



39ª SESSÃO ORDINÁRIA PRESENCIAL DA PRIMEIRA CÂMARA
REALIZADA EM 11/11/2025

PROCESSO TCE-PE Nº 23100816-8

RELATOR: CONSELHEIRO CARLOS NEVES

MODALIDADE - TIPO: Auditoria Especial - Operacional

EXERCÍCIO: 2022, 2023, 2024

UNIDADE(S) JURISDICIONADA(S): Secretaria de Saúde de Pernambuco,
Hospital Getúlio Vargas

INTERESSADOS:

THAIS CAVALCANTI DE ALMEIDA

ZILDA DO REGO CAVALCANTI

ÓRGÃO JULGADOR: PRIMEIRA CÂMARA

PRESIDENTE DA SESSÃO: CONSELHEIRO RODRIGO NOVAES

ACÓRDÃO T.C. Nº 2378 / 2025

AUDITORIA ESPECIAL
OPERACIONAL. SECRETARIA DE
SAÚDE DE PERNAMBUCO.
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS.
BLOCO CIRÚRGICO CENTRAL.
ANÁLISE DE CAPACIDADE E
EFETIVIDADE. DEFICIÊNCIAS
PROCESSUAIS. CANCELAMENTOS
CIRÚRGICOS. ATRASOS NO
INÍCIO DAS CIRURGIAS.
INCONSISTÊNCIAS NOS DADOS.
BAIXA EFETIVIDADE NA
REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS
ELETIVAS. INDICADOR ORE
SIGNIFICATIVAMENTE ABAIXO DO
PARÂMETRO DE REFERÊNCIA.
EXPEDIÇÃO DE DETERMINAÇÃO E
RECOMENDAÇÕES.

1. CASO EM EXAME 1.1 Trata-se de Auditoria Especial de natureza operacional realizada no Hospital Getúlio Vargas (HGV), vinculado à Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES-PE), para analisar a capacidade do Bloco Cirúrgico



Central e avaliar as melhorias implementadas no período de 2022 a 2024, com foco nas cirurgias eletivas realizadas nas 7 (sete) salas cirúrgicas de média e alta complexidade que deveriam funcionar em jornada de 12 horas diárias. 1.2 A auditoria teve como finalidade: (a) recalculer o indicador de Efetividade do Centro Cirúrgico (ECC) ou ORE (Overall Equipment Effectiveness), considerando os dados do primeiro quadrimestre de 2024; e (b) verificar se as irregularidades apontadas no Procedimento Interno nº 2200692 foram devidamente sanadas. 1.3 Foram identificadas três principais deficiências: (i) deficiências nos processos relacionados ao funcionamento do Bloco Cirúrgico Central que impactam na produção, incluindo atrasos sistemáticos no início das cirurgias (média de 39 minutos e 35 segundos) e elevadas taxas de cancelamento cirúrgico (21,2% das cirurgias programadas); (ii) inconsistências dos dados e limitação das informações disponibilizadas relativas aos cancelamentos cirúrgicos, com divergências entre as diferentes fontes de informação; e (iii) baixa efetividade do Bloco Cirúrgico Central na realização de cirurgias eletivas, com apenas 16% dos procedimentos sendo efetivamente cirurgias eletivas contra 84% de procedimentos de urgência.

2. RAZÕES DE DECIDIR 2.1 A auditoria operacional foi fundamentada no art. 2º, inciso XVI, art. 3º, art. 13, § 2º, e art. 40, § 1º, alínea "c", da Lei Estadual nº 12.600/2004 (LOTCE-PE) e regulamentada pela Resolução TC nº 61/2019, com aplicação da metodologia prevista no Referencial Básico - Auditoria de Eficiência em Hospitais (versão 3.1, agosto/2022), elaborado pelo



Tribunal de Contas da União. 2.2 O indicador ORE (Operating Room Effectiveness) do HGV resultou em 50,4% no primeiro quadrimestre de 2024, significativamente abaixo do parâmetro de referência de 85% estabelecido para hospitais gerais serem considerados efetivos, embora tenha havido melhora em relação aos 45% calculados no primeiro semestre de 2022. 2.3 O atraso médio de quase 40 minutos no início da primeira cirurgia do dia representa perda substancial de capacidade produtiva, equivalente a aproximadamente 5,5% do tempo disponível sendo desperdiçado logo no início de cada jornada. 2.4 Foram registradas 518 cirurgias suspensas no Bloco Cirúrgico Central no período analisado, sendo que 347 efetivamente deixaram de ser realizadas (após descontar as 171 substituições), o que representa 21,2% de um total de 1.635 cirurgias que deveriam ter ocorrido, significando que mais de uma em cada cinco cirurgias programadas foi suspensa. 2.5 As principais causas de cancelamento foram: Grupo "Paciente" (48%), Grupo "Profissionais Médicos" (30%), Grupo "Instituição" (14%), Grupo "Sangue /Hemoderivados" (5%) e Grupo "Exames" (2%). 2.6 Foram constatadas graves inconsistências entre as três fontes de dados sobre cancelamentos cirúrgicos: relatório "Cirurgias Canceladas" do sistema Soul MV (647 suspensões), documentos mensais "Movimento unificado de cirurgias" (367 suspensões) e planilhas eletrônicas da gestão (539 suspensões), comprometendo a capacidade gerencial interna, a fiscalização externa e a transparência das informações. 2.7 O sistema Soul MV não permite estratificar as cirurgias de acordo com o caráter (urgência



versus eletivo) e agrupa indevidamente cirurgias do Bloco Cirúrgico Central e do Bloco Ambulatorial, impedindo análises específicas de cada unidade cirúrgica. 2.8 A ausência de dados confiáveis impossibilita a gestão de identificar e corrigir precisamente os problemas, estabelecer metas realistas, monitorar resultados, tomar decisões baseadas em evidências e planejar a alocação eficiente de recursos, comprometendo a transparência, o controle social e a fiscalização dos órgãos de controle. 2.9 Os gestores reconheceram as deficiências apontadas e demonstraram empenho na implementação de múltiplas estratégias para reverter o quadro, incluindo: implementação do "Bate-Mapa", checklists de segurança em duas etapas, orientações formalizadas às equipes cirúrgicas e anestésicas, ampliação de 2 para 7 intensificadores de imagem, acolhimento cirúrgico em duas etapas pela enfermagem, estratégia do "mapa dos reservas" e projeto-piloto de reestruturação do planejamento cirúrgico. 2.10 As deficiências apuradas não configuram descumprimento direto de norma específica, mas sim oportunidades de aperfeiçoamento dos processos de gestão hospitalar, justificando a proposição de recomendações, em consonância com o caráter pedagógico e contributivo das auditorias operacionais preconizado pela Resolução TC nº 61/2019. 2.11 O problema demanda tratamento estratégico, com diagnóstico aprofundado das causas, estabelecimento de metas quantificadas de redução, cronogramas detalhados com prazos definidos, alocação de recursos e responsabilidades, e acompanhamento permanente de



indicadores, indo além das ações pontuais já implementadas. 2.12 A correção das inconsistências e limitações dos dados é condição necessária para que as demais melhorias propostas possam ser adequadamente planejadas, implementadas e monitoradas, pois sem informação confiável não há gestão efetiva.

3. DISPOSITIVO E TESE 3.1

Expedição de recomendações e medidas saneadoras. Tese de julgamento: 1. Nas auditorias operacionais, a deliberação do Tribunal de Contas deve ser por determinações quando houver infração a norma, contrato ou princípio, e por recomendações nos demais casos, em conformidade com o art. 10, § 1º, da Resolução TC nº 61/2019. 2. O indicador ORE (Overall Equipment Effectiveness) igual ou superior a 85% constitui parâmetro de referência para hospitais gerais serem considerados efetivos na gestão de centros cirúrgicos, conforme metodologia do Referencial Básico de Auditoria de Eficiência em Hospitais (versão 3.1/2022). 3. A baixa efetividade do bloco cirúrgico, mesmo não configurando descumprimento de norma específica, caracteriza oportunidade de aperfeiçoamento dos processos de gestão que justifica a expedição de recomendações com caráter pedagógico e contributivo. 4. A ausência de dados confiáveis e estratificados no sistema informatizado compromete a capacidade de gestão hospitalar efetiva, devendo o sistema ser adaptado para contemplar a emissão de relatórios gerenciais específicos que atendam às necessidades reais da gestão do Centro Cirúrgico. 5. O Plano de Ação, nos moldes do art. 14 da Resolução TC nº 61/2019, constitui instrumento fundamental



para transformar as recomendações em compromissos concretos e mensuráveis, devendo conter ações, cronograma e responsáveis pela implementação.

VISTOS, relatados e discutidos os autos do Processo TCE-PE Nº 23100816-8, ACORDAM, à unanimidade, os Conselheiros da PRIMEIRA CÂMARA do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, nos termos do voto do Relator , que integra o presente Acórdão,

CONSIDERANDO que a Constituição Federal, em seus arts. 70 e 71, inciso IV, combinados com o art. 75, e a Constituição Estadual, nos arts. 29 e 30, estabelece que compete ao Tribunal de Contas a fiscalização operacional da Administração Pública, nos aspectos da legalidade, legitimidade, eficácia, eficiência e economicidade da gestão pública;

CONSIDERANDO que a presente auditoria operacional foi realizada em conformidade com a Resolução TC nº 61/2019 e os padrões técnicos estabelecidos no Referencial Básico de Auditoria de Eficiência em Hospitais (TCU, versão 3.1/2022);

CONSIDERANDO os termos do Relatório Consolidado de Auditoria Operacional bem como as propostas de deliberação da equipe de auditoria;

CONSIDERANDO que restaram demonstradas deficiências relevantes nos processos de gestão do Bloco Cirúrgico Central do Hospital Getúlio Vargas, com impacto direto na efetividade do serviço público de saúde;

CONSIDERANDO que as deficiências identificadas, conquanto graves, não configuram descumprimento de normas específicas, mas sim oportunidades de aperfeiçoamento dos processos de gestão, justificando a adoção de recomendações em vez de determinações sancionatórias;

CONSIDERANDO que os gestores demonstraram receptividade à fiscalização e já implementaram medidas iniciais, embora ainda insuficientes;

CONSIDERANDO que o caráter contributivo e pedagógico das auditorias operacionais visa precipuamente ao aperfeiçoamento da gestão pública, não à punição;

CONSIDERANDO que o Plano de Ação, nos moldes do art. 14 da Resolução TC nº 61/2019, constitui instrumento fundamental para transformar as recomendações em compromissos concretos e mensuráveis;



CONSIDERANDO o disposto no art. 71, II, combinado com o art. 75 da Constituição Federal, e no art. 70, V, da Lei Estadual nº 12.600/2004 (Lei Orgânica do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco);

JULGAR pela expedição de determinações, recomendações e/ou medidas saneadoras o objeto do presente processo de auditoria especial - Operacional.

DETERMINAR, com base no disposto no art. 69 combinado com o art. 70, V, ambos da Lei Estadual nº 12.600/2004, bem como no art. 4º da Res. TC nº 236/2024, ao atual gestor do(a) Secretaria de Saúde de Pernambuco, ou quem vier a sucedê-lo, que atenda, no prazo indicado, à medida a seguir relacionada :

1. Remeter a este Tribunal, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, conforme art. 14 da Resolução TC nº 61/2019, o Plano de Ação contendo as ações, o cronograma e os responsáveis pela implementação das recomendações, com o objetivo de solucionar ou minimizar as deficiências identificadas nesta auditoria, conforme Anexo II da Resolução citada (itens 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3).

Prazo para cumprimento: 30 dias

RECOMENDAR, com base no disposto no art. 69, parágrafo único, da Lei Estadual nº 12.600/2004, bem como no art. 8º da Res. TC nº 236 /2024, aos atuais gestores do(a) Secretaria de Saúde de Pernambuco, ou quem vier a sucedê-los, que atendam à(s) medida(s) a seguir relacionada(s):

1. Elaborar e formalizar documento contendo estratégias concretas para minimizar as causas relacionadas aos cancelamentos cirúrgicos, atuando na otimização de fatores internos ao hospital (equipes cirúrgicas, anestesiistas, equipamentos, materiais, exames, leitos de internação, de UTI e de recuperação anestésica), assim como nos fatores externos (falta de preparo adequado, não comparecimento ou desistência do paciente), além de promover a implementação e o monitoramento periódico dessas estratégias, objetivando aumentar a disponibilidade e melhorar a efetividade do bloco cirúrgico, observando o Referencial básico - Auditoria de eficiência em hospitais (versão 3.1 - agosto/2022);
2. Elaborar e formalizar documento contendo estratégias concretas, junto às equipes de especialidades cirúrgicas eletivas, a fim de reduzir os atrasos para o início das primeiras cirurgias do dia, assim como maximizar o tempo de utilização das 7 salas do bloco, que devem funcionar 12 horas/dia, além de promover a implementação e o monitoramento periódico dessas estratégias,



objetivando aumentar a disponibilidade e melhorar a efetividade do bloco cirúrgico, observando o Referencial básico - Auditoria de eficiência em hospitais (versão 3.1 - agosto/2022);

3. Ampliar os conhecimentos da gestão do Centro Cirúrgico, bem como realizar novas capacitações acerca das potencialidades do sistema informatizado Soul MV (módulo centro cirúrgico), junto ao setor de informática do hospital, a fim de produzir relatórios gerenciais específicos da produção cirúrgica, por caráter do procedimento realizado (eletivo ou urgência), assim como por bloco cirúrgico (Central ou do Ambulatório), de forma a evitar as inconsistências ainda verificadas entre as informações disponibilizadas, em cumprimento ao Contrato nº 086/2018 e Termos Aditivos - MV Informática Nordeste Ltda.

DETERMINAR, com base no disposto no art. 69 combinado com o art. 70, V, ambos da Lei Estadual nº 12.600/2004, bem como no art. 4º da Res. TC nº 236/2024, ao atual gestor do(a) Hospital Getúlio Vargas, ou quem vier a sucedê-lo, que atenda, no prazo indicado, à medida a seguir relacionada :

1. Remeter a este Tribunal, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, conforme art. 14 da Resolução TC nº 61/2019, o Plano de Ação contendo as ações, o cronograma e os responsáveis pela implementação das recomendações, com o objetivo de solucionar ou minimizar as deficiências identificadas nesta auditoria, conforme Anexo II da Resolução citada (itens 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3).

Prazo para cumprimento: 30 dias

RECOMENDAR, com base no disposto no art. 69, parágrafo único, da Lei Estadual nº 12.600/2004, bem como no art. 8º da Res. TC nº 236 /2024, aos atuais gestores do(a) Hospital Getúlio Vargas, ou quem vier a sucedê-los, que atendam à(s) medida(s) a seguir relacionada(s):

1. Elaborar e formalizar documento contendo estratégias concretas para minimizar as causas relacionadas aos cancelamentos cirúrgicos, atuando na otimização de fatores internos ao hospital (equipes cirúrgicas, anestesistas, equipamentos, materiais, exames, leitos de internação, de UTI e de recuperação anestésica), assim como nos fatores externos (falta de preparo adequado, não comparecimento ou desistência do paciente), além de promover a implementação e o monitoramento periódico dessas estratégias, objetivando aumentar a disponibilidade e melhorar a efetividade do bloco cirúrgico, observando o Referencial básico - Auditoria de eficiência em hospitais (versão 3.1 - agosto/2022);
2. Elaborar e formalizar documento contendo estratégias concretas, junto às equipes de especialidades cirúrgicas eletivas, a fim de



reduzir os atrasos para o início das primeiras cirurgias do dia, assim como maximizar o tempo de utilização das 7 salas do bloco, que devem funcionar 12 horas/dia, além de promover a implementação e o monitoramento periódico dessas estratégias, objetivando aumentar a disponibilidade e melhorar a efetividade do bloco cirúrgico, observando o Referencial básico - Auditoria de eficiência em hospitais (versão 3.1 - agosto/2022);

3. Ampliar os conhecimentos da gestão do Centro Cirúrgico, bem como realizar novas capacitações acerca das potencialidades do sistema informatizado Soul MV (módulo centro cirúrgico), junto ao setor de informática do hospital, a fim de produzir relatórios gerenciais específicos da produção cirúrgica, por caráter do procedimento realizado (eletivo ou urgência), assim como por bloco cirúrgico (Central ou do Ambulatório), de forma a evitar as inconsistências ainda verificadas entre as informações disponibilizadas, em cumprimento ao Contrato nº 086/2018 e Termos Aditivos - MV Informática Nordeste Ltda.

Encaminhar, por fim, para adoção das seguintes providências internas:

À Diretoria de Plenário:

1. Enviar cópia do Acórdão que vier a ser proferido:
 - a) À Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco;
 - b) Ao Hospital Getúlio Vargas;
 - c) Ao Ministério Público de Contas, para conhecimento e acompanhamento.
2. Adotar as providências cabíveis a fim de que cópia do inteiro teor do julgamento do presente processo seja encaminhada ao Gabinete da Governadora do Estado de Pernambuco, bem como à Procuradoria Geral do Estado, para ciência do julgamento.

À Diretoria de Controle Externo:

1. Realizar o monitoramento das medidas implementadas em decorrência desta auditoria, nos termos do art. 13 da Resolução TC nº 61/2019, devendo a Unidade Técnica competente:
 - a) Acompanhar a apresentação e a adequação do Plano de Ação no prazo estabelecido;
 - b) Realizar monitoramento posterior, em prazo adequado (sugiro 12 meses após a aprovação do Plano de Ação), para verificar:
 - A implementação efetiva das ações previstas



- O impacto nas taxas de cancelamento cirúrgico
- A redução dos atrasos na primeira cirurgia do dia
- A melhoria do indicador ORE
- A confiabilidade dos dados do sistema informatizado

c) Apresentar relatório de monitoramento com avaliação de resultados e eventuais novas proposições.

Presentes durante o julgamento do processo:

CONSELHEIRO RODRIGO NOVAES , Presidente da Sessão :
Acompanha o(a) Relator(a)

CONSELHEIRO CARLOS NEVES , relator do processo

CONSELHEIRO EDUARDO LYRA PORTO : Acompanha o(a) Relator
(a)

Procuradora do Ministério Público de Contas: GERMANA LAUREANO