

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS**

STEPHANIE SAMARA DE SOUZA SANTOS E SANTOS

**DETERMINANTES DOS ADITIVOS DOS CONTRATOS DE ORGANIZAÇÃO
SOCIAL NA SAÚDE: AVALIAÇÃO SOB A ÓTICA DA TEORIA DOS CONTRATOS
INCOMPLETOS**

**UBERLÂNDIA/MG
2025**

STEPHANIE SAMARA DE SOUZA SANTOS E SANTOS

**DETERMINANTES DOS ADITIVOS DOS CONTRATOS DE ORGANIZAÇÃO
SOCIAL NA SAÚDE: AVALIAÇÃO SOB A ÓTICA DA TEORIA DOS CONTRATOS
INCOMPLETOS**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências Contábeis no Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da Universidade Federal de Uberlândia.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Elisabeth Moreira Carvalho Andrade

UBERLÂNDIA/MG

2025

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

S237 Santos, Stéphanie Samara de Souza Santos e, 2001-
2025 DETERMINANTES DOS ADITIVOS DOS CONTRATOS DE
ORGANIZAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE: AVALIAÇÃO SOB A ÓTICA DA
TEORIA DOS CONTRATOS INCOMPLETOS [recurso eletrônico] /
Stéphanie Samara de Souza Santos e Santos. - 2025.

Orientadora: Maria Elisabeth Moreira Carvalho
Andrade.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Ciências Contábeis.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2025.244>
Inclui bibliografia.

1. Contabilidade. I. Andrade, Maria Elisabeth Moreira
Carvalho, 1968-, (Orient.). II. Universidade Federal de
Uberlândia. Pós-graduação em Ciências Contábeis. III.
Título.

CDU: 657

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074

STEPHANIE SAMARA DE SOUZA SANTOS E SANTOS

**DETERMINANTES DOS ADITIVOS DOS CONTRATOS DE ORGANIZAÇÃO
SOCIAL NA SAÚDE: AVALIAÇÃO SOB A ÓTICA DA TEORIA DOS CONTRATOS
INCOMPLETOS**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências Contábeis no Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da Universidade Federal de Uberlândia.

Área de concentração: Contabilidade Financeira

Linha de Pesquisa: Contabilidade Pública

Orientadora: Profa. Dra. Maria Elisabeth Moreira Carvalho Andrade

Uberlândia, MG

Banca Examinadora:

Carlos Alberto Grespan Bonacim– Doutor – (USP) – Membro Externo

Lucimar Antônio Cabral de Avila –Doutor– (UFU) – Membro Interno

Maria Elisabeth Moreira Carvalho Andrade– Doutora – (UFU) – Orientadora



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências
Contábeis

Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 1F, Sala 248 - Bairro Santa Monica, Uberlândia-MG,
CEP 38400-902
Telefone: (34) 3291-5904 - www.ppgcc.facic.ufu.br - ppgcc@facic.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Ciências Contábeis				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico, número 151 - PPGCC				
Data:	24 de fevereiro de 2025	Hora de início:	14:00 h	Hora de encerramento:	15h30
Matrícula do Discente:	12312CCT006				
Nome do Discente:	Stephanie Samara de Souza Santos e Santos				
Título do Trabalho:	DETERMINANTES DOS ADITIVOS DOS CONTRATOS DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE: AVALIAÇÃO SOB A ÓTICA DA TEORIA DOS CONTRATOS INCOMPLETOS				
Área de concentração:	Contabilidade e Controladoria				
Linha de pesquisa:	Contabilidade Pública				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	PPGCC01 - Contabilidade e Gestão Aplicada ao Setor Público				

Reuniu-se virtualmente, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciências Contábeis, assim composta: Professores(as) Doutores(as) Lucimar Antônio Cabral de Avila (UFU), Carlos Alberto Grespan Bonacim (FEARSP/USP), e Maria Elisabeth Moreira Carvalho Andrade, orientadora da candidata.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Maria Elisabeth Moreira Carvalho Andrade, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu à discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir a presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(as) examinadores(as), que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando a candidata:

APROVADA

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Maria Elisabeth Moreira Carvalho Andrade, Professor(a) do Magistério Superior**, em 24/02/2025, às 15:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lucimar Antônio Cabral de Avila, Professor(a) do Magistério Superior**, em 24/02/2025, às 15:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carlos Alberto Grespan Bonacim, Usuário Externo**, em 24/02/2025, às 16:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **6015357** e o código CRC **50517E16**.

AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui não foi fácil. Esta dissertação representa não apenas uma etapa acadêmica superada, mas também o reflexo de uma trajetória marcada por desafios, renúncias e aprendizados. Por isso, é impossível não olhar para trás e reconhecer aqueles que estiveram comigo em cada passo.

Agradeço primeiramente a Deus por ter me abençoado e me fortalecido nos momentos que mais precisei durante o Mestrado. A presença Dele foi essencial para que eu tivesse coragem, sabedoria e perseverança ao longo dessa caminhada.

Aos meus pais, José Luiz dos Santos e Sandra Souza Santos e Santos, pelo esforço de ter me proporcionado estudar nas melhores instituições que me fizeram chegar até aqui e pelo apoio constante, mesmo nos momentos mais difíceis. Sem a base que vocês me deram, nada disso seria possível.

Aos meus irmãos, Luiz Phillip de Souza Santos e Santos e Jesse Luiz de Souza Santos e Santos, por estarem presentes em minha vida com companheirismo e por serem parte da minha motivação diária.

Aos meus avós, Maria Conceição de Souza Santos e Neraldino de Oliveira Santos, que sempre representaram sabedoria, afeto e tradição. Suas histórias e ensinamentos me acompanham e me fortalecem.

À minha orientadora, Maria Elisabeth, que me guiou e me ajudou com dedicação, paciência e, acima de tudo, com seu vasto conhecimento, contribuindo de forma significativa para o aperfeiçoamento e qualidade deste trabalho. Sou imensamente grata pela sua orientação e apoio ao longo de todo o processo.

À minha companheira de trabalho e amiga, Fernanda Vaz Alves, que me apresentou ao tema desta pesquisa e, desde então, tem sido fundamental no meu crescimento profissional dentro da contabilidade pública. Sua dedicação, amor, apoio e parceria foram essenciais neste processo.

Aos meus companheiros de trabalho e agora de vida, Ana Maria Sardela, Tais Marques, Iago Reis e Rosane Carrijo, que me motivaram e me acompanharam em cada etapa da construção da minha dissertação. A presença, o incentivo e a parceria de vocês foram fundamentais para que eu mantivesse o ânimo e a confiança nesta jornada.

Aas minhas melhores amigas, Maria Marcella Radi dos Anjos Radi, Maysa Carla Marra Catoni Nonaka, Débora Furtado de Sousa que entenderam minha ausência nos momentos de

estudo e me ofereceram apoio quando mais precisei. A amizade de vocês me deu força em dias difíceis.

A cada um de vocês, minha mais sincera gratidão.

*“Long live the walls we crashed through
How the kingdom lights shined just for me and you
I was screaming: Long live all the magic we made
And bring on all the pretenders
One day, we will be remembered”*

-Taylor Swift

RESUMO

As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são entidades privadas, sem fins lucrativos, que executam serviços de saúde por meio de contratos de gestão com o poder público. A Teoria dos Contratos Incompletos (TCI) destaca que os contratos de longa duração são adicionalmente incompletos, exigindo ajustes contínuos por meio de aditivos contratuais. Nesse contexto, esta pesquisa teve como objetivo identificar os fatores determinantes que levam à celebração de aditivos nos contratos de gestão das OSS, analisando-os sob a perspectiva da TCI. Para isso, foram examinados contratos de gestão e seus termos aditivos firmados no município de São Paulo entre 2013 e 2023, analisando o período da pandemia de Covid-19 (2020-2021). A análise da quantidade de contratos e aditivos, descrição dos objetos, valores e períodos de vigência. Os resultados indicaram que os principais fatores para a celebração de aditivos foram Custeio, Alteração de Cláusula e Atendimentos/Exames, cada um representando mais de 15% do total de aditivos aplicados. Os resultados reforçam a necessidade de constantes ajustes contratuais para garantir a continuidade e a qualidade dos serviços prestados pelo OSS. Além disso, a pesquisa contribui para o aprimoramento da gestão pública, oferecendo subsídios para a formulação de estratégias que aumentem a eficiência e a transparência dos contratos de gestão no setor da saúde.

Palavras-chave: Contratos; Organizações Sociais de Saúde; Contratos Incompletos.

ABSTRACT

Social Health Organizations (OSS) are private, non-profit entities that provide healthcare services through management contracts with the public sector. The Theory of Incomplete Contracts (TIC) emphasizes that long-term contracts are inherently incomplete, requiring ongoing adjustments through contractual amendments. In this context, this research aimed to identify the determining factors that lead to the execution of amendments in OSS management contracts, analyzing them through the lens of TIC. To achieve this, management contracts and their amendments signed in the city of São Paulo between 2013 and 2023 were examined, with a particular focus on the Covid-19 pandemic period (2020–2021). The analysis included the number of contracts and amendments, descriptions of the objectives, amounts involved, and duration periods. The results indicated that the main reasons for contract amendments were Operating Costs, Clause Changes, and Medical Consultations/Examinations, each accounting for more than 15% of the total amendments made. These findings underscore the need for constant contractual adjustments to ensure the continuity and quality of services provided by OSS. Furthermore, this study contributes to the improvement of public management by offering insights for the development of strategies that enhance the efficiency and transparency of health sector management contracts.

Key-words: Contracts; Social Health Organizations; Incomplete Contracts.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Legislações sobre OSS por Unidade Federativa	19
QUADRO 2 – Matriz de Amarração Metodológica	29
QUADRO 3 – Organizações Sociais de Saúde Qualificados	30
QUADRO 4 – Contratos e Aditivos por Organização Social (2013-2023)	32
QUADRO 5 – Aditivos Contratuais na Gestão da Saúde (2013-2023)	32
QUADRO 6 – Aditivos Contratuais na Gestão de Saúde Durante a Pandemia (2020-2021) ..	34

LISTA DE TABELA

TABELA 1 – Número de Estabelecimentos de Saúde Geridos por OSS Identificados nas Pesquisas do TCU	20
---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. REFERÊNCIAL TEÓRICO	12
2.1. Teoria dos Contratos Incompletos	12
2.2. Reforma do Estado	14
2.3. Organizações Sociais na Saúde	16
2.4. Contratos de Gestão e Aditivos na Área da Saúde	22
3. METODOLOGIA	27
4. ANÁLISE DE RESULTADOS	30
4.1. Distribuição dos Contratos e Seus Valores.....	34
4.2. Alterações de Cláusulas	35
4.3. Período de Contrato	35
4.4. Custeio e Investimentos	36
4.5. Quantidade de Atendimentos e Exames	36
4.6. Redução e Aumento das Parcelas	37
4.7. COVID–19: Análise dos Aditivos Contratuais Durante a Pandemia (2020 – 2023)	38
5. CONCLUSÃO	39
6. REFERÊNCIAS	41

1. INTRODUÇÃO

De 1930 até a década de 1960 no Brasil, consolidou a tradição centralizadora enfatizando o papel primordial do Estado, em seu nível central no planejamento do progresso econômico. Durante esse período, diversas nações implementaram reformas administrativas com o propósito de fortalecer o poder do governo central, proporcionando-lhe as capacidades técnicas necessárias para intervir de maneira mais estratégica e eficiente (TEIXEIRA, 1990).

Ao longo do tempo, o Brasil enfrentou o surgimento de crises econômicas e financeiras, conforme destacado por Kaminsky, Lizondo e Reinhart (1998). Eles observaram um aumento na frequência das crises bancárias, a partir dos anos 1970 e estabeleceram uma ligação significativa entre essas crises e as crises cambiais ou de balanço de pagamentos, que eles se referem como “crises gêmeas”. De acordo com Sachs, Tornell e Velasco (1996), a necessidade de realizar ajustes na política econômica tornou-se evidente devido à supervalorização da moeda e ao significativo déficit na balança de pagamentos. Esses fatores, quando combinados com os conflitos políticos no início da década de 1990, explicam a redução dos investimentos estrangeiros.

Além disso, os governos militares reforçaram o poder central e criaram um estilo de gestão exclusivo. Os impactos disso foram evidentes durante a crise econômica dos anos 1970 e 1980, resultando em alta dependência econômica e endividamento. O colapso desses governos deu início a uma transição para a democracia na América Latina, marcada pela demanda por participação cidadã e redistribuição da riqueza. Tanto o endividamento regional quanto essa transição destacaram a necessidade de uma profunda reforma do Estado, incluindo a descentralização (TEIXEIRA, 1990).

As mudanças resultantes dos processos de desregulamentação, privatização e redução da participação estatal causaram uma redefinição significativa do papel do governo brasileiro. Ocorreu a transição de um “Estado prestador” para um “Estado regulador”. É amplamente aceito que o Estado brasileiro deva passar por uma transformação em seu papel em relação à prestação de serviços públicos. Anteriormente, o Estado era responsável por controlar a propriedade, a produção e a regulação desses serviços, mas agora existe um consenso de que ele deve evoluir para um papel mais voltado à regulação (PECI; CAVALCANTI, 2000).

Segundo Conforto (1998), por meio da modernização e adaptação do Estado às mudanças na configuração internacional, torna-se evidente a necessidade de envolver o setor privado na prestação de serviços que antes eram monopólio do governo. Conforme Cepal

(2000), a descentralização pública oferece uma grande oportunidade para personalizar os programas governamentais de acordo com as necessidades locais, melhorar a eficiência dos gastos públicos e promover resultados mais equitativos, eficazes e sustentáveis nas ações governamentais, especialmente nas áreas de gastos sociais. Entretanto Jaramillo (1985) faz objeção à ideia de descentralização, devido ao fato de ela ser impulsionada principalmente pela crise financeira do Estado moderno e pela motivação política de mitigar as pressões sociais, dispersando os conflitos e envolvendo a comunidade na resolução de seus próprios desafios, ou seja, transferindo as soluções para níveis descentralizados.

Ciente disso, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) estabeleceu as bases do Estado Democrático de Direito no Brasil, reconhecendo a saúde como um direito fundamental de todos e dever do Estado. Esse marco normativo criou as condições para a implementação de políticas públicas mais inclusivas, com a promulgação de normas e estruturas jurídicas que buscavam melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde.

No entanto, a complexidade da gestão pública na área da saúde, aliada à escassez de recursos, exigiu a criação de mecanismos contratuais mais flexíveis e adaptáveis, como as organizações sociais (OS), que passaram a ser contratadas para operar unidades de saúde com maior autonomia administrativa e financeira. Nesse contexto, surge a necessidade de aprofundar o estudo dos contratos firmados com as OS, particularmente no que tange aos aditivos contratuais, que são instrumentos que permitem ajustes nas condições originais dos contratos.

Ademais, a Lei nº 8.666/1993, (revogada pela Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021), que regulamenta as licitações e contratos da Administração Pública, estabelece normas rígidas para a celebração de contratos, incluindo os da área da saúde. A possibilidade de aditar os contratos, como forma de adequação às mudanças nas condições operacionais ou financeiras, é um instrumento fundamental, mas também gera desafios em relação à transparência, controle e eficiência na gestão pública.

Ainda, a Lei nº 4.320/1964, por sua vez, estabelece os princípios da contabilidade pública e define as normas para a elaboração do orçamento e a execução das despesas no setor público, incluindo os contratos com organizações sociais. A articulação entre essa lei e as normas que regem os contratos com as OS revela uma necessidade de harmonização entre a gestão financeira pública e as práticas contratuais, especialmente em um ambiente tão dinâmico quanto o da saúde pública.

Exposto isso, quanto ao setor de saúde no Brasil, Freeman e Moran (2000) destacam que as mudanças nos sistemas de saúde foram influenciadas por três aspectos: proteção social,

poder político e mercado econômico. Conforme Viana, Lima e Oliveira (2002), a descentralização e o estímulo à competição por meio da criação de mercados internos foram duas estratégias-chave nas políticas de reforma. Ambas as estratégias fortemente impulsionadas e coordenadas pelos governos centrais, que criam instrumentos, regulamentações e iniciativas públicas, bem como promovem o desenvolvimento de habilidades gerenciais para implementá-las.

Dessa maneira, por meio da promulgação da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, foi estabelecida a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de reestruturar o sistema público de saúde. Essa iniciativa visou solucionar os desafios encontrados na prestação de serviços de saúde à população, assegurando, desse modo, o direito universal à assistência médica (Viol, 2018). Paralelamente, as dificuldades administrativas enfrentadas pela gestão direta das unidades de saúde pública também eram debatidas.

Diante desse cenário, segundo Contreiras e Matta (2015), com a implementação da política de descentralização e a transferência da responsabilidade pela prestação de serviços de saúde para os municípios, ocorreu um aumento na expansão dos serviços municipais em contraposição à restrição dos gastos com funcionários públicos. Essa situação resultou na precarização das condições de trabalho e na busca por novos modelos jurídico-administrativos que fossem mais adequados às novas demandas relacionadas à prestação de serviços de saúde (CONTREIRAS; MATTÀ, 2015).

Dessa maneira, conforme destacado por Nascimento et al. (2017), foram implementadas diversas iniciativas visando a adoção da Nova Gestão Pública (NGP), tais como o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) e a introdução das Organizações Sociais de Saúde (OSS). Nesse contexto, em maio de 1998, foi promulgada a Lei nº 9.637/1998, a qual aborda a qualificação de instituições como Organizações Sociais (BRASIL, 1998a). Assim, o poder Executivo ganhou a prerrogativa de certificar organizações de natureza privada, sem fins lucrativos, como Organizações Sociais, desde que direcionadas para áreas como educação, pesquisa científica, avanço tecnológico, preservação ambiental, cultura e saúde (VIOL, 2018).

Os principais modelos de transferência da gestão de serviços públicos de saúde incluem a terceirização para organizações sem fins lucrativos, principalmente, Organizações Sociais (OS) e Organizações Sociais de Saúde (OSS); as parcerias com empresas públicas de direito privado; a celebração de convênios com Fundações de Apoio a Entidades Públicas; e as parcerias público-privadas (SHIMIZU; VERONEZI, 2020). Conforme indicado por Medici e Murray (2003), essas colaborações envolvem a seleção de instituições filantrópicas

qualificadas, especificamente as OS com um histórico reconhecido de competência na administração de hospitais.

A partir de 2006, observou-se um aumento substancial na gestão de instalações de saúde públicas por OSS, o que tem se solidificado como uma excelente opção para aprimorar a eficácia dos serviços oferecidos (SOUZA, 2017). Por outro lado, o aumento da descentralização no setor público pode ter diminuído a capacidade de direção e controle das autoridades políticas sobre as políticas governamentais. Isso resultou na redução do papel central da política e trouxe desafios de governança, como a *accountability*. Quando várias relações alternativas existem entre políticos eleitos e a prestação de serviços, torna-se complicado identificar quem é responsável pelas ações (PETERS, 2008).

De acordo com Medici e Murray (2010), os contratos de gestão de OSS desempenham um papel fundamental em assegurar um alto grau de responsabilidade e transparência no uso dos recursos públicos. Além disso, esses contratos de gestão conferem maior autonomia na administração das entidades públicas de saúde, promovendo níveis mais elevados de eficiência e eficácia. Sob a supervisão das equipes de gestão, esses contratos buscam com responsabilidade alcançar metas relacionadas à produção de serviços, à qualidade e à satisfação dos usuários, ao mesmo tempo em que facilitam a realização de auditorias financeiras (NASCIMENTO et al., 2017).

Os contratos de gestão das OSS são frequentemente de longo prazo, o que os torna passíveis de aditivos. Essa flexibilidade permite ajustes necessários ao longo do tempo para acomodar mudanças nas necessidades e circunstâncias da saúde pública. Os aditivos são essenciais para garantir que as parcerias permaneçam eficazes e adaptáveis, assegurando a entrega eficiente de serviços de saúde à população.

Segundo Turino et al. (2022) aditivos possibilitam a adaptação dos contratos conforme a evolução da prestação de serviços, além de servirem como instrumentos para correções de curso e renegociação de cláusulas contratuais. A legislação que regulamenta as OSS permite a celebração de termos aditivos, proporcionando maior flexibilidade e autonomia aos gestores públicos na gestão contratual. Por conseguinte, os aditivos têm se tornado relevantes, embora raramente sejam discutidos na esfera da administração pública (TURINO et al., 2022).

Nesse contexto, alguns estudos (MACHADO et al., 2016; VIOL, 2018) têm se concentrado na análise da gestão das OSS. Viol (2018) investigou o sistema de avaliação de desempenho desenvolvido por uma OSS e sua aplicação nas unidades sob sua gestão, chegando à conclusão que para garantir o bom desempenho das unidades de saúde geridas por OSS, é crucial que haja uma colaboração eficaz entre as partes envolvidas. Já Machado et al. (2016)

examinaram as estratégias governamentais de gestão de pessoal, as condições de vínculo e o perfil dos profissionais de saúde que atuavam nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no estado do Rio de Janeiro.

Nesse sentido, surge a lacuna de pesquisa, que reside na reduzida análise dos aditivos nos contratos de organizações sociais na saúde, especialmente sob a perspectiva da teoria dos contratos incompletos. A abordagem vigente carece de uma compreensão aprofundada dos aspectos não formalizados nos contratos, que influenciam a governança e a execução dos serviços de saúde.

No contexto do contrato incompleto, segundo Caminha e Lima (2014), renuncia-se à noção de que os contratos de longa duração podem ser totalmente acordados, pois isso é incompatível com características inerentes a esse tipo de relação contratual, como limitações na racionalidade, comportamento oportunista e desigualdade de informações. A partir disso, afasta-se a ideia de completude contratual, por se demonstrar que “nenhum contrato estabelece uma disciplina específica para todos os eventos que poderiam interferir na execução das obrigações” (BELLANTUONO, 2005, p. 61).

Diante disso, emerge o problema de pesquisa: quais são os fatores determinantes de aditivos dos contratos na gestão de organizações sociais no setor de saúde? O objetivo geral do trabalho é analisar os fatores determinantes que levam à celebração de aditivos nos contratos de organizações sociais na saúde do município paulista, celebrados entre os anos de 2013 e 2023. O objetivo específico é identificar os fatores que influenciam a realização de aditivos. Entende-se por fatores determinantes nesta pesquisa como as causas que levaram à celebração de aditivos nos contratos analisados.

A relevância deste estudo é substanciada pela escassez de pesquisas na área de contabilidade relacionadas às OSS. Esta lacuna no conhecimento justifica a necessidade de uma investigação mais aprofundada e sistemática, visando fornecer contribuições sobre o desempenho dessas organizações no contexto da saúde. Na realidade brasileira, os estudos empíricos acerca das OSS ainda são limitados e surgiram há pouco tempo, focando principalmente na análise do desempenho hospitalar, em certos casos, especialmente no estado de São Paulo, onde esse modelo de gestão está estabelecido há mais tempo (RAVIOLI; SOÁREZ; SCHEFFER, 2018).

No município de São Paulo/SP, o modelo de gestão das OSS tem grande relevância, pois recebe 25% dos recursos orçamentários destinados às assistências ambulatorial e hospitalar do município (TONELOTTO *et al.*, 2018). Portanto, o município a ser analisado é São Paulo/SP, no período de 2013 a 2023. Os primeiros exemplos de administração compartilhada de unidades

de saúde entre a administração direta e OSS no Brasil surgiram no estado de São Paulo, em vários hospitais com características distintas (JESUS; MARQUES; DOMINGUES, 2016). Atualmente, as OSS se encontram disseminadas em maior grau no País, com o Estado de São Paulo sediando o maior número de unidades gerenciadas (BARBOSA *et al.*, 2015).

Este estudo pretende contribuir do ponto de vista teórico e prático fornecendo uma compreensão mais profunda sobre os aditivos nos contratos de gestão de OSS. Sob o aspecto teórico, a Teoria dos Contratos Incompletos (TCI), surge como plataforma teórica deste estudo, pois, no contexto das OSS os contratos são de longo prazo e como preconiza TCI, os contratos de longa duração são incompletos, por isso, apresentam muitos aditivos em sua vigência.

Em relação à estrutura, este estudo está dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo encontra-se a introdução, em seguida, os capítulos de referencial teórico, metodologia, análise dos resultados e por fim as considerações finais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Teoria dos Contratos Incompletos

De acordo com Hart (1995), todo contrato de duração prolongada apresenta lacunas e, consequentemente, pode ser alvo de revisões, implicando em diversos ônus nesse procedimento. Por conseguinte, é possível inferir que, de certa maneira, os contratos de longo prazo sempre serão incompletos, assim como aqueles que envolvem execução postergada, incluindo os contratos relacionais (CATEB; GALLO, 2007).

O contrato completo, inspirado no modelo proposto por economistas como Kenneth Arrow e Gerard Debreu, busca se assemelhar ao mercado perfeito ao prever e mitigar, sem custos adicionais, as contingências futuras que possam afetar sua execução, estabelecendo as condutas adequadas para cada parte diante de diversas situações. Entretanto, devido às discrepâncias de informação entre as partes e à impossibilidade de observar todas as condutas durante a execução do contrato, mesmo o contrato mais detalhado está sujeito a lacunas involuntárias (Agra, 2020).

Por outro lado, o contrato incompleto atua como um mecanismo flexível, permitindo ajustes *ex post* por meio de renegociação, o que o torna mais adequado para os ambientes menos que perfeitos dos mercados reais. As partes optam por essa incompletude contratual devido aos altos custos associados à antecipação de contingências futuras, aos custos da execução do contrato, à dificuldade dos tribunais em verificar as contingências e à falta de prejuízo das consequências esperadas para as partes envolvidas (AGRA, 2020).

A Teoria dos Contratos Incompletos surge para estudar esse fenômeno e alguns fatores envolvidos, tais como assimetria de informações, racionalidade limitada ou até mesmo vontade deliberada ou oportunismo das partes envolvidas. Seu propósito é maximizar utilidades e alocar recursos de forma eficiente, seja para garantir o cumprimento integral do contrato ou mesmo para encerrar o acordo (PINHEIRO; CARVALHO, 2010).

Segundo Cateb e Gallo (2007), contratos completos são aqueles que, em teoria, fornecem detalhes de todas as características físicas de uma transação, incluindo informações como dados, localização, preço e detalhes, para cada cenário futuro que possa surgir. Ainda segundo os autores, em um contrato completo, em princípio, não seria

preciso realizar verificações adicionais ou tomar decisões durante a sua execução para determinar os direitos e obrigações das partes, uma vez que o contrato abrange todas as possíveis situações futuras relacionadas ao objeto do acordo.

O estudo dos contratos exige que se preste atenção ao fato de que, geralmente, o ambiente em que os contratos são estabelecidos é caracterizado por incertezas e desigualdades de informação. Isso fica evidente, por exemplo, quando o valor de um contrato no momento da assinatura se revela, posteriormente, por várias razões, menor do que os custos incorridos durante a sua execução. Além disso, devido à limitação da racionalidade dos agentes em relação a eventos futuros, eles não conseguem elaborar contratos abrangentes que abordem todas as possíveis situações futuras.

Existem duas desigualdades de informação que as partes enfrentam ao realizar contratos. A primeira refere-se a um custo transacional *ex ante*, relacionado à impossibilidade de prever ou antecipar eventos futuros, o que afeta a maneira como o contrato é executado e a forma como as soluções são definidas quando esses eventos ocorrem. A segunda diz respeito a um custo transacional *ex post*, que envolve a dificuldade de garantir o cumprimento dos termos do contrato. Isso inclui os custos de monitoramento, comprovação e verificação, tanto para as partes envolvidas quanto para terceiros, no que diz respeito à realização no mundo real dos eventos previstos no momento em que o acordo foi estabelecido (EVINA, 2016).

A interação combinada dos custos transacionais antecipados e posteriores é a essência do que é conhecido como contrato incompleto. Essa incompletude surge da impossibilidade de estipular obrigações para as partes que se apliquem a todas as possíveis situações, sendo uma falta de completude em termos de informações, mas não em relação às obrigações contratuais, pois estas já estão definidas no contrato (SCOTT; TRIANTIS, 2005; CAMINHA; LIMA, 2014).

Segundo a Teoria dos Contratos Incompletos (TCI), em contratos de longa duração ou de execução diferida, não se pode prever, *ex ante*, todas as contingências possíveis de materialização e suas respectivas consequências para as partes contratuais de forma exaustiva sob pena de se inviabilizar a contratação ou de se obter um resultado ineficiente. Assim, nenhum contrato complexo e de longa duração está isento de custos de transação *ex ante* e *ex post* (Rosa, 2022).

Conforme observado, a falta de completude nos contratos pode surgir por diversas razões, e é improvável que seja viável elaborar um contrato que abranja todas as possibilidades futuras, uma vez que as causas potenciais são diversas e exigiriam

expertise de várias áreas profissionais, o que, por conseguinte, aumentaria os custos envolvidos (PINHEIRO; CARVALHO, 2010).

Quando se deparam com a necessidade de criar um contrato em uma situação que exige adaptação às possíveis mudanças nas condições anteriores à celebração do acordo, as partes precisam estar cientes da necessidade de ajustes. À medida que as contingências se apresentam, as partes contratantes devem gerenciar os eventos, demandando um certo nível de julgamento ao longo da execução do contrato. Nesse contexto, a preferência por acordos flexíveis pode ser aconselhável (CATEB; GALLO, 2007).

Portanto, de acordo com Lima e Coelho (2015), é crucial analisar com atenção a função de minimização de riscos do contrato, a fim de diminuir os custos de negociação e fomentar maior estabilidade nos acordos. Estes contratos devem identificar os riscos mais pertinentes no projeto e implementar medidas de supervisão e controle para reduzir a probabilidade de falhas, erros ou surpresas inesperadas (LIMA; COELHO, 2015).

2.2. Reforma do Estado

Na década de 1980, em meio a uma crise econômica global e o processo de globalização, houve um aumento na acessibilidade de ideias que defendiam que o crescimento econômico e a consolidação da democracia exigiam, por um lado, a diminuição da intervenção do governo e dos gastos públicos e, por outro, o fortalecimento do mercado e da sociedade civil. Essas concepções serviram como fundamentos teóricos para uma série de reformas no Estado em países desenvolvidos, as quais se caracterizaram por medidas de ajuste macroeconômico e simplificação administrativa (CONTREIRAS; MATTA, 2015).

A necessidade de reformar a administração pública no Brasil surgiu devido a um contexto de gestão rígida, com pouca autonomia e limitações, tanto em termos de recursos financeiros, materiais e de pessoal. Além disso, havia dificuldades na interação com sistemas locais e regionais, vulnerabilidade à interferência política partidária e fragilidade diante da alternância democrática (MANSUR, 2007; COSTA; MARQUES; BORGES, 2010).

Melo e Tanaka (2001) explicam que o Estado, além de estar desatualizado e ineficaz, enfrentava uma crise fiscal crescente e esgotamento de abordagens protecionistas na economia. Diante desse cenário, a reforma se tornou uma ferramenta

essencial na época para consolidar a estabilidade econômica e garantir o crescimento sustentável, ao mesmo tempo em que visava corrigir as desigualdades sociais e regionais (ANDRADE, 2020).

Impulsionadas pelo movimento global de Reforma do Estado, surgiram no território nacional diversas iniciativas no campo da administração pública. Essas iniciativas buscaram fundamentalmente introduzir maior flexibilidade na gestão, tanto no que se refere à aquisição de insumos e materiais, quanto à contratação e desligamento de funcionários, bem como à administração de recursos financeiros. Além disso, havia a proposta de estimular a implantação de uma gestão que priorizasse resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados (IBAÑEZ *et al.*, 2001).

No Brasil, a Reforma Administrativa do Estado Brasileiro (RAEB), que adota princípios neoliberais, teve seu início durante o governo de Collor, entre 1990 e 1992. A partir de 1995, esse processo de reforma começou a ganhar força de forma gradual e constante (BRASIL, 1998b). O Ministério da Administração e Reforma do Estado, foi criado quase que exclusivamente para efetivar a reforma administrativa pretendida pelo Governo Federal (BRESSER-PEREIRA; GRAU, 1999). Na década de 1990, esse ministério recomendou a implementação de um novo modelo de administração pública. Esse modelo tinha como objetivo desenvolver um alto desempenho em que os cidadãos pudessem desfrutar de seus direitos, enquanto o Estado, cumprindo seu dever, fornecesse serviços de qualidade na área da saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Esse novo modelo implicava a introdução de maior adaptabilidade na administração, tanto na aquisição de produtos e serviços quanto na administração dos recursos financeiros, garantindo que os recursos fossem utilizados de maneira a melhorar a eficiência e eficácia (NASCIMENTO *et al.*, 2017). O objetivo subjacente a essas ações era garantir que o público tivesse acesso claro às despesas e que os usuários ficassem satisfeitos com a qualidade dos serviços fornecidos. Dessa maneira, o órgão tinha como principal objetivo transformar a administração pública burocrática em administração pública gerencial, atendendo, assim, os postulados da ideologia neoliberal, que se volta basicamente para o mercado como regulador de ações (BRASIL, 1998b; MELO; TANAKA, 2001).

Com esse propósito, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) estabeleceu bases para a modernização e racionalização da administração pública (BRASIL, 1995). De acordo com Jesus, Marques e Dominguez (2016), a reforma teve como objetivo central tornar a administração pública mais eficaz e orientada para a

cidadania, redefinindo o papel do Estado. Através do PDRAE, o Estado deixou de ser o principal responsável pela produção direta de bens e serviços e passou a desempenhar um papel de promoção e regulação no desenvolvimento da prestação de bens e serviços.

Mesmo com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, não houve uma definição clara sobre a descentralização e municipalização da gestão da atenção à saúde, o que levou a buscas contínuas por novos modelos de gestão para enfrentar os desafios decorrentes das crises fiscais (COSTA; MARQUES; BORGES, 2010). Em busca de maior eficiência e agilidade nos processos de gestão pública, entre os anos de 1995 e 1998, modelos alternativos de administração foram propostos como resultado do PDRAE, o qual estabeleceu a existência do terceiro setor, como estratégia para a administração pública no Brasil (WEICHERT, 2009). A próxima seção traz um breve histórico sobre as Organizações Sociais, integrantes do terceiro setor, no Brasil.

2.3. Organizações Sociais na Saúde

As Organizações Sociais (OS) são identificadas como a peça central da reforma, pois representam o modelo que propõe a reestruturação do tamanho do Estado e a inclusão de outros setores da sociedade civil na oferta de serviços sociais e científicos (BRASIL, 1998a). As OS são definidas como uma forma de organização pública não estatal qualificada para assumir atividades de interesse público por meio de uma qualificação específica. Elas são instituídas por associações civis sem fins lucrativos, orientadas diretamente para o atendimento do interesse público (BRASIL, 1998a).

Dentro da proposta de reforma, as OS são vistas como um instrumento de gestão estratégica para mudar o padrão de gestão pública, permitindo a celebração de contratos de gestão entre as partes. Isso possibilita a avaliação e controle dos resultados acordados anteriormente, requisitos fundamentais na lógica da reforma gerencial (MARTINS, 1998). Na perspectiva dessa reforma, o mecanismo de controle define a lógica do modelo operante na administração pública, com ênfase no controle dos resultados, em contraposição ao padrão burocrático, que se concentra no controle dos procedimentos (BRASIL, 1998b). O contrato de gestão, nesse contexto, instrumentaliza a ação nesse rearranjo das funções do Estado, em que os mecanismos de controle são considerados questões-chave para a administração pública (HORTALE; DUPRAT, 1999).

As OS representam uma forma de colaboração entre o Estado e o setor privado, sendo entidades que fazem parte do terceiro setor econômico. Nesse contexto, indivíduos com objetivos públicos e sem intuito de lucro se unem voluntariamente para realizar atividades de grande importância para a comunidade (MODESTO, 1997). Essas entidades são caracterizadas como pessoas jurídicas de direito privado, com atividades voltadas para áreas como educação, pesquisa, desenvolvimento tecnológico, preservação do meio ambiente, promoção cultural e cuidados com a saúde (COELHO, 2012).

O contínuo repasse de recursos governamentais, seja integral ou parcial, destinado a apoiar o funcionamento das OS, é justificado devido ao papel social que desempenham em setores como saúde, educação, cultura, meio ambiente e pesquisa científica e tecnológica. Essas organizações desempenham um papel fundamental em mitigar os efeitos da desigualdade de renda resultante das dinâmicas de mercado, além de proporcionar “economias externas” por meio dos benefícios que oferecem à sociedade e às empresas. Esses benefícios extrapolam o escopo da organização que os produz e, portanto, não podem ser exclusivamente regulados pelas leis de mercado (BARRETO, 1999).

Muitos gestores públicos têm a convicção de que a descentralização e a desconcentração das atividades estatais, aliadas à adoção de um modelo contratual competitivo, poderiam ampliar a capacidade do Estado de implementar políticas públicas de forma eficaz em diversas organizações, como universidades, escolas técnicas, centros de pesquisa, bibliotecas e museus e hospitais (MELO; TANAKA, 2001).

Diversos municípios optaram por estender o acesso aos serviços de saúde através de parcerias com Organizações Sociais de Saúde (OSS), entidades do terceiro setor que fornecem serviços com base em contratos de gestão estabelecidos com a administração pública direta, onde são definidos objetivos e metas a serem cumpridos (SILVA; BARBOSA; HORTALE, 2016).

As OSS surgiram no Brasil como resultado das oportunidades criadas para a gestão pública após a implementação da Reforma do Estado nos anos de 1994 e 1995. Por conseguinte, são reconhecidas como uma das expressões do denominado “terceiro setor” e emergem como uma nova abordagem direcionada para a função social de gestão e prestação de serviços de saúde, estando ligadas ao modelo das parcerias público-privadas (MORAIS *et al.*, 2018).

Diante do exposto, as três esferas de governo têm adotado abordagens que visam diminuir a responsabilidade do Estado em relação ao sistema público de saúde, seja

através da privatização direta ou da transferência da administração para entidades de direito privado (MELO; TANAKA, 2002). Na área da saúde, essa modalidade de administração é conhecida como OSS. É responsabilidade das secretarias de saúde estaduais e/ou municipais negociar o contrato de gestão com essas organizações, além de monitorar, supervisionar e avaliar seus resultados. O contrato estipula o propósito do serviço sob a gestão das OSS, bem como estabelece os níveis de responsabilidade para a execução das atividades (BARCELOS *et al.*, 2022).

Uma maneira de inovar na institucionalização da parceria entre o Estado e a sociedade é através das OSS, embora elas não se configurem como uma nova entidade jurídica, pois são incorporadas ao atual sistema legal na forma de associações civis sem fins lucrativos. Como tal, elas operam fora da esfera da administração pública, sendo consideradas pessoas jurídicas de direito privado. As OSS compartilham a mesma estrutura formal das organizações privadas tradicionais de utilidade pública, podendo ser legalmente estabelecidas como fundações privadas ou associações sem fins lucrativos (DI PIETRO, 1996; MODESTO, 1997). As OSS se tornaram uma das principais naturezas jurídicas na redefinição do perfil e tamanho do setor público, executando atividades antes consideradas de caráter estatal, o que marca o início da efetiva participação de novos atores sociais e agentes econômicos na prestação de serviços à sociedade no SUS (CARNEIRO; JUNIOR; ELIAS, 2003).

Em 1998, foi aprovada a Lei federal nº 9.637 que qualificou entidades privadas como Organizações Sociais, permitindo que assumissem a gestão da assistência à saúde. No mesmo ano, o estado de São Paulo aprovou lei similar (Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998), sendo essa unidade federativa vanguarda na utilização dessa forma de gestão. Nessa conjuntura, as OSS emergem como uma opção viável, estando regulamentadas pela Lei nº 9.637/1998 (COELHO, 2012). Desde então, as instituições privadas consideradas filantrópicas, sem fins lucrativos na gestão dos serviços públicos, podem contribuir com o Estado no que tange a um complemento na evolução da qualidade dos serviços em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e com previsão legal instituída na Constituição Federal (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

De maneira mais ampla, as OSS, como integrantes do terceiro setor (entidades de natureza privada com propósitos públicos, operando sem visar lucro e criadas voluntariamente por cidadãos), representam uma forma de parceria entre o Estado e organizações privadas com objetivos públicos. As OSS também são vistas como organizações criadas com o intuito de envolver a sociedade na administração pública,

contribuindo para a promoção de atividades de relevante interesse coletivo (MELO; TANAKA, 2002).

Alguns estudos focam na análise do contrato de gestão das OSS como o de Andrade (2020), que investigou o processo de estruturação e operacionalização de uma OSS, abordando fatores críticos, impactos, complexidade, riscos e incertezas inerentes a este processo, bem como se é possível traçar estratégias para que a estruturação e operacionalização das OSS ocorram de forma efetiva. Concluiu-se que se trata de um processo complexo, com impacto político, social e econômico e que exige a adoção de estratégias para potencializar a efetividade da estruturação e operacionalização das OSS.

De acordo com o levantamento realizado em 2018 pelo IBGE nas bases municipais, houve um aumento de 76% no número de unidades de saúde municipais geridas por OSS. Em 2021, o governo repassou mais de 30 bilhões de reais para a saúde, especialmente para que as OSS assumissem a administração dos hospitais, em meio a uma das maiores pandemias globais (MELO, 2022).

As OSS também administraram outros tipos de estabelecimentos de saúde, como na atenção primária. No entanto, a evidência sobre o desempenho nessa área é ambígua. Enquanto alguns estudos não encontraram diferenças significativas entre estabelecimentos geridos por OSS e AD nas capitais do Sudeste (Ramos; Seta, 2019), outros observaram melhorias na cobertura e redução da hospitalização por doenças evitáveis pela atenção primária em municípios do estado de São Paulo (GREVE; COELHO, 2017) e no Rio de Janeiro (SILVA; BARBOSA; HORTALE, 2016), embora sem maior transparência e controle social em comparação com a Administração Direta.

Fora do Estado de São Paulo, há poucas evidências. Por exemplo, em Santa Catarina, hospitais estaduais gerenciados por OSS demonstraram maior eficiência em comparação com outros hospitais públicos estaduais (Rodrigues; Sallum, 2017). Resultado semelhante foi encontrado no Espírito Santo, onde hospitais gerenciados por OSS apresentaram melhor desempenho que os sob Administração Direta (AD) (GAIGHER; TEIXEIRA, 2017).

O Quadro 1 traz as unidades federativas que possuem regulamentação com OSS.

Quadro 1 – Legislações sobre OSS por Unidade Federativa.

Estado	Lei
Acre	Não Possui

Alagoas	Lei nº 7.777/2016
Amapá	Lei nº 599/2001
Amazonas	Lei nº 3.900/2013
Bahia	Lei Ordinária nº 8.647/2003
Ceará	Lei nº 12.781/1997
Distrito Federal	Lei nº 4.081/2008
Espírito Santo	Lei Complementar nº 489/2009
Goiás	Lei nº 15.503/2005
Maranhão	Lei nº 7.066/1998
Mato Grosso	Lei Complementar nº 150/2004
Mato Grosso do Sul	Lei nº 4698/2015
Minas Gerais	Lei nº 23.081/2018
Pará	Lei nº 5.980/1996
Paraíba	Medida Provisória nº 178/2011
Paraná	Lei Complementar nº 140/2011
Pernambuco	Lei nº 15.210/2013
Piauí	Lei Ordinária 5.519/2005
Rio de Janeiro	Lei nº 5.498/2009
Rio Grande do Norte	Lei Complementar nº 27/2004
Rio Grande do Sul	Projeto de Lei nº 44/2016
Rondônia	Lei nº 3.122/2013
Roraima	Não Possui
São Paulo	Lei Complementar nº 846/1998
Santa Catarina	Lei nº 12.929/2004
Sergipe	Lei nº 5.217/2003
Tocantins	Lei nº 2.472/2011

Fonte: Adaptado IBROSS, 2018.

Conforme exposto no Quadro 1, das 27 unidades federativas brasileiras, 25 possuem leis ou medidas que regulamentam as OSS, o que demonstra uma ampla disparidade na legislação que rege a transferência de serviços públicos para OS entre as unidades federativas do país. Enquanto algumas delas têm leis específicas e detalhadas para regular esse processo, outros carecem de regulamentação nesse sentido.

A Tabela 1 apresenta o número de estabelecimentos de saúde geridos por OSS por unidade federativa.

Tabela 1 - Número de Estabelecimentos de Saúde geridos por OSS Identificados nas Pesquisas do TCU.

Estado	Número de Estabelecimentos
Acre	0
Alagoas	4
Amapá	2
Amazonas	2
Bahia	33

Ceará	14
Distrito Federal	1
Espirito Santo	12
Goiás	18
Maranhão	37
Mato Grosso	8
Mato Grosso do Sul	2
Minas Gerais	41
Pará	2
Paraíba	10
Paraná	17
Pernambuco	10
Piauí	0
Rio de Janeiro	135
Rio Grande do Norte	0
Rio Grande do Sul	15
Rondônia	14
Roraima	0
São Paulo	772
Santa Catarina	37
Sergipe	0
Tocantins	0

Fonte: Adaptado BDOSS (2022)

A presença de estabelecimento geridos por OSS é maior nas unidades federativas situadas na costa brasileira, encontrando-se a maior concentração (58,3%) no estado de São Paulo, seguido do Rio de Janeiro (13,2%) e Pernambuco (3,8%). Nas regiões Norte e Centro-Oeste, com exceção do Pará e de Goiás, foram poucos os registros de estabelecimentos com essa gestão (BARCELOS *et al.*, 2022).

Diversos estudos têm-se dedicado ao debate sobre a maneira mais adequada de implementar o SUS, abordando também o modelo de gestão a ser adotado, o que inclui a análise das OS. Entre esses autores estão Tanaka e Melo (2002), Montaño (2002), Bahia (2008), Granemman (2009), Cislagni (2010) e Correia (2011).

Algumas pesquisas como a de Barbosa e Elias (2010) e de Camargo et al. (2013) indicam que a administração através das OSS leva a melhorias nos serviços de saúde, destacando-se a gestão de recursos humanos, uma vez que esta não está sujeita às regulamentações do Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos, que geralmente envolvem concursos públicos caracterizados por processos morosos e altamente burocráticos. Nesse contexto, a gestão por meio das OSS tem o potencial de regular seu próprio quadro de pessoal, estabelecer os procedimentos de ingresso e permanência no serviço, facilitar a agilidade e a qualidade das contratações, além da manutenção e

demissão de funcionários, os quais são regidos por regulamentos próprios, conforme o regime trabalhista da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (Rodrigues; Spagnuolo, 2014).

As OSS foram oficialmente estabelecidas no Brasil e regulamentadas pela Lei nº 9.637, promulgada em 15 de maio de 1998, através do Programa Nacional de Publicização. A partir desse marco legal, os estados brasileiros também adotaram as OSS como modelos de gestão na área da saúde, sendo o Estado de São Paulo especialmente proeminente nesse aspecto (PACHECO *et al.*, 2016). Em meados de 1998, o Estado de São Paulo implementou esse modelo de gestão na saúde, fundamentado na Lei Complementar nº 846/1998. Essa legislação possibilita que o Executivo Estadual qualifique entidades sem fins lucrativos e com experiência comprovada na administração do setor de saúde, as quais são designadas como OSS (RODRIGUES; SPAGNUOLO, 2014).

No momento em que a Secretaria do Estado de São Paulo assumiu a gestão dos serviços de saúde por meio das OSS, foram conduzidas pesquisas de opinião nas quais os índices de satisfação do usuário oscilaram entre 80% e 90%. Portanto, segundo a perspectiva dos gestores das OSS, é possível inferir que as melhorias observadas na saúde após a adoção do novo modelo de gestão também resultaram em maior satisfação por parte dos usuários (RODRIGUES; SPAGNUOLO, 2014).

Portanto, a discussão sobre a implementação do SUS e o modelo de gestão adotado inclui uma análise que envolve as OSS. Essas entidades, inseridas no contexto do terceiro setor, representam uma parceria entre o Estado e organizações privadas com objetivos públicos, contribuindo para a promoção de atividades de relevante interesse coletivo (MELO; TANAKA, 2002). Além disso, elas desempenham um papel fundamental na mitigação dos efeitos da desigualdade de renda e proporcionam benefícios à sociedade que extrapolam o escopo da organização que os produz (BARRETO, 1999).

O aumento na presença de OSS na gestão de unidades de saúde municipais reflete uma tendência crescente em várias regiões do Brasil, evidenciando a importância crescente dessas parcerias na oferta de serviços de saúde à população (MELO, 2022). O debate em torno desse modelo de gestão continua sendo objeto de estudos e análises por parte de pesquisadores e gestores públicos, com o intuito de compreender seus impactos e aprimorar sua implementação no contexto do sistema de saúde brasileiro (MONTAÑO, 2002; BAHIA, 2008; GRANEMMAN, 2009; CISLAGUI, 2010; CORREIA, 2011).

Todavia, Travagin (2017) oferece uma visão crítica à gestão da saúde pública via OS, entendendo-as como parte do processo de desestruturação da proteção social em um contexto de reforço ao capital, o qual defende que se trata de uma forma de privatização e expansão do setor privado de saúde respaldada pelo próprio Estado brasileiro e seus níveis de governo. No próximo tópico é abordado respeito dos Contratos de Gestão e dos Aditivos desses contratos.

2.4. Contratos de Gestão e Aditivos na Área da Saúde

Segundo Rodrigues e Spagnuolo (2014), o propósito primordial da gestão de serviços por meio de OS é proporcionar autonomia e flexibilidade ao serviço público, visando aumentar sua eficiência e qualidade, sendo isso promovido pelo Estado por meio da assinatura do contrato de gestão. Esse contrato, resultante da parceria entre o ente público e a OS, é elaborado em conformidade com os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e economicidade, e deve detalhar as atribuições, responsabilidades e obrigações de ambas as partes. Além disso, o contrato estabelece o programa de trabalho proposto pela OS, as metas a serem alcançadas, os prazos de execução e os critérios objetivos de avaliação de desempenho, utilizando indicadores de qualidade e produtividade (BRASIL, 1998a).

Os contratos de gestão também abordam os procedimentos de compras e contratação, incluindo legislação específica e definindo metas quantitativas e qualitativas a serem cumpridas para garantir o repasse total dos recursos pelo contratante (SÃO PAULO, 2011). Essa ferramenta, que possibilita a definição de compromissos acordados entre o Estado e as OS, confere maior autonomia gerencial às organizações, transferindo o foco do controle dos meios para a avaliação dos resultados alcançados. No entanto, caso a OS não cumpra integralmente as metas estabelecidas, está sujeita a penalidades financeiras, que servem como mecanismo de garantia para a prestação adequada de serviços (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009; SÃO PAULO, 2011).

O contrato de gestão é um acordo previsto entre o Poder Público e uma entidade comprometida como OS, com o propósito de estabelecer uma parceria para promover e realizar as atividades contratadas (CARDOSO, 2022). Este contrato deve ser desenvolvido em conjunto pelo órgão supervisor e pela OS, delineando claramente as responsabilidades, atribuições e obrigações de ambas as partes (BRASIL, 1998a).

Baggenstoss e Donadone (2014) ressaltam que o contrato de gestão desempenha um papel crucial no processo de colaboração entre o governo e o OS, pois abrange todas as diretrizes para a prestação de serviços, incluindo valores, metas, indicadores, medidas de desempenho e outras informações relevantes para a execução dos serviços contratados.

O contrato de gestão proporciona autonomia de administração aos gestores contratados, representados pelas OSS, enquanto define objetivos a serem atingidos para lidar com a demanda de forma eficiente e com qualidade (JUNIOR; ELIAS, 2003). Os contratos de gestão com OSS procuram introduzir uma nova lógica na relação entre gestores públicos e prestadores baseada na possibilidade de essas organizações gerenciarem equipamentos e prestarem serviços públicos recebendo financiamento estatal liberado a partir do controle por resultados (BRASIL, 1998b).

Além de possibilitar a supervisão e análise das metas estabelecidas, os contratos de gestão são vistos como um instrumento que orienta as atividades das organizações, delineando suas prioridades tanto interna quanto externamente. Dentro desses contratos são detalhadas as metas, seus indicadores, compromissos, deveres, recursos, ferramentas e procedimentos de avaliação, bem como as possíveis penalidades em caso de descumprimento (BRASIL, 1998b).

Lima (1996) define o contrato de gestão como instrumento gerencial originado da Administração por Objetivos (APO) ou administração sistêmica por objetivos e resultados. Segundo André (1993), o contrato consiste no estabelecimento periódico e sistemático de compromissos negociados e acordados entre o nível local e o central, acerca dos objetivos e metas para um dado período de gestão, com o intuito de induzir à participação maior e à corresponsabilização na operacionalização dos referidos objetivos e metas.

No contexto da área da saúde, os contratos de gestão se tornaram uma ferramenta de grande importância na parceria entre o governo e as OSS. Pahim (2009) ressalta que o contrato de gestão deve especificar as necessidades específicas de serviços por parte da entidade responsável pelo planejamento da assistência à saúde, que pode ser, por exemplo, a Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde.

Os contratos de gestão ocultam um outro instrumento privatizante: os termos aditivos. Eles permitem que contratos sejam ajustados à realidade com o desenvolvimento da prestação do serviço. Também são ferramentas para correções de rumo e repactuação de cláusulas contratuais. A legislação que regulamenta as OSS permite que os termos aditivos sejam celebrados, garantindo que gestores públicos tenham autonomia e

flexibilidade nas contratualizações. Por isso, os aditivos adquiriram relevância, apesar de raramente serem objeto de discussões na gestão pública (TURINO et al., 2022).

Os aditivos nos contratos têm sido destaque na mídia recentemente e, sem uma explicação adequada, sugerem uma possível trivialização desse mecanismo essencial em contratos públicos (CELESTINO, 2012). Essa prática, quando devidamente fundamentada, pode ser realizada por decisão unilateral da administração pública ou por meio de um consenso entre as partes envolvidas. Entretanto, aditivos contratuais não podem ter uma função de correção de falhas existentes nos projetos. Esse recurso deve ser utilizado em contextos de constatação de situações desconhecidas no decorrer da execução do contrato e pela conclusão de que a solução técnica anteriormente definida não é a que mais se enquadra para serviço (FILHO, 2009).

O aditivo pode alterar o contrato quanti ou qualitativamente. Nas alterações quantitativas, modifica-se a dimensão do objeto (Furtado, 2000). As alterações qualitativas podem ser oriundas de alterações no projeto ou de especificação deste último, que decorreram de situações que surgiram após a contratação (Furtado, 2000). Porém, alterar quantitativa ou qualitativamente um contrato não implica em hipótese alguma em troca do objeto do contrato (FURTADO, 2000).

O aditivo pode ser usado em qualquer momento da execução do contrato em que se perceba necessidade de alteração de cláusula contratual (FERNANDES et al., 2018). Suas principais utilidades são a modificação do projeto ou das especificações, o acréscimo ou diminuição quantitativa do objeto, o aumento ou redução de quantitativos, a modificação do regime e prazo de execução ou da forma de pagamento.

O uso de aditivos de valor no Brasil é muito conectado a mudanças de projeto. Os aumentos ou reduções precisam manter proporcionalidade com o objeto inicialmente solicitado, mantendo assim o equilíbrio econômico-financeiro, protegendo o processo licitatório (LOBATO, 2018). Em relação ao aumento de prazo, são identificadas como principais causas: duração do contrato irrealista, falta de compatibilização dos projetos, atrasos em revisões e aprovações de documentos pela contratante, erros nos levantamentos de quantitativos na planilha e erros na investigação do solo (SANTOS; STARLING; ANDERY, 2015).

Diante do exposto, não foram encontrados estudos nas bases pesquisadas que analisaram os fatores determinantes dos aditivos nos contratos de gestão das organizações sociais na saúde no município de São Paulo. Sendo encontrados apenas estudos como de Turino et al. (2022) que investigaram o papel das OSS dentro do SUS, concentrando-se

no uso dos contratos de gestão e termos aditivos como ferramentas relacionadas à privatização. O objetivo principal era compreender os processos que legitimam essa privatização, através da análise dos valores financeiros transferidos por meio desses contratos e aditivos para as organizações que firmaram parcerias com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro entre 2009 e 2018. Os autores concluíram que os contratos de gestão e termos aditivos representam instrumentos de privatização do SUS, embora essa privatização ocorra em um formato funcional e dinâmico, e não no modelo convencional.

Corrêa (2020) realizou uma comparação da eficiência dos modelos de gestão dos hospitais públicos brasileiros utilizando análise envoltória de dados, o qual concluiu que maior autonomia administrativa e gerencial, regras de recrutamento de recursos humanos, legislação trabalhista e mecanismos de contratação mais ágeis aumentam a eficiência dos hospitais públicos brasileiros.

Greve e Coelho (2017) investigaram a implementação dos contratos com OSS em 645 municípios do estado de São Paulo, utilizando o modelo de diferenças em diferenças para examinar os resultados da atenção primária. Eles observaram um aumento na cobertura de visitas e uma redução na hospitalização por doenças evitáveis pela atenção primária. Resultados similares foram identificados por Silva, Barbosa e Hortale (2016) no município do Rio de Janeiro, onde foi observada uma ampliação na cobertura do Estratégia Saúde da Família (ESF) devido à atuação das OSS. No entanto, essa melhoria no acesso não foi acompanhada por uma maior transparência e controle social em comparação com a administração direta.

Rodrigues e Spagnuolo (2014) buscaram conhecer o gerenciamento de uma OSS de um município do interior paulista, na perspectiva dos gestores. O estudo deu visibilidade às potencialidades do gerenciamento da OSS, sendo destaque a agilidade dos serviços e a objetividade do contrato de gestão. Apresentaram-se como limitações a escassa participação social e seus mecanismos de controle. Concluíram que foi possível conhecer a experiência dos gestores no gerenciamento da OSS, no contexto de uma recém-implantação no município estudado, assim como suas potencialidades e limites.

No entanto, a questão da transparência e regulação dos contratos de gestão permanece controversa. Enquanto alguns estudos questionam a capacidade da Secretaria de Estado da Saúde (SES) de São Paulo em regular esses contratos (JUNIOR; ELIAS, 2003; SANO; ABRUCIO, 2008; PAHIM, 2009), outros sugerem que a SES tem desempenhado seu papel regulador adequadamente (LA FORGIA; HARDING, 2009).

3. METODOLOGIA

O presente trabalho tem como propósito investigar os fatores relacionados aos aditivos e definir as variáveis associadas aos aditivos nos contratos de gestão de OSS no âmbito municipal para isso, foram consultados os contratos de gestão disponibilizado no site do governo paulista abrangendo os contratos de gestão realizadas desde 2013 até o ano de 2023, período o qual as informações foram melhores apresentadas na plataforma. Foi escolhida a cidade de São Paulo pela acessibilidade das informações daquele município e o período de tempo corresponde aos dez anos anteriores ao início deste mestrado.

Este estudo é descritivo e exploratório, fundamentado em fontes documentais e em dados secundários de domínio público (MINAYO, 1998). Para alcançar o objetivo proposto, utilizou-se a pesquisa de campo, uma vez que estudos exploratórios têm como objetivo essencial conhecer melhor fenômenos desconhecidos ou pouco estudados (SAMPLIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). Quanto à natureza ou a finalidade classifica-se como aplicada, pois sua motivação é resolver problemas concretos (VERGARA, 2005), pois pretende-se contribuir de maneira prática para a compreensão das variáveis associadas aos aditivos contratuais, favorecendo também a transparência pública e o *accountability*.

No que diz respeito à abordagem do problema, a presente pesquisa é considerada qualitativa que foi utilizada buscando compreender os fenômenos a partir de uma perspectiva mais subjetiva e contextual. Quanto ao procedimento de coleta de dados, as informações necessárias foram obtidas por meio de pesquisa documental dos contratos de gestão das OSS, bem como os termos aditivos contratuais. De acordo com Gil (2008), uma das vantagens do uso da pesquisa documental é que os documentos são fontes ricas e estáveis de dados.

A análise qualitativa foi resultado de pesquisa documental dos conteúdos textuais dos contratos de gestão e termos aditivos. Foram analisados 126 contratos de gestão e 1874 termos aditivos, por meio da extração e tabulação das principais informações, como quantidade de contratos e aditivos, objeto, valores e período de vigência.

Após a compilação dos contratos de gestão e termos aditivos, foram elaboradas planilhas para registrar os valores financeiros recebidos pelas organizações. Foram

identificadas e registradas as principais informações, como quantidade de contratos e aditivos, descrição do objeto, valores e período de validade.

Foi feita também uma análise comparativa no que tange aos anos correspondentes à Pandemia da Covid-19. Ademais, fez-se a análise por contratos e não por OSS.

Na matriz de amarração metodológica apresentada no Quadro 2, é possível verificar a relação entre o modelo de pesquisa, as questões da pesquisa, os objetivos da pesquisa e os métodos de coleta e análise de dados.

Quadro 2 - Matriz de Amarração Metodológica.

Desempenho dos Contratos de Organização Social na Saúde: Avaliação sob a Ótica da Teoria dos Contratos Incompletos			
Modelo de Pesquisa	Questões da Pesquisa	Objetivos da Pesquisa	Coleta e Análise de Dados
<p>Teoria dos Contratos Incompletos: De acordo com Hart (1995), todo contrato de duração prolongada apresenta lacunas e, pode ser alvo de revisões. Por conseguinte, é possível inferir que, de certa maneira, os contratos de longo prazo sempre serão incompletos.</p> <p>Os contratos de gestão de OSS são frequentemente de longo prazo, o que os torna passíveis de aditivos.</p>	<p>Quais são os fatores determinantes de aditivos dos contratos de gestão de organizações sociais no setor de saúde?</p>	<p>Identificar os fatores que influenciam a realização de aditivos.</p>	<p>Natureza da pesquisa: Qualitativa</p> <p>Pesquisa Documental</p> <p>Análise dos contratos de gestão de OSS</p> <p>Levantamento dos termos aditivos contratuais</p> <p>Utilização da ferramenta de visualização de dados <i>Flourish</i></p>

Fonte: Autoral, 2024.

Dessa forma, a metodologia adotada permitiu uma abordagem detalhada e sistemática dos contratos de gestão das OSS e seus respectivos aditivos, garantindo uma compreensão abrangente dos fatores envolvidos na sua celebração. A seguir, no próximo tópico, serão apresentados e discutidos os resultados obtidos, com foco nos dados extraídos da análise dos contratos e termos aditivos.

4. ANÁLISE DE RESULTADOS

No município de São Paulo, há um total de 20 OSS qualificadas e atuantes, conforme listadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Organizações Sociais de Saúde Qualificadas

Nome da OSS
Associação Congregação de Santa Catarina
Associação Fundo De Incentivo à Psicofarmacologia – AFIP
Associação Mantenedora João Evangelista
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM
Casa de Saúde Santa Marcelina
Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” – CEJAM
Centro Regional para Assistência Integral em Cardiologia – CERAIC
Cruzada Bandeirante São Camilo Assistência Médico Social
Fundação Faculdade de Medicina
Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem – FIDI
Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês
Instituto do Câncer Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho
Instituto Paulista de Estudos e Pesquisas em Oftalmologia – IPEPO
Instituto Social Hospital Alemão Oswaldo Cruz – ISHAOC
Instituto Sócrates Guanaes – ISG
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Organização Santamarense de Educação e Cultura – OSEC
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo – SECONCI
Sociedade Assistencial Bandeirantes
Sociedade Beneficente Caminho de Damasco – SBCD

Fonte: Autoral, 2024.

Das 20 OSS qualificadas no município de São Paulo, foi conduzida uma análise detalhada em relação 14 delas, visto que 6 não tiveram nenhum contrato de gestão no período analisado. Nesse processo, foram identificados um total de 129 contratos de gestão firmados desde o ano de 2013, abrangendo um conjunto de 1.874 aditivos. Conforme apresentado no Gráfico 1:

Quadro 4 – Contratos e Aditivos por Organização Social (2013 – 2023).

Nome da OSS	Contratos	Aditivos	Média de aditivos por contrato
Casa de Saúde Santa Marcelina	4	135	33,75
Cruzada Bandeirante São Camilo Assistência Médico Social	2	44	22,00
Associação Congregação de Santa Catarina	5	96	19,20
Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” – CEJAM	2	37	18,50
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo – SECONCI	30	486	16,20
Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem – FIDI	6	83	13,83
Associação Fundo De Incentivo à Psicofarmacologia – AFIP	12	163	13,58
Instituto Sócrates Guanaes – ISG	9	118	13,11
Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês	10	126	12,60
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM	2	25	12,50
Fundação Faculdade de Medicina	44	549	12,48
Sociedade Assistencial Bandeirantes	1	6	6,00
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	1	3	3,00
Sociedade Beneficente Caminho de Damasco – SBCD	1	3	3,00
Total	129	1.874	14,53

O Quadro 4 apresenta a quantidade de contratos e aditivos firmados com as 14 entidades analisadas, além dos valores totais envolvidos. No total, foram estabelecidos 129 contratos e 1.874 aditivos entre as organizações listadas.

A Fundação Faculdade de Medicina concentra a maior quantidade de contratos, com 44, e também possui um dos maiores volumes de aditivos, totalizando 549. O Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI) tem 30 contratos, sendo a segunda entidade com mais contratos assinados, somando 486 aditivos . O Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês conta com 10 contratos e 126 aditivos, enquanto o Instituto Sócrates Guanaes (ISG) possui 9 contratos e 118 aditivos.

A Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia (AFIP) registra 12 contratos e 163 aditivos, enquanto a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) possui 2 contratos e 25 aditivos. Já a Casa de Saúde Santa Marcelina

tem 4 contratos e 135 aditivos, e o Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” (CEJAM) firmou 2 contratos e 37 aditivos.

A Cruzada Bandeirante São Camilo Assistência Médico Social contabiliza 2 contratos e 44 aditivos. A Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem (FIDI) apresenta 6 contratos e 83 aditivos, enquanto a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo registra 1 contrato e 3 aditivos. A Sociedade Assistencial Bandeirantes também possui 1 contrato, mas com um número um pouco maior de aditivos, chegando a 6.

A Sociedade Beneficente Caminho de Damasco - SBCD tem 1 contrato e 3 aditivos, apresentando valores próximos aos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

A análise dos dados mostra que algumas entidades possuem uma quantidade reduzida de contratos, mas um número elevado de aditivos, como o SECONCI e a Fundação Faculdade de Medicina. Por outro lado, organizações como a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e a Sociedade Beneficente Caminho de Damasco apresentam tanto contratos quanto aditivos em menor quantidade.

A Sociedade Assistencial Bandeirantes registra um número menor de contratos, mas com um aumento no número de aditivos. A Fundação Faculdade de Medicina apresenta um volume maior de aditivos, enquanto a quantidade de contratos é menor, refletindo um valor total de R\$ 2,88 bilhões. O Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês possui um número maior de aditivos em relação à quantidade de contratos, com ajustes conforme suas demandas específicas. Já o Instituto Sócrates Guanaes (ISG) apresenta números reduzidos tanto de contratos quanto de aditivos.

O Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI) registra um número menor de contratos, mas um volume elevado de aditivos. A entidade CEJAM possui dois contratos firmados ao longo do tempo.

No geral, nota-se que a quantidade de aditivos supera a de novos contratos para todas as entidades listadas. Isso indica uma tendência maior de realizar ajustes e modificações em contratos já existentes do que de firmar novos contratos.

Esses aditivos foram necessários devido à dinâmica da gestão e às demandas do sistema de saúde, contemplando uma variedade de finalidades, tais como: repasses destinados ao custeio, investimentos, duração, ajustes no valor das parcelas, aumento na quantidade de atendimentos e exames, bem como acréscimos ou alterações de cláusulas contratuais.

Quadro 5 – Aditivos Contratuais na Gestão da Saúde (2013 - 2023).

Tipo de Aditivo	Ocorrências	%
Custeio	500	27%
Alteração de Cláusula	406	22%
Atendimentos/Exames	301	16%
Redução de Parcela	254	14%
Investimentos	220	12%
Aumento de Parcela	191	10%
Período	2	0%
Total	1874	100%

Fonte: Autoral, 2024.

O levantamento dos tipos de aditivos evidencia a predominância de aditivos relacionados a custeio, seguidos por alterações de cláusulas contratuais, atendimentos/exames, redução de parcelas, investimentos e aumento de parcelas. O maior volume de aditivos voltados para custeio sugere a necessidade contínua de ajustes financeiros para a manutenção dos serviços prestados pelas organizações. A distribuição das demais categorias reflete a dinâmica de gestão contratual, envolvendo tanto ampliações quanto reduções nos recursos alocados, conforme a demanda e a necessidade de readequação dos contratos ao longo do tempo.

4.1. Distribuição dos Contratos e seus Valores

A distribuição do valor inicial dos contratos revelou uma grande variação entre as entidades, com valores que variam de R\$ 5,5 milhões a R\$ 12,1 bilhões totais de contratos por organização social. Embora essa variação seja significativa, a média do valor inicial dos contratos é de aproximadamente R\$ 469 milhões, com uma mediana de R\$ 114 milhões. O contrato de maior valor encontrado foi no valor de R\$ 1.054.696.646,4 da organização social Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo – SECONCI firmado em 2023. Isso mostra que a maior parte dos contratos está concentrada em valores intermediários, como mostra o Gráfico 2, mas existe uma concentração de contratos de valor extremamente elevado, representando uma minoria, mas com grande impacto financeiro.

4.2. Alterações de Cláusulas

As alterações de cláusulas contratuais ocorrem quando há necessidade de modificar disposições previamente acordadas entre as partes. Essas mudanças são formalizadas por meio de um termo aditivo, documento que complementa ou substitui partes do contrato original, garantindo segurança jurídica e alinhamento entre os envolvidos.

Na análise dos contratos, observa-se que a finalidade dessas alterações é modificar cláusulas do contrato inicial, estabelecendo novos parâmetros para sua execução. Essas modificações podem envolver a redefinição de obrigações contratuais, o ajuste de responsabilidades e a adequação de cláusulas relacionadas a obrigações e responsabilidades da contratada, condições de pagamento, permissões de uso de imóvel, vedações de condutas, entre outros aspectos.

Destaca-se que foram classificadas como alterações de cláusulas as mudanças que não se enquadram especificamente nas categorias de custeio, investimento, período, atendimentos/exames ou aumento e redução de parcelas, mas que, ainda assim, representaram ajustes contratuais relevantes.

4.3. Período dos Contratos

O período de duração dos contratos analisados revelou que todas as entidades firmaram contratos com duração de 5 anos. Este padrão pode ser interpretado como uma tentativa de garantir estabilidade financeira e operacional para ambas as partes envolvidas. A homogeneidade na duração dos contratos sugere que 5 anos pode ser considerado o período mais adequado para o planejamento de ações e alocação de recursos, além de representar uma prática comum entre as entidades de saúde para garantir continuidade e previsibilidade nos serviços prestados.

Entretanto, devido a 1874 aditivos, percebe-se que os contratos são incompletos e/ou necessitam de uma modelagem mais próxima da realidade.

4.4. Custeio e Investimento

A análise dos aditivos de Custeio e Investimento evidencia a importância desses componentes na execução dos contratos firmados pelas entidades. O Custeio, responsável por cobrir despesas operacionais recorrentes, apresenta um volume expressivo de aditivos, indicando a necessidade de constantes ajustes financeiros para garantir o

funcionamento adequado dos serviços. Os gastos dessa categoria englobam folha de pagamento, aquisição de insumos, manutenção de equipamentos e demais despesas essenciais para a continuidade das operações.

Por outro lado, os aditivos de Investimento refletem a destinação de recursos para melhorias estruturais, aquisição de novas tecnologias e expansão da capacidade de atendimento das entidades. A variação observada entre as unidades analisadas sugere que algumas organizações requerem um maior aporte para modernização e crescimento, enquanto outras concentram seus ajustes na manutenção da estrutura já existente.

O investimento, especificamente, variou de 1 até 66 aditivos por organização social, enquanto o custeio variou de 1 a 158 aditivos por organização social.

4.5. Quantidade de Atendimentos e Exames

A análise da quantidade de aditivos referentes a atendimentos e exames realizados pelas entidades revelou uma média de 22 aditivos por organização social, com diferenças significativas entre as instituições. Algumas unidades apresentam um volume muito maior de aditivos nessa categoria, o que pode estar relacionado ao porte da instituição, à complexidade dos serviços prestados e ao perfil dos pacientes atendidos.

A necessidade de aditivos para atendimentos e exames reflete diretamente a demanda por serviços de saúde. À medida que o volume de atendimentos cresce, os custos operacionais também aumentam, exigindo ajustes contratuais para garantir a continuidade e a qualidade dos serviços prestados. Esse cenário evidencia a importância do planejamento e da alocação eficiente de recursos para atender às necessidades das entidades de forma sustentável.

4.6. Redução e Aumento de Parcelas

A análise da redução de parcelas e aumento de parcelas revelou variações significativas nos ajustes feitos ao longo do período dos contratos. A redução de parcelas teve um valor médio de 14,33, enquanto o aumento de parcelas foi de 12,15. Esses ajustes podem ser interpretados como parte do processo de renegociação ou revisão de termos contratuais ao longo do tempo. A alta variação observada nesses valores sugere que as entidades podem estar adaptando seus contratos com o objetivo de melhorar sua viabilidade financeira ou atender a novas necessidades operacionais.

Além disso, foi identificado 2 distratos no conjunto de contratos analisados. Esse número de distratos reflete a rescisão de contratos de gestão, um fenômeno que pode

ocorrer devido a uma série de fatores, incluindo descumprimento de cláusulas contratuais ou mudanças nas condições operacionais. A ocorrência de distratos destaca a necessidade de um gerenciamento eficaz dos contratos para evitar quebras contratuais e garantir que as partes envolvidas cumpram seus compromissos de forma eficiente.

Os aditivos de redução de parcela refletem ajustes financeiros necessários nos contratos de gestão, geralmente motivados por resarcimentos de valores ou pelo não cumprimento de metas estabelecidas. Um exemplo claro dessa modalidade foi identificado no Hospital Regional "Jorge Rossmann" de São Paulo. Esse aditivo foi celebrado para reduzir valores previamente repassados ao hospital devido a duas razões principais: o ressarcimento de medicamentos do "kit intubação", adquiridos de forma centralizada pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, e o não cumprimento do Projeto Especial "Corujão da Saúde - Oncologia", referente ao período de setembro a dezembro de 2021. Como consequência, houve uma redução total de R\$ 71.671,95 na parcela de maio de 2022, sendo R\$ 62.751,95 referentes ao ressarcimento dos medicamentos e R\$ 8.920,00 devido ao descumprimento do projeto oncológico.

Esse tipo de aditivo demonstra a aplicação de mecanismos de controle financeiro nos contratos de gestão hospitalar. Ele garante que valores indevidos sejam restituídos ao orçamento público e que recursos sejam alocados de maneira eficiente. Além disso, reflete a necessidade de cumprimento rigoroso dos termos contratuais, pois eventuais falhas na execução dos serviços podem resultar em ajustes financeiros.

4.7. COVID-19: Análise dos Aditivos Contratuais Durante a Pandemia (2020-2021)

A pandemia de COVID-19, que se intensificou entre 2020 e 2021, trouxe desafios sem precedentes para a gestão pública da saúde. No município de São Paulo, os contratos de gestão com as Organizações Sociais de Saúde (OSS) sofreram diversas modificações por meio de aditivos, refletindo a necessidade de adequação diante do cenário emergencial. A análise dos aditivos realizados durante esse período revela padrões significativos na alocação de recursos e na gestão contratual.

Dentre os aditivos analisados, os mais frequentes foram aqueles voltados para custeio, totalizando 166 ocorrências. Esse dado evidencia a necessidade de manutenção financeira das unidades de saúde gerenciadas pelas OSS, garantindo a continuidade dos serviços e suprindo demandas operacionais intensificadas pela pandemia. Exemplo que

trata do aditivo de custeio para enfrentamento da COVID-19, registrado no Hospital Regional de Registro gerido pela organização social Instituto Sócrates Guanaes. O aditivo foi celebrado para garantir a manutenção de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), fundamentais para o tratamento de pacientes com COVID-19. Para essa finalidade, foi repassado um total de R\$ 500.000,00, incorporado ao orçamento de 2021. O repasse foi realizado em parcelas distribuídas entre abril e julho de 2021, sendo que alguns meses tiveram ajustes financeiros. Esse tipo de aditivo demonstra a flexibilidade dos contratos de gestão para responder a crises sanitárias, garantindo recursos emergenciais quando necessário.

Outro aspecto relevante foi a incidência de alterações nas cláusulas contratuais, registrando 110 aditivos. Essas alterações foram necessárias para adaptar os contratos às novas exigências impostas pelo contexto pandêmico, permitindo maior flexibilidade na gestão e execução dos serviços de saúde.

Os aditivos que resultaram no aumento de parcelas (74 registros) e na ampliação da quantidade de atendimentos e exames (75 registros) reforçam a necessidade de expansão da capacidade hospitalar. Com o avanço da COVID-19 e o consequente aumento no número de internações, tornou-se imprescindível revisar e incrementar os contratos, garantindo que as OSS tivessem condições de atender à crescente demanda populacional por assistência médica.

Embora em menor número, os aditivos referentes a investimentos (49 registros) e redução de parcelas (35 registros) também foram observados. Os investimentos foram direcionados à infraestrutura hospitalar e aquisição de equipamentos médicos, enquanto a redução de parcelas pode ter sido aplicada em contratos que demandaram ajustes financeiros diante das incertezas orçamentárias do período.

Os dados analisados evidenciam que o período pandêmico exigiu mudanças substanciais na execução dos contratos de gestão das OSS, com a predominância de aditivos voltados para a manutenção financeira e a ampliação dos serviços de saúde. A flexibilidade contratual desempenhou um papel essencial na adaptação das unidades de saúde às necessidades emergenciais, garantindo maior efetividade no atendimento à população em um momento crítico para o sistema de saúde brasileiro.

Quadro 6 – Aditivos Contratuais na Gestão da Saúde Durante a Pandemia (2020 - 2021).

Tipo de Aditivo	Ocorrências
Custeio	166
Alteração de Cláusula	110
Aumento de Parcela	74
Atendimentos/Exames	75
Investimentos	49
Redução de Parcela	35
Total:	509

Fonte: Autoral, 2024.

5. CONCLUSÃO

A análise dos contratos de gestão e seus aditivos das Organizações Sociais de Saúde (OSS) no município de São Paulo revelou que os aditivos são elementos essenciais para garantir a flexibilidade e a continuidade dos serviços de saúde. Ao longo do estudo, foi possível identificar que os contratos de longa duração, como preconizado pela Teoria dos Contratos Incompletos, apresentam lacunas que demandam ajustes contínuos, refletindo a necessidade de adaptação a mudanças nas condições operacionais e financeiras.

Conclui-se que os fatores determinantes dos contratos analisados são Custeio, Alteração de Cláusula e Atendimentos/Exames os quais apresentaram acima de 15% do total de aditivos.

Apesar da relevância dos aditivos para a gestão dos contratos, uma das principais limitações identificadas na análise foi a dificuldade de detalhamento das informações contratuais, principalmente no que se refere à destinação dos recursos alocados em cada setor das OSS. A ausência de informações claras e padronizadas sobre a aplicação dos valores comprometidos nos contratos dificulta a avaliação precisa da eficiência da alocação orçamentária e pode comprometer a transparência na gestão dos recursos públicos.

A análise dos dados contratuais demonstrou que os aditivos são frequentemente utilizados para ajustes em valores, atendimentos, aumentos de repasse em parcelas, investimentos, corroborando a ideia de que os contratos com OSS são amplamente flexíveis para atender às necessidades emergentes e, ao mesmo tempo, manter o controle sobre os recursos públicos. A pandemia de COVID-19, por exemplo, foi um período marcado de aditivos principalmente aqueles voltados para o aumento de custeio e ampliação da capacidade hospitalar.

Em termos de contribuição teórica, a pesquisa sustentou a Teoria dos Contratos Incompletos, evidenciando que os contratos com as OSS, devido à sua natureza de longa duração e às incertezas do setor público de saúde, são inevitavelmente incompletos e necessitam de modificações ao longo do tempo para se manterem eficientes. Em termos práticos, os resultados fornecem uma visão detalhada sobre como a gestão pública pode ser aprimorada por meio de maior transparência, eficiência e flexibilidade contratual, ajudando a otimizar o uso dos recursos públicos e a melhorar os serviços prestados à população.

Portanto, a pesquisa contribui para o entendimento dos determinantes dos aditivos nos contratos de OSS, ressaltando sua importância para a eficácia da gestão de serviços de saúde no Brasil.

6. REFERÊNCIAS

- AGRA, J. N. V. Contrato incompleto: A eficiência entre a vontade e o oportunismo das partes. **Revista Jurídica Luso-Brasileira**, n. 4, p. 1545-1580, 2020. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/tjlb/2020/4/2020_04_1545_1580.pdf. Acesso em: 11 jun. 2024.
- ANDRADE, A. V. B. de. **Organizações sociais de saúde: Estudo da estruturação e operacionalização no Município de Contagem**. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/33993>. Acesso em: 11 jun. 2024.
- ANDRÉ, M. de. Contratos de gestão como instrumentos de promoção da qualidade e produtividade no setor público. **Revista Indicadores de Qualidade e Produtividade**, n. 1, 1993.
- BAGGENSTOSS, S.; DONADONE, J. C. A saúde pública intermediada por organizações sociais: Arranjos e configurações nas últimas duas décadas no Brasil. **Latinoamérica. Revistas de Estudios Latinoamericanos**, n. 59, p. 69-98, 2014. Disponível em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-85742014000200004&script=sci_abstract. Acesso em: 11 jun. 2024.
- BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1385-1397, 2008. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500002>
- BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500023>
- BARBOSA, N. B.; LIMA, H. de; TRINDADE, A. M. V. da; DIAS, N. V.; CASTRO, M. V. de; SANTOS, C. K. dos. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público-privada em Goiás – O caso HUANA. **Revista do Serviço Público**, v. 66, n. 1, p. 121-144, 2015. <https://doi.org/10.21874/rsp.v66i1.686>
- BARCELOS, C. O. G.; ANDRADE, M. V.; BOTEGA, L. de A.; MALIK, A. M. Censo das organizações sociais de saúde brasileiras: Levantamento e caracterização. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 14, n. 1, Supl. 1, p. 15–30, 2022. [https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1.\(Supl.1\):15-30](https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1.(Supl.1):15-30)
- BARRETO, M. I. As organizações sociais na reforma do Estado brasileiro. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; GRAU, N. C. (Org.). **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999.

BASE DE DADOS DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE (BDOSS). Conheça o Portal Da BDOSS. 2022. Disponível em: <https://geesc.cedeplar.ufmg.br/noticias/conheca-o-portal-da-bdoss/>. Acesso em: 11 jun. 2024.

BELLANTUONO, G. **Analisi economica del diritto.** Trento: UNI Service, 2005.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29 jan. 2025.

BRASIL. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2024.

BRASIL. Lei n.º 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui normas gerais de direito financeiro para a elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 mar. 1964. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm. Acesso em: 29 jan. 2025.

BRASIL. Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 jun. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm. Acesso em: 29 jan. 2025.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1998a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm. Acesso em: 26 set. 2023.

BRASIL. Organizações Sociais. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, Secretaria da Reforma do Estado, 1998b. Disponível em: <https://www.gov.br/mcti/pt-br/arquivos/contratos-de-gestao-organizacoes-sociais/pdf/cadernos-mare-2.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2024.

BRASIL. Alternativas de gerência de unidades públicas de saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Alternativas-de-Gerencia-de-Unidades-Publicas-de-Saude.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRESSER PEREIRA, L .C.; GRAU, N. C. (Org.). O público não-estatal na reforma do Estado. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999.

CAMARGO, T. A.; PRADO, O.; BERNARDO, R.; LARA, A. C. H. S. Controle e transparéncia no modelo de organizações sociais de saúde do Estado de São Paulo. In: VI CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 6, 2013. **Anais...** Brasília: Centro de Convenções Ulysses Guimarães, 2013. Disponível em: <https://consad.org.br/wp-content/uploads/2013/05/050-CONTROLE-E-TRANSPAR%C3%8ANCIA-NO-MODELO-DE-ORGANIZA%C3%87%C3%95ES-SOCIAIS-DE-SA%C3%9ADE-DO-ESTADO-DE-S%C3%83O-PAULO-X.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2024.

CAMINHA, U.; LIMA, J. C. Contrato incompleto: Uma perspectiva entre direito e economia para contratos de longo termo. **Revista Direito GV**, v. 10, n. 1, p. 155–200, 2014. <https://doi.org/10.1590/S1808-24322014000100007>

CARDOSO, R. de M. **A parceria privada com o poder público e a contratação de serviços advocatícios por organização social**. Monografia de Especialização (Especialização em Direito Administrativo) - Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/38596>. Acesso em: 11 jun. 2024.

CARNEIRO JUNIOR, N.; ELIAS, P. E. A reforma do Estado no Brasil: As organizações sociais de saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 2, p. 201-226, 2003. <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6484>

CATEB, A. B.; GALLO, J. A. A. **Breves considerações sobre a teoria dos contratos incompletos**. Berkeley: Berkeley Program in Law and Economics, Latin American and Caribbean Law and Economics Association (ALACDE) Annual Papers, 2007. Disponível em: <https://escholarship.org/uc/item/1bw6c8s9>. Acesso em: 11 jun. 2024.

CELESTINO, F. K. R. Regime diferenciado de contratações: Breves comentários à exceção que virou tendência. **Revista Controle – Doutrina e Artigos**, v. 10, n. 2, p. 170-201, 2012. <https://doi.org/10.32586/rcta.v10i2.241>

CISLAGHI, J. F. **Hospitais universitários: Presente caótico e futuro incerto**. 2010. Disponível em: <https://fopspr.wordpress.com/wp-content/uploads/2010/08/hospitais-universitarios.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2024.

COELHO, R. C. **O público e o privado na gestão pública**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2012.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). **Panorama social de América Latina 2000-2001**. Santiago: Nações Unidas, 2000. Disponível em: <https://hdl.handle.net/11362/1211>. Acesso em: 11 jun. 2024.

CONFORTO, G. Descentralização e regulação da gestão de serviços públicos. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 1, p. 27-40, 1998. <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/7681>

CONTRERAS, H.; MATTA, G. C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de organizações sociais na cidade de São Paulo, Brasil: Caracterização e análise da regulação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 285-297, 2015. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00015914>

CORRÊA, D. S. R. C. **Comparação da eficiência dos modelos de gestão dos hospitais públicos brasileiros utilizando análise envoltória de dados.** 162 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde) – Faculdade de Economia, Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2020. Disponível: <https://hdl.handle.net/10216/129487>. Acesso em: 12 jun. 2024.

CORREIA, M. V. C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de (Orgs.). **Saúde na atualidade: Por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.** Rio de Janeiro: UERJ, 2011.

COSTA, L. S.; MARQUES, P.; BORGES, T. R. A prestação pelo setor público não estatal dos serviços de saúde pública: análise de hipóteses e potencialidades. **Revista do Serviço Público**, v. 61, n. 3, p. 249-267, 2014. <https://doi.org/10.21874/rsp.v61i3.49>

DI PIETRO, M. S. Z. **Parcerias na administração pública: Concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas.** São Paulo: Atlas, 1996.

EVINA, R. B. E. **Teoria dos Contratos Incompletos e parcerias público-privadas: Uma aplicação para concessões aeroportuárias no Brasil.** 71 f. Monografia (Bacharelado em Direito) — Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2016. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/16641/1/2016_RenaudBrunoEtouaEvina_tcc.pdf. Acesso em: 11 jun. 2024.

FERNANDES, L. E. M.; SOARES, G. B.; TURINO, F.; BUSSINGUER, E. C. de A.; SODRÉ, F. Recursos humanos em hospitais estaduais gerenciados por organizações sociais de saúde: A lógica do privado. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 955–973, 2018. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00140>

FERREIRA JÚNIOR, W. C. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 2, p. 243-264, 2003. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6486>. Acesso em: 11 jun. 2024.

FREEMAN, R.; MORAN, M. Reforming health care in Europe. **West European Politics**, v. 23, n. 2, p. 35–58, 2000. <https://doi.org/10.1080/01402380008425366>

FURTADO, L. R. Contratos administrativos e contratos de direito privado celebrados pela administração pública. **Revista do TCU**, v. 31, n. 86, p. 41-59, 2000. Disponível em: <https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/934>. Acesso em: 11 jun. 2024.

GAIGHER, M. B. S.; TEIXEIRA, A. Organização social de saúde e administração direta: Um estudo comparativo da gestão em dois hospitais estaduais no Espírito Santo. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 41, 2017, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2017. <https://doi.org/10.21714/2177-2576EnANPAD2017>

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRANEMMAN, S. **Fundações estatais: Projeto de estado do capital.** 2009. Disponível em: https://www.sinsprev.org.br/documentos/Leon/fundacoesestatais_sara.pdf. Acesso em: 11 jun. 2024.

GREVE, J.; COELHO, V. S. R. P. Evaluating the impact of contracting out basic health care services in the state of São Paulo, Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 32, n. 7, p. 923-933, 2017. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw176>

HART, O. **Firms, contracts, and financial structure.** Oxford: Clarendon Press, 1995.

HORTALE, V. A.; DUPRAT, P. O contrato de gestão na reforma do subsistema hospitalar francês: contribuição à discussão sobre a descentralização dos serviços de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 33, n. 2, p. 7-22, 1999. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/7648>. Acesso em: 11 jun. 2024.

IBAÑEZ, N.; BITTAR, O. J. N. V.; SÁ, E. N. de C.; YAMAMOTO, E. K.; ALMEIDA, M. F. de; CASTRO, C. G. J. de. Organizações sociais de saúde: O modelo do Estado de São Paulo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2001. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200009>

INSTITUTO BRASILEIRO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE (IBROSS). **Confira as leis de estados e municípios que regulamentam as OSS.** 2018. Disponível em: <https://www.ibross.org.br/confira-as-leis-de-estados-e-municípios-que-regulamentam-as-oss/>. Acesso em: 11 jun. 2024

JARAMILLO, P. I. Centralización y descentralización en los académicos de la administración pública. **Descentralización Administrativa y Autonomía Regional.** Medelín, 1985.

JESUS, I. L. S.; MARQUES, C. P.; DOMINGUEZ, A. G. D. Direitos humanos e saúde no Brasil: A contribuição das organizações sociais de saúde na gestão hospitalar. **Hegemonia – Revista Eletrônica de Relações Internacionais do Centro Universitário Unieuro**, n. 18, p. 260-296, 2016. <https://doi.org/10.47695/hegemonia.vi18.193>

JUNIOR, N. C.; ELIAS, P. E. A reforma do Estado no Brasil: As organizações sociais de saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 2, p. 201-226, 2003. Disponível em: <https://hml-bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6484>. Acesso em: 31 maio. 2024.

JUSTEN FILHO, M. **Comentários à lei de licitações e contratos administrativos.** 13. ed. São Paulo: Dialética, 2009.

KAMINSKY, G.; LIZONDO; REINHART, C. Leading indicators of currency crises. **IMF Staff Papers**, v. 45, n. 1, p. 1-48, 1998. Disponível em: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/staffp/1998/03-98/kaminsky.htm>. Acesso em: 11 jun. 2024.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil: Em busca da excelência.** São Paulo: Singular, 2009.

LIMA, S. M. L. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **Revista de Administração Pública**, v. 30, n. 5, p. 101-138, 1996. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/8005>. Acesso em: 11 jun. 2024.

LIMA, C. M. C.; COELHO, A. C. Alocação e mitigação dos riscos em parcerias público-privadas no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 49, n. 2, p. 267-291, 2015. <https://doi.org/10.1590/0034-7612130020>

LOBATO, E. L. **Análise de aditivos contratuais em obras públicas: Estudo de caso na Secretaria da Fazenda do Estado do Maranhão**. 88 f. Monografia (Graduação em Engenharia Civil), Universidade Estadual do Maranhão, São Luís, Maranhão, 2018. Disponível em: https://repositorio.uema.br/bitstream/123456789/656/3/TCC_ELISANDRA%20LIMA%20LOBATO%20001%20PDF-A.pdf. Acesso em: 11 jun. 2024.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de; O'DWYER, G.; ANDRADE, C. L. T. de; BAPTISTA, T. W. de F.; PITTHAN, R. G. V.; IBAÑEZ, N. Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: Estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, 2016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170614>

MANSUR, N. S. Avaliação dos Modelos de Organização no SUS. In: CICLO DE SEMINÁRIOS DE NOVOS MODELOS ORGANIZACIONAIS, 3, 2007, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Fundação Estatal de Saúde, Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 2007.

MARTINS, H. F. Rumo a uma nova gestão pública. **Reforma Gerencial**, n. 1, 1998.

MEDICI, A. MURRAY, R. Desempenho de hospitais e melhorias na qualidade de saúde em São Paulo (Brasil) e Maryland (EUA). **World Bank: En Breve**, n. 156, 2010. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/126291468238480119/Hospital-performance-and-health-quality-improvements-in-Sao-Paulo-Brazil-and-Maryland-USA>. Acesso em: 11 jun. 2024.

MELO, C. M. M.; TANAKA, O. As organizações sociais no setor da saúde: Inovando as formas de gestão? **Organizações & Sociedade**, v. 8, n. 22, p. 1-12, 2001. <https://doi.org/10.1590/S1984-92302001000300007>

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1998.

MODESTO, P. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: As dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações Sociais. **Revista de Informação Legislativa**, v. 34 n. 136, p. 315-332, 1997. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/314/reformaadministrativa.pdf?sequence=6>. Acesso em 11 jun. 2024.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social: Crítica ao padrão emergente de intervenção social.** São Paulo: Cortez, 2002.

MORAIS, H. M. M. de; ALBUQUERQUE, M. do S. V. de; OLIVEIRA, R. S. de; CAZUZU, A. K. I.; SILVA, N. A. F. da. Organizações sociais da saúde: Uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916>

NASCIMENTO, J. O. do; PEREIRA, R. A.; ZITTEI, M. V. M.; LUGOBONI, L. F. Gestão privada na saúde pública em São Paulo: Um estudo de caso da utilização de organização social de saúde. **Práticas de Administração Pública**, v. 1, n. 2, p. 71–88, 2017. <https://doi.org/10.5902/2526629226491>

PACHECO, H. F.; GURGEL JÚNIOR, G. D.; SANTOS, F. de A. da S.; FERREIRA, S. C. da C.; LEAL, E. M. M. Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: Percepção de gestores. **Interface**, v. 20, n. 58, p. 585–595, 2016. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0338>

PAHIM, M. L. L. **Organizações sociais de saúde de São Paulo: Inserção privada no SUS e a gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde.** Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. <https://doi.org/10.11606/T.5.2009.tde-08122009-185716>

PECI, A.; CAVALCANTI, B. S. Reflexões sobre a autonomia do órgão regulador: Análise das agências reguladoras estaduais. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 5, p. 99-118, 2000. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6308>. Acesso em: 11 jun. 2024.

PETERS, B. G. Os dois futuros do ato de governar: processos de descentralização e recentralização no ato de governar. **Revista do Serviço Público**, v. 59, n. 3, p. 289-307, 2014. <https://doi.org/10.21874/rsp.v59i3.151>

PINHEIRO, G. M.; CARVALHO, V. de S. Teoria dos contratos incompletos versus teoria da imprevisão. In: ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI, 19, 2010, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2010. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/fortaleza/4023.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2024.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA GOVERNO DE SÃO PAULO. **Organizações Sociais de Saúde Qualificadas.** 2024. Disponível em: <https://portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/filtro.php>. Acesso em: 11 jun. 2024

RAMOS, A. L. P.; SETA, M. H. de. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00089118>

RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M.. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. In: BEUREN, I. M. (Org.). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: Teoria e prática.** São Paulo: Atlas, 2003.

RAVIOLI, A. F.; SOÁREZ, P. C. de; SCHEFFER, M. C. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: Revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00114217>

RODRIGUES, A. F. O.; SALLUM, S. B. **Análise econométrica da eficiência dos hospitais estaduais de Santa Catarina: Um comparativo entre modelos de gestão.** Florianópolis: Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, 2017. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2019/02/Gesta%CC%83o-dos-Hospitais-Trabalho-Completo.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2024.

RODRIGUES, C. T.; SPAGNUOLO, R. S. Organizações sociais de saúde: Potencialidades e limites na gestão pública. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 549–57, 2014. <https://doi.org/10.5216/ree.v16i3.22319>

ROSA, L. F. de F. Contratos incompletos e infraestrutura: Uma perspectiva entre direito e economia na análise de contratos complexos e de longo prazo. **Revista Simetria da Escola Superior de Gestão e Contas do TCMSP**, v. 1, n. 10, p. 188-217, 2022. <https://doi.org/10.61681/revistasimetria.v1i10.153>

SACHS, J; TORNELL, A; VELASCO, A. The Mexican peso crisis: Sudden death or death foretold? **Journal of International Economics**, n. 41, p. 265-283, 1996. [https://doi.org/10.1016/S0022-1996\(96\)01437-7](https://doi.org/10.1016/S0022-1996(96)01437-7)

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. del P. B. (2013). **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: O caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, v. 48, n. 3, p. 64-80, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0034-75902008000300007>

SANTOS, H. P.; STARLING, C. M. D.; ANDERY, P. R. P. Um estudo sobre as causas de aumentos de custos e de prazos em obras de edificações públicas municipais. **Ambiente Construído**, v. 15, n. 4, p. 225-242, 2015. <https://doi.org/10.1590/s1678-86212015000400048>

SÃO PAULO. Decreto nº 52.858 de 20 de dezembro de 2011. Confere nova regulamentação à Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais, com as alterações introduzidas pelas Leis nº 14.664, de 4 de janeiro de 2008, nº 14.669, de 14 de janeiro de 2008, e nº 15.380, de 27 de maio de 2011; revoga os Decretos nº 49.462, de 30 de abril de 2008, nº 49.523, de 27 de maio de 2008, nº 49.786, de 18 de julho de 2008, nº 50.364, de 30 de dezembro de 2008, e nº 51.625, de 13 de julho de 2010. São Paulo: Casa Civil do Gabinete do Prefeito, 2011. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-52858-de-20-de-dezembro-de-2011>. Acesso em: 12 jun. 2024.

SCOTT, R. E.; TRIANTIS, G. G. Incomplete contracts and the theory of contract design. **Case Western Reserve Law Review**, v. 56, n. 1, p. 187-201, 2005. Disponível em:

https://scholarlycommons.law.case.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1634&context=case_lrev. Acesso em: 11 jun. 2024.

SHIMIZU, L.; VERONEZI, R. J. B. Administração da saúde pública por Organizações Sociais (OS): Caminhos para a gestão. **Revista Gestão & Saúde**, v. 11, n. 2, p. 132–146, 2020. <https://doi.org/10.26512/gs.v11i2.31417>

SILVA, V. C. E.; BARBOSA, P. R.; HORTALE, V. A. Parcerias na saúde: As Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1365–1376, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.23912015>

SOUZA, R. de. Novos modelos de gestão pública da saúde no Brasil. **Valor Econômico**, 30 out. 2017. Disponível em: <https://valor.globo.com/opiniao/coluna/novos-modelos-de-gestao-publica-da-saude.ghtml>. Acesso em: 11 jun. 2024

TANAKA, O. Y.; MELO, C. (Orgs.). **Inovação e gestão: A organização social no setor saúde**. São Paulo: Annablume, 2002.

TEIXEIRA, S. M. A. Descentralização dos serviços de saúde: Dimensões analíticas. **Revista de Administração Pública**, v. 24, n. 2, p. 78-99, 1990. <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/9052>

TONELOTTO, D. P.; CROZATTI, J.; RIGHETTO, P.; ESCOBAR, R. A.; PERES, U. D. Participação de organizações sociais no orçamento da saúde do município de São Paulo no período de 2003 a 2016. **Revista Contabilidade e Controladoria**, v. 10, n. 3, p. 69-85, 2018. <http://dx.doi.org/10.5380/rcc.v10i3.62834>

TRAVAGIN, L. B. O avanço do capital na saúde: Um olhar crítico às Organizações Sociais de Saúde. **Saúde Debate**, v. 41, n. 115, p. 995-1006, 2017. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711501>

TURINO, F.; FERNANDES, L. E. M.; SOARES, G. B.; CASTRO, G. B. de; SALLES, S. M.; ZAGANELLI, J. C.; SIQUEIRA, C. E. G.; BUSSINGER, E. C. de A. Seguindo o dinheiro: Análise dos repasses financeiros do município do Rio de Janeiro, Brasil, para as organizações sociais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. Suppl. 2, 2022. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00350020>

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. de; OLIVEIRA, R. G. de. Descentralização e federalismo: A política de saúde em novo contexto – Lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000300008>

VIOL, P. V. S. **Avaliação de desempenho de unidades de saúde, sob gestão de organização social de saúde**. 68 f. Dissertação (Mestrado em Gestão para a Competitividade) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação

Getúlio Vargas, São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em:
<https://hdl.handle.net/10438/24442>. Acesso em: 11 jun. 2024.

WEICHERT, M. A. Fundação estatal no serviço público de saúde: inconsistências e inconstitucionalidades. **Revista de Direito Sanitário**, v. 10, n. 1, p. 81-97, 2009.
<https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v10i1p81-97>