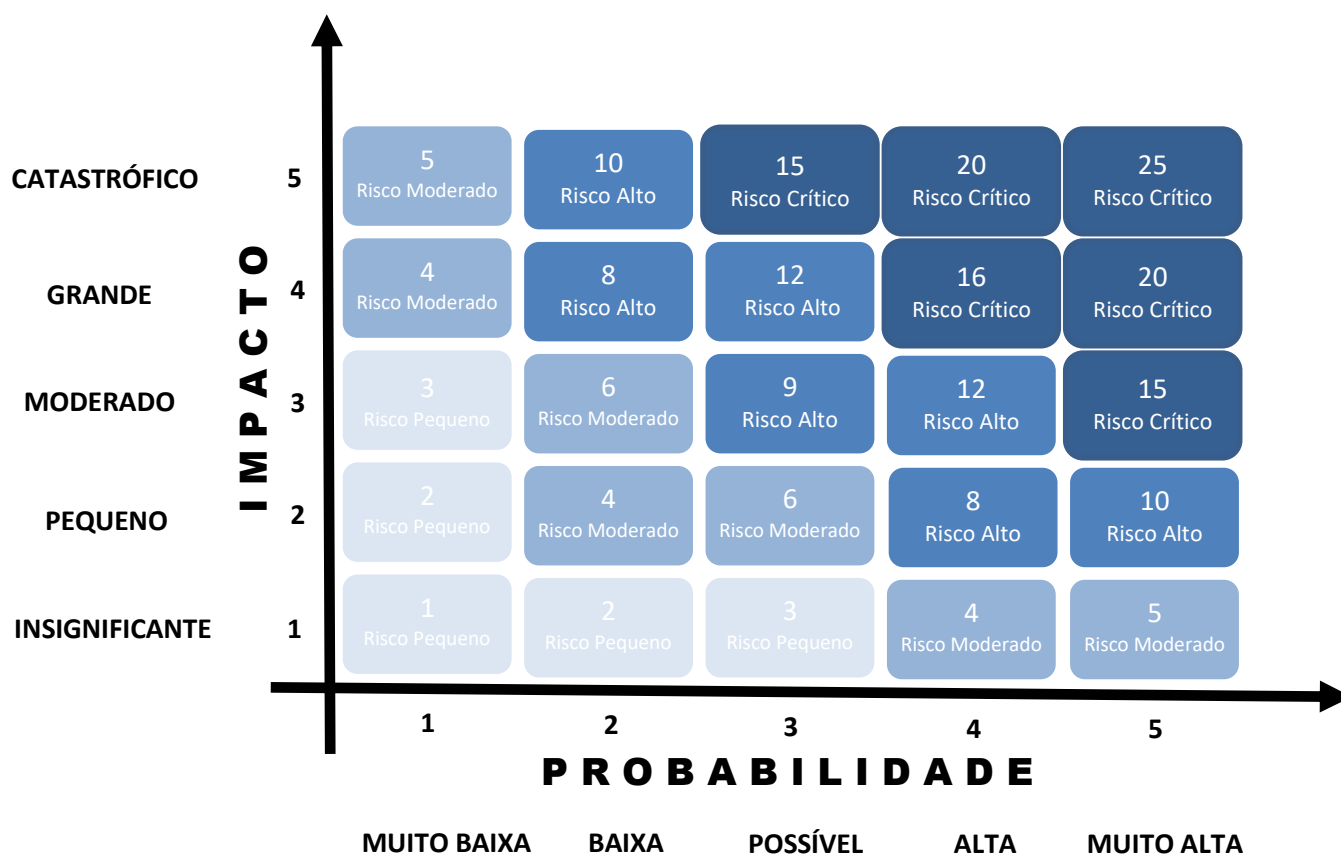


Tabela 3 – Matriz de Impacto x Probabilidade

⁶ Magnitude de um risco, expressa em termos da combinação de suas consequências e probabilidades de ocorrência. Definição encontrada em: https://antigo.mctic.gov.br/mctic/opencms/legislacao/portarias/Portaria_MCTIC_n_1740_de_29032018.html acessado em 23/02/2024 16:15



ESCALA DE NÍVEL DE RISCO	
NÍVEIS	PONTUAÇÃO
RC – RISCO CRÍTICO	$\geq 15 \leq 25$
RA – RISCO ALTO	$\geq 8 \leq 12$
RM – RISCO MODERADO	$\geq 8 \leq 12$
RP – RISCO PEQUENO	$\geq 1 \leq 3$

Tabela 4 – Escala de risco

As tabelas 3 e 4 ilustram de forma geral as cinco escalas de impacto e de probabilidade e os quatro níveis de riscos dos quais o certame poderá se enquadrar. O produto do impacto pela probabilidade de cada risco deve-se enquadrar em uma região da matriz da tabela 3.

A tabela a seguir apresenta uma síntese dos riscos identificados e classificados neste documento. Na presente situação, de acordo com os parâmetros acima, temos:



ID	TIPO DE RISCO ⁷	DESCRIÇÃO DO RISCO	RELACIONADOS AO (À)	PROBABILIDADE (P)	IMPACTO (I)	NÍVEL DE RISCO (Pxl)
R1	RO	Qualidade inconsistente nos exames realizados	Contratado	2	3	6
R2	RO	Não conformidade com normas e protocolos	Contratado	1	3	3
R3	RR	Flutuação nos preços de insumos	Contratado/Contratante	3	3	9
R4	RR	Recursos e impugnações que atrasam a licitação	Licitantes	1	2	2
R5	RO	Problemas de coordenação entre consultas e exames podem gerar atrasos.	Contratados/Contratante	2	3	6
R6	RO	Desinteresse de fornecedores devido a condições desvantajosas	Licitantes	1	3	3
R7	RO	Altas taxas de absenteísmo dos pacientes	Contratante	4	2	8

Tabela 5 – Relação de riscos identificados

ID	DESCRIÇÃO DO RISCO	NÍVEL DE RISCO (Pxl)	IDENTIFICAÇÃO NA MATRIZ
R1	Qualidade inconsistente nos exames realizados	6	RISCO MODERADO
R2	Não conformidade com normas e protocolos	3	RISCO PEQUENO
R3	Flutuação nos preços de insumos	9	RISCO ALTO
R4	Recursos e impugnações que atrasam a licitação	2	RISCO PEQUENO
R5	Problemas de coordenação entre consultas e exames podem gerar atrasos.	6	RISCO MODERADO
R6	Desinteresse de fornecedores devido a condições desvantajosas	3	RISCO PEQUENO
R7	Altas taxas de absenteísmo dos pacientes	8	RISCO ALTO

Tabela 6 – Níveis de riscos apurados

⁷ **RO - Risco Operacional:** eventos que podem comprometer a contratação, normalmente associados a falhas, deficiência ou inadequação de processos internos, pessoas, infraestrutura e sistemas; **RF - Risco Financeiro:** eventos que podem comprometer a capacidade do órgão de contar com os recursos orçamentários e financeiros necessários à realização de suas atividades, ou eventos que possam comprometer a própria execução orçamentária, como atrasos no cronograma de licitações; **RIm - Risco de Imagem:** eventos que podem comprometer a confiança da sociedade ou de parceiros, de clientes ou de fornecedores, em relação à capacidade do órgão em cumprir sua missão institucional; **RL- Risco Legais:** eventos derivados de alterações legislativas; **RI - Risco Inerente:** risco a que uma organização está exposta sem considerar quaisquer ações gerenciais que possam reduzir a probabilidade dos riscos ou seu impacto considerar quaisquer ações gerenciais



A da Tabela 6, evidencia um cenário com 2 riscos altos e 4 riscos moderados e 1 risco pequeno. Devido à necessidade premente para início de execução do objeto e a importância da matéria, admite-se os riscos inerentes, requerendo maior atenção, principalmente nos riscos considerados altos e moderados.

2. TRATAMENTO DE RISCOS

ID	RISCO 1 (R1)
----	--------------



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE
ARARAQUARA
SECRETARIA DE SAÚDE



	Risco	Qualidade inconsistente nos exames realizados
ID	RISCO 2 (R2)	
R1	Matriz de Risco	RISCO ALTO
	Dano 01	Exames diagnósticos com baixa qualidade pode levar a diagnóstico errados, como consequência, prescrições erradas, atraso no tratamento e evolução da patologia.
	Dano 02 (Aspectos Financeiros)	A baixa qualidade de exames leva a repetição de exames, atraso diagnóstico, necessidade de exames mais caros, internações e até cirurgias que elevam o custo do paciente.
ID	Ação Preventiva	Responsável
1	Avaliar periodicamente a qualidade dos serviços prestados através de pesquisa de satisfação do usuário (índice NPS), e também juntos aos médicos que solicitam os exames quanto a clareza e precisão dos laudos.	Fiscais de Contrato/Gerência de contratos
2	Auditoria ativa com follow up de amostras pacientes, para aferir a estabilidade a evolução das cardiopatias	Fiscais de Contrato/Gerência de contratos/Auditoria
ID	Ação de Contingência	Responsável
1	Identificação e delimitação do problema e suas causas.	Conjunta: Gestão e Prestador (equipe de fiscalização e auditoria+representante do prestador.
2	Atuação rápida para saneamento do fato gerador da inadequação e estabelecimento da qualidade	Conjunta: Gestão e Prestador (equipe de fiscalização e auditoria+representante do prestador.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE
ARARAQUARA
SECRETARIA DE SAÚDE



	Risco	Não conformidade com normas e protocolos
ID	RISCO 3 (R3)	
R3	Risco	Flutuação nos preços de insumos
	Probabilidade	Possível o desenvolvimento das atividades com consequente atraso.
	Dano 01	
	Dano 02	Risco de cancelamento de contrato com majoração do atraso.
	Dano 03	Paradas na execução do contrato geram aumento de filas, atrasos em diagnósticos
ID	Ação Preventiva	Responsável
1	Garantir clareza nas normas e protocolos a serem cumpridos.	Setor solicitante
2	Manter vigilância permanente no cumprimento às normas e protocolos	Gerencia e Fiscais de Contrato
ID	Ação de Contingência	Responsável
1	Identificar com rapidez as falhas a agir de forma a sanear-las com o mínimo e parada possível.	Gerencia de Contratos e Fiscais de Contrato
2	Durante o tempo de adequação deverá redirecionar os pacientes aos prestadores da matriz de atendimento negociando o aumento da quantidade de serviço temporariamente.	Gerencia de contratos e Fiscais de Contrato



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE
ARARAQUARA
SECRETARIA DE SAÚDE



	Impacto	MODERADO
	Matriz de Risco	RISCO ALTO
	Dano 01	Solicitação de reequilíbrio econômico contratual
	Dano 02	Risco de litígio sobre os valores praticados e contratados.
	Dano 03	Inexequibilidade contratual a depender do índice de fluabilidade.
ID	Ação Preventiva	Responsável
1	Manter no contrato cláusulas claras sobre reajuste.	Setor solicitante
2	Identificar os itens inerentes ao cumprimento do objeto e analisar o histórico de flutuação no mercado.	Setor solicitante
ID	Ação de Contingência	Responsável
1	Estudar a redução dos quantitativos repassado ao prestador.	Setor requisitante, fiscais de contrato Gerência de Contrato
2	Exigir o cumprimento contratual e aplicar penalidades cabíveis se for o caso.	Gerencia de contrato e fiscalização de contrato



ID	RISCO 5 (R5)	
R4	Risco	Recursos e impugnações que atrasam a licitação
	Probabilidade	MUITO BAIXA
	Impacto	PEQUENO
	Matriz de Risco	RISCO PEQUENO
	Dano 01	Atraso na contratação e execução dos serviços
	Dano 02	Aumento das filas de espera na especialidade de cardiologia.
ID	Ação Preventiva	Responsável
1	Elaboração detalhado do ETP e termo de referência, atendendo os termos da legislação vigente.	Setor requisitante
2	Garantir total transparência no processo e atendimento aos pressupostos legais.	Setor requisitante, Equipe de Licitação
ID	Ação de Contingência	Responsável
1	Identificar e delimitar os motivos alegados na impugnação, e agir rapidamente para sanear-los	Equipe de licitação e fiscais de contrato
2	Reunir equipe para discutir e promover as alterações cabíveis com a máxima celeridade.	Equipe de licitação, fiscais de contrato e setores solicitantes



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE
ARARAQUARA
SECRETARIA DE SAÚDE



R1	Risco	Problemas de coordenação entre consultas e exames podem gerar atrasos.
	Probabilidade	BAIXA
	Impacto	MODERADO
	Matriz de Risco	RISCO MODERADO
	Dano 01	Atraso geral no diagnóstico e tratamento dos pacientes.
	Dano 02	Ocorrência de filas internas no ambulatório
	Dano 03	Impacto financeiro com o custeio de aumentos nas execuções de consultas e exames, custeio de exames, internações e cirurgias por conta do atraso no diagnóstico e tratamento.
ID	Ação Preventiva	Responsável
1	Manter vigilância sobre o transcorrer do contrato, se atentando as filas, demandas e situações que possam impactar em atrasos.	Fiscais de Contrato e Central de Regulação
2	Manter equipe de regulação atenta ao cumprimento do contrato e o fluxo de pacientes	Equipe de Regulação
ID	Ação de Contingência	Responsável
1	Reequilibrar acessos de pacientes e seu fluxo interno no ambulatório	Fiscais de Contrato e Equipe de Regulação
2	Identificação de exageros nas solicitações e ações corretivas	Equipe de Regulação



ID	RISCO 7 (R7)	
R1	Risco	Altas taxas de absenteísmo dos pacientes
	Probabilidade	MUITO BAIXA
	Impacto	MODERADO
	Matriz de Risco	RISCO BAIXO
	Dano 01	Nossa taxa de absenteísmo é considerada alta e gira em torno de 30%, por isso nossa demanda acaba se atrasando, gerando o problema delimitado pelo estudo técnico preliminar
	Dano 01 Dano 02	Atraso na solução do problema delimitado pelo estudo técnico preliminar, atrapalhando o zeramento da fila de espera.
	Ação Preventiva	Responsável
	Dano 02 Prospectar o mercado, e perceber a receptividade da proposta.	Gasto financeiro com a ociosidade de profissionais gerando atrasos no atendimento e manutenção de filas. Setor requisitante e equipe de licitação
2	Nos contatos prévios identificar os principais problemas com a proposta e promover as modificações necessárias	Setor requisitante e equipe de licitação
ID	Ação de Contingência	Responsável
1	Identificar as deficiências informadas pelos potenciais prestadores e saná-las	Setor Requisitante
2	Melhorar as condições gerais da proposta e repetir a consulta aos potenciais fornecedores	Setor requisitante e setor orçamentário-financeiro.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE
ARARAQUARA
SECRETARIA DE SAÚDE



ID	Ação Preventiva	Responsável
1	Implementação de um sistema de rápida substituição de paciente ao saber da potencial falta de algum usuário.	Setor de Regulação e Contratada
2	Manter lista auxiliar de pacientes para substituição de faltantes	Setor de Regulação e Contratada
3	Solicitar ao prestador o gerenciamento de faltas, a fim de garantir o máximo de atendimento possível no âmbito do contrato.	Contratada
ID	Ação de Contingência	Responsável
1		
2		



3. DECLARAÇÃO DE VIABILIDADE DA CONTRATAÇÃO

Frente a todos os pressupostos apresentados, o procedimento, objeto deste estudo técnico encontra-se adequadamente justificado, há presentes informações que embasam orçamentária e financeiramente a contratação, além de devidamente mapeado os benefícios e antevisto a possibilidade de economia a ser gerada por esse investimento. Dessa forma, declara-se não só viável com o extremamente pertinente

Em relação ao mercado, temos prestador interessado, com expertise em executar o serviço nos moldes indicados nos requisitos de contratação.

Assim, a equipe de Planejamento/Unidade de Avaliação e Controle declara que o presente estudo apresenta plena viabilidade para produzir seus efeitos a partir da contratação.

4. CONCLUSÃO

À luz do exposto a solução I é sem dúvidas a melhor opção para o plano estratégico da Secretaria Municipal de Saúde, que visa oferecer esse essencial procedimento aos pacientes da rede pública de saúde que atendam ao protocolo técnico estabelecido.

A solução II é inviável no momento por conta do alto investimento em infraestrutura com início dos exames a longo prazo e retorno financeiro do investimento a longuíssimo prazo

Ao passo que todas as informações apresentadas evidenciam o tripé oportunidade-necessidade-possibilidade, portanto recomenda-se que deva ser feita a contratação e a solicitação deve ser atendida em sua totalidade.

É o que temos para o momento.

Araraquara, 16 de agosto de 2024