



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RELATÓRIO TÉCNICO CONCLUSIVO DE MONITORAMENTO Nº 1 / 2026 (RTPM/GMAE-CG)
GMAE-CG/SUPECC/SUBPAS/SES-GO

11º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 002/2014-SES/GO

COMPLEXO DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM SAÚDE MENTAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA PROFESSOR JAMIL ISSY - CRESM
01 de JANEIRO A 31 DE MARÇO DE 2026

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESPERANÇA E VIDA - ABEVIDA

GOIÂNIA,
AGOSTO DE 2026

1. CONTEXTUALIZAÇÃO - RELATÓRIO CONCLUSIVO DE EXECUÇÃO

1.1. Trata-se da avaliação trimestral conclusiva realizada pela Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão (GMAE-CG), por meio de suas áreas técnicas, no que concerne à execução do Contrato de Gestão nº 002/2014 –SES/GO e aditivos, celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) e a Organização Social de Saúde (OSS), Associação Comunidade Luz da Vida (ABEVIDA), para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços do Complexo de Referência Estadual em Saúde Mental de Aparecida de Goiânia (CRESM):

28.1.1.Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão em regra, trimestralmente, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

1.2. Preliminarmente, informa-se que para o acompanhamento dos resultados, a GMAE-CG utiliza minimamente os sistemas eletrônicos de informação, a saber:

- a) Sistema de Prestação de Contas Econômico-Financeiro (SIPEF) para controle financeiro e contábil da execução contratual e;
- b) Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS) para monitoramento de resultados assistenciais e dos indicadores de qualidade/desempenho, em conjunto com o sistema REGULATRON.

1.3. Metodologicamente, o monitoramento trimestral foi estruturado da seguinte forma: apresentação dos dados de produção (quantitativos e qualitativos) pela OSC via SIGUS/SES-GO validada ou não pelos membros da GMAE-CG, os quais empreenderam apontamentos para a Parceira Privada, com o intuito de promover a melhoria do processo de gestão.

1.4. O relatório preliminar de monitoramento nº 01/2026 (SEI nº 91352965) foi encaminhado à parceira, por meio do Ofício nº 51851/2026 - SES (SEI nº 92890017), para apresentação de justificativas pela parceira, caso necessário. Em resposta, a parceira privada apresentou o Ofício nº 529/2026 - SUPEX/CRESM (SEI nº 93302846) que foi analisado por cada Coordenação, a fim de subsidiar a tomada de decisão e a elaboração deste Relatório Conclusivo (SEI nº 93361921).

- 1.5. É imperioso ressaltar que, dada à complexidade dos dados avaliados, cada coordenação foi responsável pela elaboração do relatório técnico de sua respectiva área e competência. Isto é, a partir da avaliação e análise proferida por cada coordenação, conforme seu objeto de trabalho, dentro de sua competência técnica e especificidade, os dados foram compilados e consolidados em um único **Relatório Técnico Conclusivo de Monitoramento nº 01/2026 – SES-GO** (SEI nº 93361921), referente ao período de **01 de janeiro a 31 de março de 2026**.
- 1.6. Por oportuno, reforça-se que as análises aqui apresentadas não limitam ou sobrepõem a avaliação individual, diária, contínua, de cada coordenação integrante da referida Gerência, bem como de cada Gerência/Superintendência que compõe a SES-GO, conforme os seus processos de trabalho, posto que o Relatório Técnico Conclusivo de Monitoramento (RTCM) traz um consolidado de informações referentes a um período específico que pode divergir do período de emissão dos relatórios internos de cada área técnica.

2. **RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E DAS METAS ALCANÇADAS**

- 2.1. O Complexo de Referência Estadual em Saúde Mental de Aparecida de Goiânia - CRESM é uma Unidade de Assistência para atendimento ambulatorial de pessoas (criança, adolescentes, adultos, gestantes, puérpera e idosos) com transtorno mental moderado, grave e persistente e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Possui leitos de acolhimentos no modelo residencial (tipo Unidade de Acolhimento) especializados em atenção à pessoas adultas com problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas, tendo suas necessidades atendidas nos diferentes momentos do tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas de Média Complexidade devidamente referenciado pela Regulação Estadual.
- 2.2. Trata-se de uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, com funcionamento ininterrupto para internação, 24 horas por dia, sete dias por semana. O atendimento ambulatorial é realizado, no mínimo, de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h.
- 2.3. Para o monitoramento e avaliação de seu funcionamento, são consideradas as linhas de serviço de internação — contemplando as Diárias da Unidade de Desintoxicação e das Unidades Terapêuticas Residenciais (UTR) — e de atendimento ambulatorial, composto por consultas médicas e multiprofissionais. Essas atividades são utilizadas para a composição das metas assistenciais da unidade. Adicionalmente, outros indicadores são acompanhados pelas áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), incluindo atendimentos em terapias especializadas e consultas odontológicas.

2.4. **Indicadores e Metas de Produção**

- 2.4.1. Os indicadores de produção são os quantitativos, determinantes para o cálculo da parte assistencial/fixa do pagamento, a qual corresponde, atualmente, a 90% (noventa por cento) do valor do repasse contratualizado.

2.5. **Internação**

- 2.5.1. No período analisado, a produção de diárias da unidade hospitalar demonstrou plena execução, com um índice de aproveitamento ligeiramente superior à meta estabelecida no contrato.

Tabela 01. Demonstrativo dos serviços contratados: Internação

INTERNAÇÃO	Meta Mensal 11º TA	Janeiro	Fevereiro	Março	Meta trimestral	Total realizado	Eficácia
Internação/ Paciente dia (Desintoxicação e UTR)	3.119	3.285	2.927	3.268	9.357	9.480	101,63%

Fonte: SIGUS/SES-GO

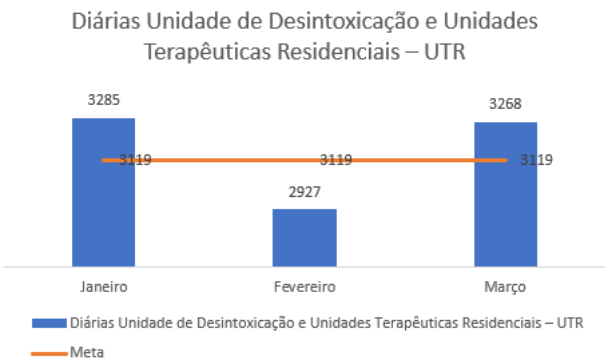


Figura 01. Evolução da produção da Internação no primeiro trimestre.
Fonte: SIGUS/SES-GO

2.6. **Atendimento Ambulatorial**

- 2.6.1. A linha de atendimento ambulatorial compreende as consultas médicas especializadas e os atendimentos multiprofissionais. No período avaliado, ambas as modalidades apresentaram desempenho superior às metas pactuadas, evidenciando a capacidade operacional da unidade e a efetividade na oferta dos serviços contratados.
- 2.6.2. Conforme demonstrado na Tabela 2, foram realizadas 3.953 consultas médicas, correspondendo a uma eficácia de 109,81% em relação à meta trimestral estabelecida. As especialidades ofertadas pela unidade incluem psiquiatria, clínica médica, neurologia para adultos e neuropsiquiatria.
- 2.6.3. No que se refere aos atendimentos multiprofissionais, foram registrados 7.573 procedimentos, superando a meta trimestral e alcançando uma eficácia de 126,22%. Essa linha assistencial é composta pelos serviços de psicologia, serviço social e enfermagem.
- 2.6.4. Considerando o conjunto dos atendimentos ambulatoriais, a unidade alcançou uma eficácia global de 120,06%. Os resultados demonstram não apenas o cumprimento integral das metas contratuais, mas também a ampliação da oferta assistencial, contribuindo para o fortalecimento da atenção

especializada em saúde mental e para o acesso oportuno da população aos serviços ofertados.

Tabela 02. Demonstrativo dos serviços contratados: Atendimento ambulatorial

ATENDIMENTO AMBULATORIAL	Meta Mensal 11º TA	Janeiro	Fevereiro	Março	Meta trimestral	Total realizado	Eficácia
Consulta médica na Atenção Especializada	1.200	1.248	1.259	1.446	3.600	3.953	109,81%
Consulta multiprofissional na Atenção Especializada	2.000	3.097	2.121	2.355	6.000	7.573	126,22%
TOTAL	3.200	4.345	3.380	3.801	9.600	11.526	120,07%

Fonte: SIGUS/SES-GO

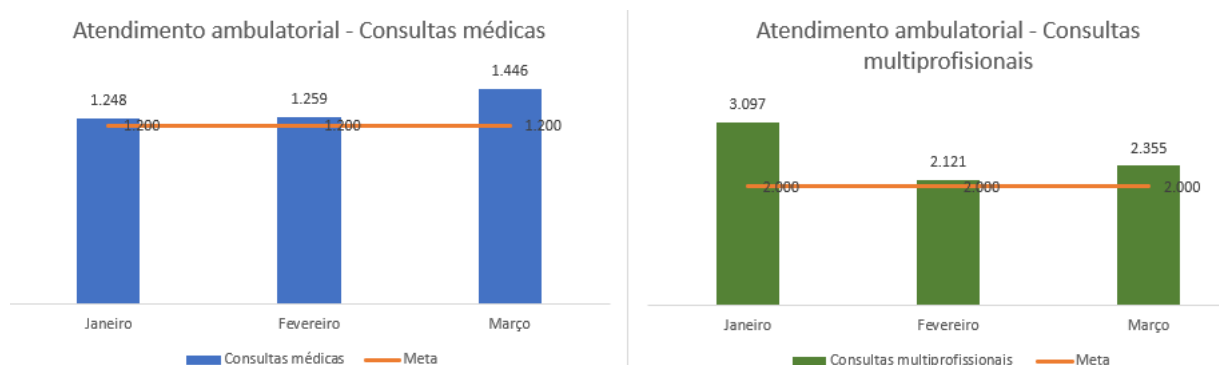


Figura 02. Evolução da produção do atendimento ambulatorial no primeiro trimestre.
Fonte: SIGUS/SES-GO

2.7. Indicadores e Metas de Desempenho

2.7.1. Os Indicadores de Desempenho estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida pela unidade aos usuários, e mensuram a eficiência e efetividade dos processos da gestão.

Tabela 03. Indicadores de Desempenho

INDICADORES DE DESEMPENHO	Meta	Janeiro	Fevereiro	Março	Média do Período	Porcentagem de Execução	Nº de Desempenho
1. Taxa de Ocupação Institucional (trimestral)	≥ 95%	98,11%	96,79%	97,61%	97,50%	102,64%	
2. Projeto Terapêutico Singular (das internações) (trimestral)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
3. Percentual de Usuários Referenciados Pós-alta	≥ 90%	100%	100%	100%	100%	111,11%	
4. Percentual de Perda Financeira por Vencimento de Medicamentos	≤ 1%	0,25%	0,00%	0,53%	0,26%	174,00%	
5. Taxa de Acurácia do Estoque	≥ 95%	91,67%	93,75%	100,00%	95,14%	100,15%	
6. Taxa de Aceitabilidade das Intervenções Farmacêuticas	≥ 85%	98,08%	97,44%	100,00%	98,51%	115,89%	

Fonte: SIGUS/SES-GO

2.7.2. No primeiro trimestre, a unidade apresentou desempenho satisfatório em todos os indicadores de qualidade pactuados, alcançando ou superando as metas estabelecidas e obtendo nota máxima em todos os critérios avaliados.

2.7.3. A Taxa de Ocupação Institucional registrou média trimestral de 97,50%, superando a meta contratual. O resultado demonstra adequada utilização da capacidade instalada e efetividade na oferta dos leitos disponibilizados pela unidade.

2.7.4. O indicador referente ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) das internações atingiu 100% de execução durante todo o período avaliado, evidenciando que todos os usuários internados tiveram seus planos terapêuticos devidamente elaborados e acompanhados, em conformidade com as diretrizes assistenciais da saúde mental.

2.7.5. Da mesma forma, o Percentual de Usuários Referenciados Pós-Alta alcançou 100%, superando a meta mínima de 90%. O resultado demonstra a efetividade dos processos de articulação da rede de atenção à saúde, garantindo a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

2.7.6. Em relação à gestão de medicamentos, o indicador de Perda Financeira por Vencimento de Medicamentos apresentou média trimestral de apenas 0,26%, evidenciando o adequado controle de estoque e a eficiência dos processos de gerenciamento de insumos farmacêuticos.

2.7.7. A Taxa de Acurácia do Estoque alcançou média de 95,14%, superando a meta mínima de 95% e demonstrando elevado grau de confiabilidade entre os registros de estoque e os quantitativos físicos existentes.

2.7.8. Por sua vez, a Taxa de Aceitabilidade das Intervenções Farmacêuticas apresentou média trimestral de 98,51%, superando a meta contratada. O resultado reforça a qualidade da atuação da equipe farmacêutica e a integração multiprofissional na promoção da segurança do paciente e do uso racional de medicamentos.

2.7.9. De forma geral, os resultados evidenciam a manutenção dos padrões de qualidade assistencial e gerencial da unidade, refletindo processos consolidados, adequada gestão dos recursos disponíveis e compromisso com a segurança e a continuidade do cuidado aos usuários.

Tabela 04. Indicadores para acompanhamento

INDICADORES DE DESEMPENHO PARA ACOMPANHAMENTO	Meta	Janeiro	Fevereiro	Março	Média do Período
1.Média de Permanência (dias)*	≤ 28 dias	60,83	36,58	48,05	48,49
2.Percentual de Ocorrência de Rejeições no SIH - DATASUS (exceto por motivo de habilitação e capacidade instalada)*	≤ 7%	16,61%	0,92%	1,02%	6,18%
3.Taxa de Readmissão (29 dias)*	sem meta	0,00%	0,00%	1,44%	0,48%
4.Taxa de Abandono/Evasão (%)*	sem meta	28,57%	28,6%	36,23%	31,13%

Fonte: SIGUS/SES-GO

2.7.10. Os indicadores de acompanhamento têm caráter gerencial e visam subsidiar a análise contínua dos processos assistenciais e administrativos da unidade, contribuindo para a identificação de oportunidades de melhoria e para o aprimoramento da qualidade da assistência prestada.

2.7.11. A Média de Permanência apresentou resultado de 48,49 dias no período analisado, acima do parâmetro de referência estabelecido de até 28 dias. Esse indicador mantém-se acima do parâmetro contratual há muitos meses.

2.7.12. A unidade justificou por meio do Ofício 529/2026 (SEI nº 93302846):

No período avaliado, verificou-se crescimento expressivo do número de pacientes submetidos à **internação compulsória**, alcançando aproximadamente **metade dos leitos da unidade**, com tendência progressiva de aumento. Trata-se, em sua maioria, de pacientes com maior gravidade clínica e psiquiátrica, importante comprometimento do juízo crítico, baixa adesão ao tratamento, elevada vulnerabilidade social, ausência de suporte familiar e frequentes determinações judiciais condicionando a alta hospitalar à estabilização clínica e à adequada articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (grifo nosso).

2.7.13. Embora fundamentado, este indicador configura-se como um ponto de atenção crítico, que demanda revisão contínua, especialmente tendo em vista que existe uma forte pressão de fatores externos sob o indicador. A judicialização na área da saúde, sem o conhecimento da realidade local, sem levar em consideração o perfil assistencial, gera impactos importantes. Sugere-se que a Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde (SPAIS) acompanhe o indicador e proceda eventual apoio junto ao Poder Judiciário para minimizar a situação da unidade. Observa-se que a gestão clínica já acompanha o índice, tratando-o como uma oportunidade estratégica para o aprimoramento dos processos assistenciais e para a qualificação do cuidado prestado aos usuários.

2.7.14. O indicador de Percentual de Ocorrência de Rejeições no SIH-DATASUS, desconsideradas as rejeições decorrentes de habilitação e capacidade instalada, apresentou média trimestral de 6,18%, mantendo-se dentro do limite máximo estabelecido. Observa-se que o percentual registrado em janeiro foi superior ao parâmetro de referência; entretanto, houve significativa redução nos meses subsequentes, evidenciando aprimoramento dos processos de faturamento e qualificação dos registros assistenciais.

2.7.15. A Taxa de Readmissão em até 29 dias após a alta registrou média de 0,48% no trimestre, resultado considerado baixo e indicativo de adequada condução terapêutica e efetividade dos processos de desospitalização e encaminhamento dos usuários para acompanhamento na rede de atenção psicossocial.

2.7.16. Em relação à Taxa de Abandono/Evasão, observou-se média trimestral de 31,13%. Embora o indicador não possua meta contratualmente estabelecida, seu monitoramento é fundamental para a avaliação da adesão dos usuários ao tratamento. Considerando as especificidades do público atendido, especialmente usuários com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, a ocorrência de evasões representa um desafio inerente à assistência, demandando ações contínuas de acolhimento, fortalecimento do vínculo terapêutico e articulação com a rede de suporte social e familiar.

2.7.17. De maneira geral, os resultados dos indicadores de acompanhamento fornecem subsídios importantes para a gestão da unidade, permitindo o monitoramento permanente dos processos assistenciais e a implementação de estratégias voltadas à qualificação do cuidado e à melhoria dos resultados em saúde.

2.7.18. Considerando que a unidade alcançou integralmente as metas assistenciais de produção e os indicadores de desempenho pactuados no trimestre avaliado, conclui-se que não há fundamento para aplicação de ajuste financeiro a menor no período.

3. IMPACTO DO BENEFÍCIO SOCIAL OBTIDO DURANTE O PERÍODO AVALIADO

3.1. O Complexo de Referência Estadual em Saúde Mental (CRESM) constitui importante equipamento estratégico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Estado de Goiás, atuando como referência no atendimento especializado em saúde mental, dependência química, psiquiatria clínica e neuropsiquiatria. A unidade desempenha papel fundamental na assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo atendimento humanizado, multiprofissional e integrado às demais políticas públicas de saúde e assistência social.

3.2. Durante o período avaliado, o CRESM manteve seu compromisso com a promoção da saúde, a recuperação biopsicossocial dos usuários e o fortalecimento da rede de cuidados, desenvolvendo ações que ultrapassam a assistência direta e geram impactos positivos para pacientes, familiares, trabalhadores e para a sociedade em geral. A atuação articulada entre as equipes assistenciais, administrativas, de ensino e de apoio contribuiu para a consolidação da unidade como referência estadual em saúde mental, evidenciando seu papel na promoção da cidadania, inclusão social e qualificação da assistência.

3.3. A unidade continuou investindo em estratégias voltadas à humanização do cuidado, à valorização dos aspectos emocionais e sociais envolvidos no processo terapêutico e à reinserção familiar e comunitária dos usuários em acompanhamento. Destaca-se, nesse contexto, a articulação permanente com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e com a rede socioassistencial, favorecendo a continuidade do cuidado e a construção de projetos terapêuticos mais efetivos e resolutivos.

3.4. Os resultados observados no período demonstram o compromisso institucional com a qualidade assistencial, refletido em indicadores favoráveis, como a baixa taxa de readmissão hospitalar, bem como nas iniciativas voltadas ao fortalecimento da adesão ao tratamento e ao acompanhamento pós-alta. Tais ações contribuem diretamente para a melhoria dos desfechos clínicos e sociais dos usuários atendidos.

3.5. O CRESM também consolidou seu papel como campo de formação e desenvolvimento profissional, recebendo residentes médicos, internos e estudantes de diversas instituições de ensino superior. A continuidade das atividades de ensino, pesquisa e residência médica contribui para a qualificação de profissionais especializados em saúde mental e para o fortalecimento da rede pública de saúde.

3.6. Além dos avanços assistenciais, a unidade manteve importantes reconhecimentos institucionais que refletem seu compromisso com a excelência da gestão e da assistência prestada. Destaca-se a manutenção da certificação de Acreditação Plena – Nível 2 da Organização Nacional de Acreditação (ONA), evidenciando a adoção de práticas voltadas à segurança do paciente, gestão integrada e melhoria contínua dos processos. Soma-se a isso a manutenção do Selo de Transparência, que reforça o compromisso institucional com a publicidade dos atos administrativos, a prestação de contas e a correta aplicação dos recursos públicos.

3.7. Dessa forma, os impactos e benefícios sociais decorrentes do gerenciamento da unidade evidenciam a relevância do CRESM para o fortalecimento da política pública de saúde mental no Estado de Goiás, promovendo assistência qualificada, inclusão social, formação profissional, valorização dos trabalhadores e transparência na gestão pública.

3.8. Principais ações desenvolvidas no trimestre:

- Implantação do atendimento psicológico destinado aos médicos residentes, ampliando as ações de promoção da saúde mental e prevenção do adoecimento psíquico dos profissionais em formação;
- Fortalecimento da articulação entre o CRESM, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os serviços socioassistenciais, favorecendo a reinserção familiar e comunitária dos usuários;
- Implantação da iniciativa de elaboração de cartas personalizadas de alta hospitalar, promovendo humanização do cuidado, fortalecimento do vínculo terapêutico e incentivo à continuidade do tratamento;
- Realização da Semana das Comissões do CRESM, com ações educativas voltadas à segurança do paciente, controle de infecções, ética profissional, gerenciamento de resíduos e uso racional de medicamentos;
- Capacitações e treinamentos destinados aos colaboradores, fortalecendo a cultura da qualidade, segurança assistencial e educação permanente;
- Renovação completa dos enxovais, colchões, travesseiros e demais itens de hotelaria hospitalar, proporcionando maior conforto e acolhimento aos pacientes internados;
- Posse da nova Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), reforçando as ações de prevenção de riscos ocupacionais e promoção da saúde dos trabalhadores;
- Desenvolvimento de ações voltadas à valorização dos colaboradores, incluindo as comemorações do Dia Internacional da Mulher e iniciativas de fortalecimento do clima organizacional;
- Realização de pesquisa institucional de avaliação do bem-estar emocional dos trabalhadores, com foco na identificação de riscos psicossociais e no planejamento de ações de promoção da saúde ocupacional;
- Continuidade do Programa de Residência Médica em Psiquiatria e ampliação das atividades de ensino e pesquisa, fortalecendo a formação de profissionais especializados em saúde mental;
- Promoção de atividades educativas, culturais e motivacionais voltadas a pacientes e colaboradores, contribuindo para a recuperação, integração social e fortalecimento do ambiente institucional;
- Manutenção da certificação de Acreditação Plena – Nível 2 da ONA e do Selo de Transparência, evidenciando o compromisso institucional com a qualidade, a segurança assistencial, a governança e a transparência pública.

3.9. Nota-se, portanto, o papel estratégico da unidade na Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Goiás, ofertando atendimento especializado às pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, contribuindo para a continuidade do cuidado em saúde mental e para a articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

3.10. Observa-se, ainda, que a unidade tem recebido, de forma recorrente, pacientes encaminhados por determinação judicial para cumprimento de internação compulsória. Embora tais determinações atendam à necessidade social e jurídica de garantir o acesso à assistência em situações de elevada vulnerabilidade e representem importante instrumento de proteção à vida e à saúde dos pacientes, esse cenário vem promovendo alterações graduais no perfil assistencial originalmente concebido para a unidade.

3.11. A ampliação da demanda por internações compulsórias impõe desafios operacionais e assistenciais relevantes, uma vez que o CRESM não foi originalmente estruturado para concentrar esse tipo de atendimento em volume crescente. Tal contexto repercute na organização dos fluxos assistenciais, na gestão dos leitos, na composição das equipes multiprofissionais, nos protocolos de segurança e na dinâmica terapêutica da unidade, exigindo adaptações contínuas para compatibilizar o cumprimento das decisões judiciais com a preservação da qualidade da assistência prestada aos demais usuários, o que precisa ser analisado e acompanhado de forma próxima pela área de política e atenção integral à saúde.

3.12. Dessa forma, evidencia-se que o CRESM desempenha relevante função social ao assegurar o cumprimento das determinações judiciais e garantir assistência a pacientes em situação de extrema vulnerabilidade. Todavia, o aumento progressivo desse perfil de atendimento demanda monitoramento permanente pela gestão estadual, com vistas à avaliação da necessidade de adequações estruturais, assistenciais e de recursos humanos, de modo a assegurar que a missão institucional da unidade seja preservada e que o atendimento continue sendo prestado com segurança, efetividade e observância das boas práticas em saúde mental.

4. VALORES EFETIVAMENTE TRANSFERIDOS PARCEIRO PÚBLICO.

4.1. Para a análise dos valores que foram efetivamente repassados ao parceiro público, lançou-se mão do Relatório de Execução Orçamentária Acumulado disponível no Portal da Transparência: (<https://cresm/execucao-orcamentaria-mensal-e-acumulada-do-ano/>). Vejamos:

Mês	Valor Mensal Estimado no Contrato de Gestão	1. Valor Mensal Estimado no Contrato de Gestão - Custeio	Comparativo do Estimado com a Execução Orçamentária e Financeira								10. Total de Pagamentos no mês 10=5 - (6 + 7 + 8 + 9)	
			2. Empenhado no mês			4. Glosas Aplicadas	5. Montante pago no mês (informar o mês a que se refere, quando ocorrer repasses para mais de uma competência, inserir linha para cada mês)					
			Custeio	Investimentos	Repasses Adicionais (Ver Legenda)		Custeio	Referência/Parcela	Custeio	Investimentos		Repasses Adicionais (Ver Legenda)
jan-26	3.419.136,51	3.419.136,51	23.283.426,20			4.536,67	jan/26	3.398.878,04			3.398.878,04	
fev-26	3.419.136,51	3.419.136,51	0,00			4.536,67	fev/26	3.398.878,04			3.398.878,04	
mar-26	3.426.301,23	3.426.301,23	4.011.833,38			4.536,67	jan/26	6.613,70			6.613,70	
							mar/26	3.246.552,27			3.246.552,27	
	10.264.574,25	10.264.574,25	27.295.259,58			13.610,01		10.050.922,05			10.050.922,05	

Figura 03. Acumulado da execução orçamentária de janeiro a março de 2026. Fonte: Relatório de Execução JAN a MAR26 (SEI nº 91084014)

4.2. No valor de repasse mensal estimado, para esta unidade, considera-se o valor pactuado no termo de colaboração bem como aqueles repassados via apostilamento (especialmente, diferença proporcional do piso nacional de enfermagem). As glosas guardam relação com o sistema de custos utilizado pela parceira, disponibilizado pela SES-GO. No período, a diferença a ser repassada para a unidade, reflete os ajustes mensais que são realizados após a averiguação de eventuais glosas ou outros tipos de ajustes. No Complexo de Referência Estadual em Saúde Mental de Aparecida de Goiânia (CRESM), não há programa de residência, nem servidores estatutários cedidos.

5. ANÁLISE CONTÁBIL FINANCEIRA

5.1. A Coordenação de Acompanhamento Contábil (CAC) tem como escopo a análise diária e mensal das informações contidas nos documentos enviados pelas parceiras privadas, por meio do sistema de prestação de contas e do chamado "Kit Contábil", composto por: Balancetes Analíticos, Livro Diário, Livro Razão, Folha de Pagamento (sintética e analítica), Extratos Bancários e E-Social. Tais informações são confrontadas com as cláusulas previstas nos termos de colaboração/contrato de gestão, com as normativas internas da Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO) e com a legislação contábil e financeira vigente, visando à verificação da regularidade da execução financeira e da efetividade da gestão das unidades de saúde sob responsabilidade das parcerias privadas.

5.2. Outro aspecto relevante de nossa atuação, está na análise do Fluxo de Caixa Mensal, que permite mensurar a movimentação financeira dos recursos sob responsabilidade dos Parceiros Privados. Esse acompanhamento considera o saldo anterior, os novos aportes, as receitas oriundas de aplicações financeiras, e os pagamentos realizados.

5.3. Demonstrativo de Fluxo de Caixa (DFC), extraído do SIPEF:

5.3.1. O Demonstrativo de Fluxo de Caixa (DFC) representa as movimentações financeiras efetivadas pelo Parceiro Privado no período analisado, as quais refletem na integralidade os extratos bancários, compreendendo as origens e aplicações dos recursos. No trimestre em questão foi composto pelas seguintes rubricas: 1) Saldo inicial (valor em caixa e equivalentes de caixa no início de cada mês); 2) Entradas (receitas recebidas no período, subdivididas em subvenções e outras entradas); 3) Saldo inicial + Entradas (total disponível no mês); 4) Pagamentos efetuados – saídas no período (conforme detalhado abaixo na Tabela); 5) Saldo final (valor remanescente ao fim de cada mês); 6) Saldo disponível (correspondente ao caixa e equivalentes de caixa); e 7) Diferença (diferença entre o saldo contábil e os extratos bancários). A fonte das informações são os extratos bancários, o sistema SIPEF e os balancetes contábeis.

4 - Pagamentos efetuados				
DEMONSTRAÇÃO DO FLUXO DE CAIXA – 1º TRIMESTRE/2026				
	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	
1 - Saldo inicial	R\$ 2.501.427,68	R\$ 2.759.113,19	R\$	2.978.258,87
Caixa e equivalentes de caixa	R\$ 2.501.427,68	R\$ 2.759.113,19	R\$	2.978.258,87
2 - Entradas	R\$ 3.440.892,28	R\$ 3.440.203,66	R\$	3.490.562,86
Subvenções	R\$ 3.398.878,04	R\$ 3.398.878,04	R\$	3.405.491,74
Outras entradas	R\$ 42.014,24	R\$ 41.325,62	R\$	85.071,12
3 - Saldo inicial + Entradas	R\$ 5.942.319,96	R\$ 6.199.316,85	R\$	6.468.821,73
4 - Pagamentos efetuados	R\$ 3.183.206,77	R\$ 3.221.057,98	R\$	3.355.615,68
Pessoal	R\$ 1.127.897,91	R\$ 1.243.797,35	R\$	1.152.694,11
Encargos sobre fopag	R\$ 1.004.959,77	R\$ 780.354,27	R\$	760.821,97
Encargos sobre rescisão trabalhista	R\$ 18.812,52	R\$ 24.037,12	R\$	101.752,09
Fornecedores de materiais	R\$ 257.466,00	R\$ 65.416,76	R\$	102.292,76
Serviços médicos	R\$ 89.106,61	R\$ 59.893,14	R\$	85.385,88
Serviços diversos	R\$ 527.879,81	R\$ 889.247,19	R\$	802.204,78
Investimentos	R\$ -	R\$ -	R\$	-
Demais despesas	R\$ 157.084,15	R\$ 158.312,15	R\$	350.464,09
5 - Saldo final	R\$ 2.759.113,19	R\$ 2.978.258,87	R\$	3.113.206,05
6 - Saldo disponível	R\$ 2.759.113,19	R\$ 2.978.258,87	R\$	3.113.206,05
Caixa e equivalentes de caixa	R\$ 2.759.113,19	R\$ 2.978.258,87	R\$	3.113.206,05
7 - Diferença (Saldo final x Extrato)	R\$ -	R\$ -	R\$	-

FONTE: EXTRATOS BANCÁRIOS, SIPEF E BALANCETES.

5.3.2. Ressalta-se que foi corrigida divergência entre o saldo final de janeiro e o saldo inicial de fevereiro/2026 do fluxo de caixa emitido pelo sistema SIPEF. No entanto, não foram observadas inconsistências significativas que resultaram em alteração no resultado final.

5.4. Análise das demonstrações contábeis

5.4.1. Os relatórios contábeis são instrumentos fundamentais para a transparência, o controle e a correta aplicação dos recursos públicos transferidos aos parceiros privados no âmbito do termo de colaboração firmado com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO). Por meio desses documentos, foi possível aferir a fidedignidade das informações prestadas, a conformidade com as normas legais e contratuais, bem como a efetividade da gestão das unidades de saúde. Verificaram-se, pois, aspectos fundamentais para o equilíbrio financeiro e a regularidade contábil, tais como saldos bancários, fornecedores a pagar, contas de adiantamento, impostos a recuperar e a relação entre ativos e passivos.

5.4.2. No que tange às normas contábeis aplicáveis, observa-se que a entidade tem atendido aos preceitos estabelecidos pelas Normas Brasileiras de Contabilidade (NBCs), notadamente aquelas específicas para entidades sem fins lucrativos, bem como às diretrizes previstas no Manual de Contabilidade para o Terceiro Setor, emitido pelo Conselho Regional de Contabilidade de Goiás (CRC/GO), os quais regulamentam os procedimentos contábeis pertinentes aos Parceiros Privados, com contratos de gestão e/ou termos de colaboração, celebrados com o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO).

5.4.3. No período analisado, não foram identificadas inconsistências relevantes nos registros contábeis ou nas demonstrações apresentadas pela entidade. Verificou-se que a documentação integrante do Kit Contábil vem sendo encaminhada tempestivamente, em observância aos prazos estabelecidos pela SES-GO. Com base nos dados analisados de janeiro a março de 2026, a ABEVIDA não excedeu o limite de recursos financeiros previstos e está cumprindo com limite do percentual de 3% com rateio administrativo.

5.5. Da Análise da Folha de Pagamento

5.5.1. A folha de pagamento representa uma das principais despesas operacionais das parceiras privadas e, por isso, constitui um dos focos centrais da análise realizada pela Coordenação de Acompanhamento Contábil (CAC). O acompanhamento sistemático das informações relativas à remuneração de pessoal visa garantir a conformidade legal, contratual e orçamentária na aplicação dos recursos públicos repassados por meio dos contratos de gestão ou termos de colaboração.

5.5.2. Mensalmente, as parcerias privadas devem encaminhar os relatórios sintéticos e analíticos da folha de pagamento, conforme previsto na Portaria nº 1038/2017 – GAB/SES-GO e em ofícios circulares emitidos pela Secretaria de Estado da Saúde. Esses documentos são examinados com base em critérios técnicos e legais, abrangendo a regularidade dos pagamentos, o cumprimento do piso da enfermagem (especificamente regulamentado pela Emenda Constitucional nº 124/2022 e Lei nº 14.434/2022), o respeito ao teto remuneratório dos dirigentes, a observância da cota legal para contratação de pessoas com deficiência (PCD) (artigo 93 da Lei nº 8.213/1991) e a formalização adequada de contratos com terceiros.

5.5.3. Assim, sob os aspectos desta análise técnica, verificou-se para o período analisado, que a referida Parceira Privada, apresentou a sua prestação de contas, concernente à folha de pagamento de forma regular, no que tange ao limite do teto constitucional do funcionalismo público, ao limite de 70% do valor do contrato/termo, com as cotas de pessoas com deficiência (PCD), com folha de pagamento e encargos e Piso nacional da Enfermagem.

6. ANÁLISE DE TRANSPARÊNCIA DA INFORMAÇÃO

6.1. A cláusula décima sexta do Contrato de Gestão nº 002/2014 - SES-GO traz as informações mínimas a respeito da transparência das ações do parceiro privado, indo ao encontro dos princípios da Administração Pública, primando pela legalidade, impessoalidade, moralidade, eficiência, eficácia, efetividade e economicidade das ações deste parceiro. Vale ressaltar que cabe ao parceiro manter tais informações em sítio oficial, na rede mundial de computadores, vinculada ao Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o Termo de Colaboração.

6.2. Ao realizar o monitoramento do Portal da Transparência dessa unidade de saúde, referente aos meses de janeiro a março/2026, foram verificadas inconformidades a serem sanadas seguindo o Contrato de Gestão e a Metodologia Unificada de Avaliação da Transparência das Entidades de Direito Privado sem fins lucrativos - SES/2025 ([acesse aqui](#)).

6.3. Abaixo estão listadas as inconformidades identificadas nas publicações realizadas pela Organização Social de Saúde, no Portal da Transparência, conforme o período monitorado:

Tabela. Inconformidades verificadas no período monitorado.

Complexo de Referência Estadual em Saúde Mental Prof. Jamil Issy- CRESM			
Grupo Monitorado	Inconformidade Observada/mês		
	janeiro/2026	fevereiro/2026	março/2026
Serviço de informação ao cidadão- SIC e Ouvidoria	Lei de Acesso à Informação - LAI Estadual: Renomear de acordo com a metodologia: Lei de Acesso à Informação - LAI Estadual - nº 18.025/2013.	Não se aplica	Não se aplica
Patrimônio	Não se aplica	Bens Imóveis: Falta a assinatura do responsável no documento	Não se aplica
Compras / Contratos	Não se aplica	Contratos assinados com terceiros e relatório consolidado dos contratos com terceiros: Pasta de 2026 ainda sem conteúdo informativo	Não se aplica

Fonte: ASTI, 2026.

6.4. Diante das inconformidades, foram encaminhados os seguintes documentos: Ofício nº 12422/2026/SES com referência ao monitoramento do mês de janeiro de 2026, Ofício nº 21688/2026/SES com referência ao monitoramento do mês de fevereiro de 2026 e o Ofício nº 29142/2026/SES com referência ao monitoramento do mês de março de 2026. Em síntese, apresentam como recomendações:

- a) Adequação da nomenclatura dos itens do Portal da Transparência em conformidade com a metodologia vigente.
- b) Revisão da documentação patrimonial publicada, garantindo a presença das assinaturas e demais elementos necessários à validade dos documentos.
- c) Atualização e disponibilização das informações referentes aos contratos assinados com terceiros e respectivos relatórios consolidados.
- d) Revisão periódica do conteúdo disponibilizado no Portal da Transparência, assegurando a completude, integridade e atualização das informações.
- e) Cumprimento da legislação aplicável, das metodologias de monitoramento da SES-GO e das obrigações previstas no Contrato de Gestão.

6.5. Alguns apontamentos destacados foram devidamente saneados nos meses subsequentes. Verifica-se que as inconformidades identificadas possuem caráter pontual, concentrando-se principalmente em aspectos formais da documentação publicada e na disponibilização de informações específicas relacionadas à seção de Compras e Contratos.

6.6. Ressalta-se que a entidade deve manter rotina permanente de verificação e atualização das informações publicadas, garantindo a conformidade com os requisitos legais e metodológicos vigentes.

7. VISITAS TÉCNICAS DE MONITORAMENTO

7.1. No dia 17 de março de 2026, foi realizada visita técnica de monitoramento e avaliação in loco pela equipe da Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão (COMFIC), com o objetivo de verificar a efetividade da assistência reportada e a aderência às metas e protocolos contratualizados na unidade Complexo de Referência Estadual em Saúde Mental Prof. Jamil Issy – CRESM. A ação contemplou verificação de infraestrutura, processos assistenciais, segurança do paciente, recursos humanos e cumprimento de recomendações anteriores.

7.2. De forma geral, foram observados pontos positivos na organização da recepção (área ampla, bem iluminada e identificada), no pronto atendimento regulado com sala de estabilização equipada, na oferta de atividades terapêuticas (roda de conversa, arteterapia, educação física), na

disponibilidade de vacinas com cadeia de frio adequada, e na conformidade operacional da CME (autoclave e registros microbiológicos). Os consultórios estavam identificados com nome e horário dos profissionais, e havia presença de equipe multiprofissional em atendimento ambulatorial.

7.3. Foram identificadas, entretanto, fragilidades com impacto na qualidade e segurança assistencial: ausência de brinquedoteca na ala infantojuvenil (divergindo da capacidade instalada), necessidade de manutenção predial nas unidades de internação (pintura e reparos), sujidades em piso e quarto visitado, fezes de pombos sobre mesa de pingue-pongue, equipamentos de academia em desuso sem destinação, maioria dos pacientes internados sem pulseira de identificação, ausência de banner com tempos de atendimento por classificação de risco, salas com identificação incorreta, aparente subdimensionamento das equipes de limpeza e segurança no turno observado, cargo vago de enfermeiro responsável pelo Núcleo de Segurança do Paciente, e impossibilidade de uso do raio X odontológico por não contemplação do resíduo radiográfico no PGRSS. Registrou-se ainda o protocolo de identificação do paciente com baixa adesão e a prática de trancar a academia quando usada por pacientes de outras alas, restringindo circulação inclusive para banheiro.

7.4. A unidade foi orientada a implantar brinquedoteca na ala infantojuvenil; programar manutenção predial nas alas de internação; reforçar rotinas de limpeza e controle ambiental para impedir presença de pombos; corrigir a sinalização e identificação de salas; destinar adequadamente os equipamentos de academia em desuso; afixar informação visível sobre tempos de atendimento por classificação de risco; regularizar o uso contínuo de pulseiras de identificação; designar formalmente enfermeiro responsável pelo Núcleo de Segurança do Paciente; fortalecer a implementação dos protocolos de segurança além da afixação de cartazes; reavaliar o dimensionamento das equipes de limpeza e segurança por turno; adequar o PGRSS para viabilizar o uso do raio X odontológico; e reorganizar o fluxo da CME para evitar trânsito entre áreas suja e limpa no mesmo período. Após ofício solicitando plano de ação com medidas e prazos, o acompanhamento de cumprimento ficará a cargo da equipe técnica da SES, com verificação nas visitas subsequentes.

7.5. Após o envio de ofício solicitando um plano de ação com medidas resolutivas, a unidade respondeu. O plano de ação foi recebido e será acompanhado pela equipe técnica da SES.

7.6. Quanto à implantação da brinquedoteca na ala infantojuvenil, a unidade informou que o espaço encontra-se em fase avançada de implementação, com mobiliário e brinquedos já adquiridos, restando a conclusão das adequações físicas necessárias para sua disponibilização aos usuários. Em relação às necessidades de manutenção predial identificadas nas unidades de internação, foi esclarecido que a unidade possui contrato ativo de manutenção preventiva e corretiva, sendo as intervenções executadas conforme planejamento institucional e disponibilidade orçamentária.

7.7. No tocante às questões relacionadas à limpeza e ao controle ambiental, especialmente quanto à presença de pombos em áreas externas da unidade, a Organização Social informou ter solicitado à empresa especializada a ampliação do escopo dos serviços de controle de pragas, incluindo medidas específicas para mitigação da presença dessas aves. Embora as justificativas apresentadas demonstrem conhecimento da problemática, o tema permanece como ponto de atenção, considerando os riscos sanitários associados e a necessidade de monitoramento contínuo.

7.8. Quanto à sinalização dos ambientes e identificação das salas, foi informado que a unidade aguarda a conclusão da validação do projeto arquitetônico junto aos órgãos competentes para posterior adequação integral da comunicação visual. Em relação aos equipamentos da academia em desuso, a unidade comunicou ter formalizado solicitação junto ao setor de patrimônio da SES/GO para destinação adequada dos bens.

7.9. No âmbito assistencial, a unidade esclareceu que a ausência do banner contendo os tempos de atendimento por classificação de risco decorreu de manutenção predial temporária, tendo sido reinstalado ainda no dia da visita técnica. Em relação à baixa adesão ao protocolo de identificação dos pacientes, foi informado que a ausência temporária da enfermeira responsável pelo Núcleo de Segurança do Paciente impactou o acompanhamento da rotina, encontrando-se a situação em processo de regularização mediante reposição dos insumos e retomada das ações de monitoramento.

7.10. Quanto ao aparelho de raio-X odontológico, a unidade informou que o equipamento permanece inoperante em razão da inexistência de estrutura adequada para armazenamento e gerenciamento dos resíduos químicos gerados pelo procedimento, mantendo-se o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde compatível com as atividades atualmente executadas. Já em relação ao fluxo operacional da Central de Material e Esterilização (CME), a Organização Social apresentou documentação demonstrando a existência de rotina formalizada para segregação dos fluxos entre áreas limpa e suja.

7.11. De forma geral, verifica-se que a unidade apresentou justificativas e medidas corretivas para os apontamentos realizados durante a visita técnica. Entretanto, algumas ações dependem de execução futura ou de fatores externos, demandando acompanhamento pela equipe de monitoramento da SES/GO para verificação de sua efetiva implementação e da eliminação dos riscos assistenciais e estruturais identificados.

7.12. Concernente à análise das Demonstrações Contábeis, bem como o exame da Folha de Pagamento, esta especializada coleciona que a entidade tem atendido aos preceitos estabelecidos pelas Normas Brasileiras de Contabilidade (NBCs), quando não foram identificados, no período supra, inconsistências relevantes nos registros contábeis ou nas demonstrações apresentadas por este parceiro privado. Ressalta-se, ainda, que a ABEVIDA apresentou a sua prestação de contas, concernente à folha de pagamento de forma regular, no que tange ao limite do teto constitucional do funcionalismo público e ao limite de 70% do valor do contrato/termo, bem como com as cotas de pessoas com deficiência (PCD) e com folha de pagamento e encargos e Piso nacional da Enfermagem.

7.13. A inspeção identificou inconformidades relacionadas à manutenção das áreas verdes, especialmente quanto à conservação de determinados espaços e à necessidade de reavaliação do dimensionamento da equipe de jardinagem. Também foram constatadas fragilidades na manutenção predial, como infiltrações, desgaste de elementos construtivos e necessidade de reforço das ações de manutenção preventiva e corretiva.

7.14. Em resposta aos apontamentos, a Organização Social informou que os serviços são executados de forma contínua, com priorização das demandas conforme o grau de criticidade, observadas as limitações orçamentárias e as condições climáticas, além de apresentar registros das ações corretivas implementadas.

7.15. Após análise da manifestação apresentada, a CAC considerou as justificativas satisfatórias, concluindo que as medidas corretivas encontram-se em andamento, permanecendo o acompanhamento da execução dos serviços por meio das visitas técnicas e da análise das prestações de contas.

8. ANÁLISE DE EVENTUAIS AUDITORIAS REALIZADAS PELOS CONTROLES INTERNO E EXTERNO, NO ÂMBITO DA FISCALIZAÇÃO PREVENTIVA

8.1. Para o período em questão, não se teve conhecimento de auditorias internas ou externas realizadas no âmbito do CRESM.

9. AÇÕES CORRETIVAS E RECOMENDAÇÕES PARA MELHORIA CONTÍNUA

9.1. Considerando os resultados apurados no período avaliado, recomenda-se à unidade a continuidade das ações voltadas à qualificação dos processos assistenciais e ao fortalecimento da segurança do paciente.

9.2. Merece especial atenção o indicador de Média de Permanência, que permaneceu acima do parâmetro contratualmente estabelecido. Embora a unidade tenha justificado o resultado em razão da complexidade dos casos atendidos e da ocorrência de internações compulsórias, recomenda-se a manutenção do monitoramento sistemático desse indicador, bem como o fortalecimento das estratégias de articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da construção de projetos terapêuticos voltados à reinserção social e familiar dos usuários.

9.3. Em relação aos apontamentos da visita técnica, recomenda-se a conclusão das adequações estruturais e operacionais já iniciadas pela unidade, especialmente quanto à implantação da brinquedoteca na ala infantojuvenil, manutenção predial das áreas de internação, fortalecimento das ações de limpeza e controle ambiental, adequação da sinalização dos ambientes e regularização dos itens relacionados à segurança do paciente, com destaque para a adesão ao protocolo de identificação dos usuários.

9.4. Recomenda-se, ainda, a continuidade das ações de educação permanente, humanização da assistência, valorização dos colaboradores e monitoramento dos protocolos institucionais, visando à melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados e à manutenção dos padrões de excelência já alcançados pela unidade.

9.5. Por fim, as medidas propostas serão acompanhadas pela gestão da unidade e pelas áreas técnicas da SES/GO nos próximos ciclos de monitoramento, visando verificar sua efetiva implementação e os resultados alcançados.

9.6. No exercício das atividades de monitoramento da transparência ativa e do cumprimento das obrigações de publicidade, a Assessoria de Transparência e Integridade - ASTI realizou o acompanhamento periódico das informações disponibilizadas no Portal da Transparência da unidade.

9.7. Em razão das inconformidades identificadas durante o período analisado, recomenda-se a adoção de ações corretivas voltadas à adequação da nomenclatura dos itens do Portal da Transparência conforme a metodologia vigente, à regularização da documentação patrimonial publicada e à disponibilização das informações referentes aos contratos assinados com terceiros e respectivos relatórios consolidados.

9.8. Como medidas de melhoria contínua, recomenda-se a manutenção de rotinas periódicas de conferência e atualização das informações divulgadas, bem como o fortalecimento dos controles internos de revisão documental, visando assegurar a conformidade permanente com a legislação aplicável, as metodologias de monitoramento da SES-GO e as obrigações previstas no Contrato de Gestão.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

10.1. Conforme explanado anteriormente, cada coordenação da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão - GMAE-CG procedeu à análise dos dados pertinentes à sua esfera de monitoramento e fiscalização. Os respectivos pareceres técnicos, referentes ao período coberto pelo relatório, foram consolidados em um único documento. O objetivo desse documento é, também, identificar oportunidades de aprimoramento no desempenho da Organização Social em relação ao gerenciamento da Unidade avaliada.

10.2. De acordo com as análises da Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão - COMFIC, a ABEVIDA — gestora do CRESM — apresentou desempenho regular no cumprimento das metas do 11º Termo Aditivo, não havendo indicação de descontos financeiros para produção ou indicadores de desempenho.

10.3. Contudo, observou-se que a Média de Permanência superou as metas nos três meses avaliados. Tal indicador deve ser objeto de monitoramento rigoroso pela gestão clínica da unidade, visando à identificação de causas e oportunidades de melhoria, como assinalado anteriormente.

10.4. A unidade justificou por meio do Ofício 529/2026 (SEI nº 93302846) que o aumento deste período tem decorrido das internações compulsórias (via determinações judiciais), em decorrência de pacientes com maior gravidade clínica e psiquiátrica, com baixa adesão à terapia, elevada vulnerabilidade social e baixo ou ausente suporte familiar. A situação tem sido verificada *in loco* e acompanhada pela área técnica, no entanto, causa preocupação a judicialização na área da saúde, sem o conhecimento da realidade local, sem levar em consideração o perfil assistencial e a vocação da instituição. Portanto, sugere-se que a Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde (SPAIS) acompanhe o indicador e proceda eventual apoio ao parceiro privado junto ao Poder Judiciário para a busca de uma alternativa.

10.5. No tocante à análise contábil e financeira referente ao período de 01 de janeiro a 31 de março de 2026, constatou-se que a Organização Social ABEVIDA cumpriu os prazos estabelecidos pela Portaria nº 1.038/2017-GAB/SES-GO, especialmente quanto à observância da metodologia D+1 e D+5 para a inserção tempestiva das despesas no Sistema de Prestação de Contas Econômico-Financeiro (SIPEF).

10.6. No entanto, durante a análise do Demonstrativo de Fluxo de Caixa (DFC), foi identificada divergência entre o saldo final do mês de janeiro e o saldo inicial do mês de fevereiro de 2026 constantes no SIPEF. Ressalta-se que essa divergência foi devidamente corrigida, no entanto, não foram mais observadas inconsistências significativas que resultaram em alteração no resultado final.

10.7. Adicionalmente, a unidade manteve conformidade quanto às obrigações trabalhistas vigentes, inclusive no tocante ao cumprimento do Piso Nacional da Enfermagem instituído pela Lei nº 14.434/2022, além de atender às exigências relacionadas aos limites remuneratórios e à reserva de vagas para PCD, reforçando o compromisso da OSS com as normativas legais e contratuais aplicáveis.

10.8. Por fim, conclui-se que a ABEVIDA/CRESM apresenta desempenho satisfatório quanto aos aspectos formais da prestação de contas e ao atendimento das principais obrigações legais e contratuais. Todavia, a regularização da divergência identificada no fluxo de caixa demanda acompanhamento contínuo, com vistas a assegurar a consistência das informações prestadas, a transparência da gestão dos recursos públicos e a segurança das operações financeiras da unidade.

10.9. As inconformidades identificadas durante o período monitorado pela ASTI apresentaram caráter pontual, restringindo-se a aspectos específicos relacionados à nomenclatura de item do Portal da Transparência, à formalização de documento patrimonial e à disponibilização de informações na seção de Compras e Contratos. Não foram identificadas inconformidades nos demais grupos monitorados, evidenciando, de modo geral, a conformidade da unidade com os requisitos de transparência avaliados.

10.10. Observa-se que a ABEVIDA tem demonstrado evolução na manutenção das informações disponibilizadas ao público, restando apenas ajustes pontuais para o atendimento integral dos critérios estabelecidos. Nesse contexto, as recomendações apresentadas possuem caráter preventivo e de melhoria contínua, visando fortalecer os controles internos e assegurar a qualidade das informações divulgadas.

10.11. Dessa forma, recomenda-se a continuidade das rotinas de conferência e atualização das informações publicadas, a fim de manter o padrão de conformidade observado e promover o aprimoramento contínuo dos mecanismos de transparência e controle social.

11. ENCAMINHAMENTO

11.1. Em conformidade com a Cláusula Sexta - do Monitoramento e Avaliação, do Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão nº 002/2014-SES/GO (SEI nº 201300010015939) remete-se o documento para conhecimento e acompanhamento pelo Gestor da parceria.

11.2. Ainda que não haja sugestão de ajuste financeiro decorrente da presente avaliação, deve-se enviar o Relatório Técnico Conclusivo de Monitoramento (RTCM), do primeiro trimestre de 2026 para a Parceira Privada para cientificá-la de que, querendo, poderá apresentar **Recurso Hierárquico**, no prazo de 05 (cinco) dias corridos, a contar do recebimento do documento conforme cláusula 27.17 do ajuste contratual:

27.17. Havendo indicação de **desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas**, a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 05 (cinco) dias corridos para defesa e contraditório.

11.3. Destaca-se que o **Recurso Hierárquico**, caso apresentado, deverá ser provido de justificativas pontuais e novas acerca do tema, sob pena de não ser conhecido, assim como estar instruído com evidências e comprovação.

11.4. Desde já, a parceira deve ser cientificada quanto a necessidade de providenciar IMEDIATAMENTE a publicação do material supracitado (RTCM), na Página los_Transparência no site da SES-GO, no Grupo "Avaliação, Controle e Monitoramento da Parceria", no subitem "Relatório da Comissão de Avaliação ou equivalente da unidade supervisora".

- 11.5. Em caso de apresentação de Recurso Hierárquico pela parceira, o documento conclusivo sobre eventual glosa a ser aplicada também deverá ser divulgado no Portal da Transparência, assim como eventual resultado de recurso hierárquico.
- 11.6. Após parecer final, o relatório será enviado à Comissão de Monitoramento e Avaliação (CMA) designada com vistas à homologação semestral das avaliações trimestrais, da mesma forma como será dado conhecimento às demais áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde.
- 11.7. Diante do exposto, por hora, encaminhem-se os autos para a Coordenação de Gestão de Contratos - CGC para ciência e acompanhamento pelo gestor da parceira e para a Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios - SUPECC para envio à parceira privada.

Goiânia, 11 de agosto de 2026.



Documento assinado eletronicamente por **RAFAELA TRONCHA CAMARGO**, Gerente, em 11/08/2026, às 10:41, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **TEREZA CRISTINA DUARTE**, Coordenador (a), em 11/08/2026, às 10:45, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **ERICA SILVA DE ARAUJO PIGNATTA**, Analista, em 11/08/2026, às 10:47, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **CLEONICE FELIX BARBOSA**, Subcoordenador (a), em 11/08/2026, às 10:48, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **WELLINGTON COELHO MOREIRA**, Coordenador (a), em 11/08/2026, às 12:22, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **JEAN CLEITON JOSE DE MIRANDA**, Subcoordenador (a), em 11/08/2026, às 13:42, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **SILVIA MARQUES NAVES DA MOTA SOUZA**, Auditor (a), em 11/08/2026, às 15:28, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **93361921** e o código CRC **59CB5354**.

GERÊNCIA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DOS CONTRATOS DE GESTÃO
RUA SC 1 299, S/C - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - GOIÂNIA - GO - CEP 74860-270 - (62)3201-7726.



Referência: Processo nº 202600010045931



SEI 93361921