

A governança das Organizações Sociais de Saúde sob o olhar do Tribunal de Contas e Conselho Estadual de Saúde em Pernambuco

The governance of Social Health Organizations as viewed by the Court of Auditors and the State Health Council in Pernambuco

La gobernanza de las organizaciones sociales de salud desde la perspectiva del Tribunal de Cuentas y del Consejo Estatal de Salud de Pernambuco

Ana Paula de Pieri de Toledo

Acadêmica de Medicina (Universidade Federal de Pernambuco - UFPE).
Recife, PE, Brasil;
E-mail: anapaula.toledo@ufpe.br; ORCID: 0009-0002-7237-3925

Diogenes Ferreira dos Passos

Mestre em Saúde Coletiva (Universidade Federal de Pernambuco - UFPE).
Coordenador da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e
Pesquisador do Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde
(Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP). Recife, PE,
Brasil;
E-mail: diogenes.passos@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-0245-1142

Luan Fernandes Campos da Silva

Acadêmico de Medicina (Universidade de Pernambuco - UPE). Recife, PE,
Brasil;
E-mail: luan.fernandes@upe.br; ORCID: 0009-0000-9374-5690

Petrônio José de Lima Martelli

Doutor em Saúde Pública (Instituto Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz). Professor da Área Acadêmica de Saúde Coletiva (Universidade Federal de Pernambuco - UFPE). Recife, PE, Brasil;
E-mail: petronio.martelli@ufpe.br; ORCID: 0000-0001-6920-6435

Contribuição dos autores:
APPT contribuiu para o delineamento do estudo, a coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. DFP atuou na orientação e revisão final do manuscrito. LFCS atuou na redação e revisão final do manuscrito. PJLM atuou como supervisor da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, inclusive na revisão final do manuscrito. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Este trabalho foi realizado com o apoio do CNPq, por meio da concessão de bolsa de Iniciação Científica (PIBIC).

Recebido em: 07/04/2026

Aprovado em: 20/07/2026

Editor responsável: Frederico Viana Machado

Resumo: O Sistema Único de Saúde enfrenta empecilhos estruturais que dificultam a universalização da assistência, entre eles o subfinanciamento, a fragmentação da rede e as tensões entre os setores público e privado. Nesse contexto, as Organizações Sociais de Saúde passaram a gerir unidades públicas por meio de contratos de gestão, sendo justificadas pela premissa de maior eficiência administrativa. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo analisar os acordos contratuais e os mecanismos de fiscalização e regulação das organizações em Pernambuco, considerando a atuação do Tribunal de Contas e do Conselho Estadual de Saúde. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, baseado na análise documental de contratos, termos aditivos e relatórios de gestão referentes ao período de 2009 a 2025, obtidos em bases de dados públicos. Os resultados indicaram a presença recorrente de irregularidades contratuais, atingindo aproximadamente um quarto das unidades analisadas, além de elevada incidência de termos aditivos, que sugerem renegociações constantes e fragilidades no planejamento contratual, observando-se ainda limitações na efetividade do controle externo e social. Ademais, os achados demonstraram que o modelo de Organizações Sociais de Saúde, sem o devido fortalecimento dos mecanismos de fiscalização e regularização, tende a ampliar riscos de opacidade, instabilidade contratual e de captura de recursos públicos, sendo vital maior rigor na regulação e transparência para garantia de uma política de saúde universal e pública.

Palavras-chave: Administração de Serviços de Saúde; Controle Social Formal; Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract: The Unified Health System faces structural obstacles that hinder the universalization of healthcare, including underfunding, fragmentation of the healthcare network, and tensions between the public and private sectors. In this context, Social Health Organizations have begun to manage public facilities through management contracts, justified by the premise of greater administrative efficiency. Given this, the present study aims to analyze the contractual agreements and the oversight and regulatory mechanisms of these organizations in Pernambuco, considering the role of the Court of Auditors and the State Health Council. This is a qualitative study based on a documentary analysis of contracts, addenda, and management reports covering the period from 2009 to 2025, obtained from public

databases. The results indicated the recurring presence of contractual irregularities, affecting approximately one-quarter of the units analyzed, as well as a high incidence of addenda, which suggest constant renegotiations and weaknesses in contractual planning, with limitations also observed in the effectiveness of external and social oversight. Furthermore, the findings demonstrated that the model of Social Health Organizations, without adequate strengthening of oversight and regulatory mechanisms, tends to increase the risks of opacity, contractual instability, and the misappropriation of public funds; thus, greater rigor in regulation and transparency are vital to ensuring a universal and public health policy.

Keywords: Health Services Administration; Formal Social Control; Health Management; Unified Health System.

Resumen: El Sistema Único de Salud se enfrenta a obstáculos estructurales que dificultan la universalización de la asistencia sanitaria, entre ellos la falta de financiación, la fragmentación de la red y las tensiones entre los sectores público y privado. En este contexto, las Organizaciones Sociales de Salud han comenzado a gestionar centros públicos mediante contratos de gestión, lo que se justifica con el argumento de una mayor eficiencia administrativa. . Ante esta situación, el presente estudio tiene como objetivo analizar los acuerdos contractuales y los mecanismos de supervisión y regulación de las organizaciones en Pernambuco, teniendo en cuenta la actuación del Tribunal de Cuentas y del Consejo Estatal de Salud. Se trata de un estudio de carácter cualitativo, basado en el análisis documental de contratos, cláusulas adicionales e informes de gestión correspondientes al período comprendido entre 2009 y 2025, obtenidos de bases de datos públicas. Los resultados indicaron la presencia recurrente de irregularidades contractuales, que afectaban a aproximadamente una cuarta parte de las unidades analizadas, además de una elevada incidencia de cláusulas adicionales, lo que sugiere renegotiaciones constantes y deficiencias en la planificación contractual, observándose asimismo limitaciones en la eficacia del control externo y social. Además, los resultados demostraron que el modelo de Organizaciones Sociales de Salud, sin el debido refuerzo de los mecanismos de supervisión y regularización, tiende a aumentar los riesgos de opacidad, inestabilidad contractual y apropiación indebida de recursos públicos, por lo que resulta

vital un mayor rigor en la regulación y la transparencia para garantizar una política sanitaria universal y pública.



Palabras clave: Administración de los Servicios Sanitarios; Control Social Formal; Gestión Sanitaria; Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

Obstáculos estruturais historicamente limitam a universalização do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, o financiamento insuficiente, a indefinição de competências federativas, o tensionamento das relações público-privadas e a permanência de modelos de assistência fracionados e excludentes¹. A contribuição financeira, em particular, se apresenta como eixo central dos demais impasses, já que a distribuição desigual de recursos reproduz disparidades regionais históricas e compromete a equidade no acesso². Tal assimetria é evidente no Nordeste, onde a fragilidade da regionalização contribui para a concentração de leitos e serviços nas capitais e regiões metropolitanas, ampliando os vazios assistenciais³.

A partir da redemocratização brasileira, foi estabelecido que o Estado deve garantir uma rede de serviços própria, sem, contudo, excluir possibilidades de participação de entidades privadas, quando necessário. Por meio da Lei nº 8.080/1990, denominou-se “serviços suplementares” a rede privada de saúde que oferece serviços à população, sem possuir vínculos com o sistema público⁴. Nesse cenário, as Organizações Sociais de Saúde (OSS) emergem como entidades do terceiro setor gerenciadoras de serviços estatais por meio de parcerias público-privadas. No entanto, apesar de definidas como instituições privadas sem fins lucrativos e autogovernadas, a sua origem e fomento são dependentes de políticas e recursos governamentais, possuindo, dessa forma, características dos dois sistemas⁵.

Observa-se uma rápida expansão dessa relação público-privada por todo o território nacional. Entre 2018 e 2022, a proporção de estabelecimentos do SUS sob governança terceirizada nos municípios avançou de 10,6% para 13,2%, totalizando 1.874 unidades geridas por OSS, distribuídas em 270 cidades de 20 estados e do Distrito Federal. Esse avanço revela fortes assimetrias geográficas, com nítida concentração no Sudeste⁶. Setorialmente, a transferência de gestão incide prioritariamente sobre

hospitais-dia, unidades especializadas e prontos-atendimentos. Tal crescimento consolida-se em um panorama de ampla adesão, no qual 69,5% dos municípios adotam algum formato de terceirização e aproximadamente 70% das administrações locais utilizam-na para a contratação de força de trabalho. Contudo, evidenciando uma disparidade contábil, pois apenas 10% dessas prefeituras contabilizam esses repasses sob a ideia de despesas de pessoal^{7,8}.

A partir desse contexto, nota-se que as OSS possuem vantagens sobre as organizações estatais por causa da ampla autonomia administrativa, que é expressa na contratação trabalhista via regime celetista, na adoção de normas próprias para compras e na flexibilidade da execução orçamentária⁹. De um lado, destacam-se ganhos administrativos, como maior flexibilidade na contratação de pessoal, agilidade nos processos de compra e execução orçamentária¹⁰. Por outro viés, apontam-se críticas relacionadas à fragilidade regulatória, dificuldade de acesso a informações e à possibilidade de apropriação privada de recursos públicos¹¹. Sob esse prisma, deve-se assinalar que tal flexibilidade gerencial responde, fundamentalmente, às pressões e exigências da Lei de Responsabilidade Fiscal¹², a qual impõe tetos rígidos para o endividamento e para as despesas corporativas com pessoal na esfera pública. Logo, a transferência da gestão laboral para as OSS não apenas reconfigura os mecanismos de contratação, mas também atua como um expediente político-contábil que contorna a transparência dos limites fiscais¹³.

Especificamente no que tange ao estado de Pernambuco, identificam-se falhas no controle interno da Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE) sobre os contratos de gestão, como objetos contratuais genéricos, reajustes sem respaldo legal e terceirizações em cascata¹⁴. Soma-se a isso a percepção de conselheiros estaduais de saúde quanto à linguagem técnica inacessível dos relatórios, o que compromete a transparência e o exercício efetivo do controle social¹⁵.

Além disso, Pernambuco reflete a métrica nacional de expansão das OSS no âmbito público. No período de 2009 a 2019, o estado transferiu a gestão de oito unidades hospitalares para este modelo e criou outros três hospitais sob governança privada, totalizando 12 dos 29 hospitais gerais da rede estadual.

Adicionalmente, a maioria das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e as Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE) foram incorporadas ao sistema sob gestão direta de OSS¹⁶.

Assim, o objetivo do presente estudo é analisar os acordos contratuais e mecanismos de fiscalização e regulação instituídos pelo Tribunal de Contas e Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco (CES/PE), no que se refere à disponibilização de recursos e à sua gestão por meio de OSS.

METODOLOGIA

Desenho do Estudo e Delimitação Temporal

Trata-se de um estudo de caráter exploratório e abordagem qualitativa, com ênfase na análise da governança, regulação e fiscalização das OSS no estado de Pernambuco. O recorte temporal da pesquisa compreendeu os anos de 2009 a 2025, com ênfase analítica direcionada ao biênio de 2024 e 2025. Esta amplitude justificou-se pela necessidade de compreender a consolidação histórica desse modelo de terceirização e identificar padrões recorrentes de irregularidades formais e renegociações contratuais no referido estado.

Coleta de Dados

A coleta de dados secundários foi realizada com base em documentos institucionais de domínio público e de livre acesso. Assim, o inventário documental consistiu no levantamento de:

- a. Contratos de gestão celebrados com as OSS e seus respectivos termos aditivos;
- b. Relatórios Anuais de Gestão das unidades de saúde;
- c. Relatórios de auditoria externa emitidos pelo Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE-PE), focando nas ações de controle da SES/PE;
- d. Atas de plenárias, conferências e reuniões ordinárias publicadas pelo CES/PE.

A operacionalização das buscas ocorreu de forma sistemática nos seguintes portais digitais: Lei de Acesso à Informação do governo de Pernambuco, o

Portal da Transparência do Estado, os sítios eletrônicos das próprias entidades gerenciadoras (OSS), o acervo de relatórios do TCE-PE, o portal oficial da SES/PE e a página eletrônica do CES/PE.



Organização e Análise dos Dados

O texto foi interpretado por meio da técnica de análise de conteúdo do tipo temática, fundamentada nas diretrizes sistemáticas da condensação de significado de Kvale¹⁷, adaptada metodologicamente à análise de registros oficiais. O percurso analítico qualitativo estruturou-se em cinco etapas interdependentes, a saber:

- 1) Leitura compreensiva geral: realizou-se a leitura do conjunto de contratos, aditivos, pareceres do TCE-PE e atas do CES/PE, visando a compreensão inicial e a apreensão do sentido global de todo o material encontrado;
- 2) Delimitação das unidades de sentido: o texto foi fragmentado em unidades de sentido natural, recortadas assim que ocorriam transições de temas ou redirecionamentos de foco normativo e fiscalizatório nos documentos;
- 3) Explicação e síntese: as unidades de sentido foram interpretadas e reescritas, convertendo e simplificando as redações técnicas, jurídicas e burocráticas originais, para que expressassem diretamente o tema central sob a ótica interpretativa dos autores;
- 4) Questionamento das unidades condensadas: as sínteses obtidas foram questionadas sistematicamente com base no referencial teórico da pesquisa, buscando entender as estruturas conceituais implícitas, bem como possíveis falhas apontadas e a fragilização regulatória do modelo de OSS;
- 5) Síntese descritiva: realizou-se a unificação dos núcleos temáticos não redundantes em um projeto final, expressando a essência das fragilidades e dos desafios de governança das OSS em Pernambuco;

Aspectos Éticos

Por se tratar de uma investigação baseada unicamente em dados secundários e documentos oficiais de acesso público, sem a exposição direta de sujeitos ou de prontuários de pacientes, o estudo dispensou a avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com as resoluções vigentes no país¹⁸.

RESULTADOS

De início, a análise dos dados mostra o panorama da contratualização de unidades de saúde no estado, conforme detalhado no Quadro 1. Esta estruturação sistematiza a relação entre as OSS e as unidades geridas, evidenciando questões temporais, prazos de prorrogação e se houve regularidade desses instrumentos.

Quadro 1. Regularidade dos prazos de prorrogação contratuais segundo unidade gerida por OSS em Pernambuco.

OSS	Unidade	Ano de início do contrato	Prazo da última prorrogação	Regularidade
Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Surubim – APAMI Surubim	UPAE Limoeiro	2014	02/03/2025	Não
Associação de Proteção à Maternidade e Infância Ubaíra (APMIU) – S3 Gestão em Saúde	UPA Imbiribeira	2021	30/06/2025	Sim
Fundação Gestão Hospitalar Martiniano Fernandes – FGH	Hospital Nossa Senhora das Graças	2022	30/04/2027	Sim
	Hospital Dom Helder Câmara	1° em 2010/ 2° em 2022	30/06/2026	Sim
	Hospital Miguel Arraes	1° em 2009/ 2° em 2022	30/04/2027	Sim
	Hospital Pelópidas Silveira	2022	30/06/2026	Sim
	Hospital Eduardo Campos	2020	24/09/2026	Sim
	UPAE Carpina	2022	31/08/2026	Sim
	UPAE Escada	2022	31/08/2026	Sim
	UPAE Garanhuns	2013	30/06/2023	Não
	UPAE Salgueiro	2014	02/03/2025	Não

	UPA São Lourenço da Mata	2022	31/01/2024	Não
Fundação Manoel da Silva Almeida – Hosp. Maria Lucinda	UPA Nova Descoberta	2022	31/01/2026	Sim
	Hospital Ermírio Coutinho	1° em 2011/ 2° em 2022	17/05/2026	Sim
	Hospital Regional de Palmares	1° em 2011/ 2° em 2022	14/08/2026	Sim
	UPA Cabo de Santo Agostinho	2022	01/03/2026	Sim
	UPA Caruaru - Doutor Horácio Florêncio	2022	01/03/2026	Sim
	UPA Caxangá - Escritor Paulo Cavalcanti	1° em 2010/ 2° em 2022	31/01/2026	Sim
	UPA Engenho Velho - Carlos Wilson	2022	01/03/2026	Sim
	UPA Paulista	2022	31/01/2026	Sim
	UPA Torrões - Dulce Sampaio	2022	01/03/2026	Sim
Hospital do Câncer de Pernambuco	Hospital São Sebastião	2018	19/08/2026	Sim
	UPA Igarassu	2022	31/01/2026	Sim
	UPAE Arcoverde	2014	02/03/2025	Não
	UPAE Belo Jardim	2014	02/03/2025	Não
	UPAE Caruaru	2018	23/04/2025	Não
	UPAE Palmares	2022	31/08/2026	Sim
Hospital do Tricentenário	Hospital Mestre Vitalino	2015	19/11/2025	Sim
	Hospital João Murilo de Oliveira	1° em 2012/ 2° em 2022	21/06/2025	Sim
	Hospital Regional Ruy de Barros Correia	2016	18/08/2026	Sim
	Hospital Regional Emília Câmara	2017	29/08/2025	Sim
	UPA Curado	1° em 2010/ 2° em 2022	31/01/2024	Não
	UPA Ibura	1° em 2011/ 2° em 2022	16/05/2026	Sim

	UPAE Afogados de Ingazeira	1° 2014	02/03/2025	Não
	UPAE Serra Talhada	1° 2014	18/03/2025	Não
	Hospital Brites de Albuquerque	1° em 2020/ 2° em 2023	01/08/2025	Sim
	Hospital do Sertão Governador Eduardo Campos	1° 2020/ 2° 2022	31/05/25	Não
Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Administração Hospitalar - IBDAH	UPAE – PE	2018	09/09/2026	Sim
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP	UPAE Petrolina	2013	16/07/2023	Não
Instituto Social das Medianeiras da Paz – ISMEP	Hospital Dom Malan	2022	01/08/2025	Sim
	Hospital Regional Fernando Bezerra	2021	31/03/2025	Não
	UPA Barra de Jangada	2022	31/01/2026	Sim
	UPA Olinda	2022	31/01/2026	Sim
	UPAE Ouricuri	2020	09/02/2026	Sim

Fonte: Elaboração dos autores a partir de dados extraídos do portal da transparência das respectivas unidades até a data 05/06/2025. Nota: APAMI: Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Surubim; APMIU: Associação de Proteção à Maternidade e Infância Ubaíra; FGH: Fundação Gestão Hospitalar; IBDAH: Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Administração Hospitalar; IMIP: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira; ISMEP: Instituto Social das Medianeiras da Paz; OSS: Organizações Sociais de Saúde; UPA: Unidade de Pronto Atendimento; UPAE: Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada.

Em continuidade com a análise da regularidade formal, o Quadro 2 demonstra a densidade das modificações contratuais por meio da relação: termos aditivos firmados e o tempo de vigência da gestão em cada unidade.

Quadro 2. Relação do número de termos aditivos por anos de gestão segundo unidade de saúde gerida por OSS em Pernambuco.

OSS	Unidade	N° de termos aditivos	Anos de gestão	Relação N° termos/ anos
Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Surubim – APAMI Surubim	UPAE Limoeiro	14	11	1,3
Associação de Proteção à Maternidade e Infância Ubaíra (APMIU) – S3 Gestão em Saúde	UPA Imbiribeira	11	4	2,8

Fundação Gestão Hospitalar Martiniano Fernandes – FGH	Hospital Alfa (Nossa Senhora das Graças)	4	3	1,3
	Hospital Dom Helder	52	16	3,3
	Hospital Miguel Arraes	34	26	1,3
	Hospital Pelópidas Silveira	8	4	2
	Hospital Eduardo Campos	11	6	1,8
	UPAE Carpina	2	4	0,5
	UPAE Escada	2	4	0,5
	UPAE Garanhuns	16	10	1,6
	UPAE Mustardinha	3	11	0,3
	UPAE Salgueiro	19	2	9,5
	UPA São Lourenço da Mata	10	4	2,5
Fundação Manoel da Silva Almeida – Hosp. Maria Lucinda	UPA Nova Descoberta	31	15	2,1
	Hospital Ermírio Coutinho	19	15	1,3
	Hospital Regional de Palmares	31	4	7,8
	UPA Cabo de Santo Agostinho	9	4	2,3
	UPA Caruaru - Doutor Horácio Florêncio	9	16	0,6
	UPA Caxangá - Escritor Paulo Cavalcanti	34	4	8,5
	UPA Engenho Velho - Carlos Wilson	14	4	3,5
	UPA Paulista	11	4	2,8
	UPA Torrões - Dulce Sampaio	10	8	1,3
Hospital do Câncer de Pernambuco	Hospital São Sebastião	10	4	2,5
	UPA Igarassu	11	11	1
	UPAE Arcoverde	17	11	1,5
	UPAE Belo Jardim	17	7	2,4
	UPAE Caruaru	13	4	3,3
	UPAE Palmares	1	10	0,1
Hospital do Tricentenário	Hospital Mestre Vitalino	40	13	3,1
	Hospital João Murilo de Oliveira	32	10	3,2

	Hospital Regional Ruy de Barros Correia	31	8	3,9
	Hospital Regional Emília Câmara	28	14	2
	UPA Curado	33	15	2,2
	UPA Ibura	33	11	3
	UPAE Afogados de Ingazeira	17	11	1,5
	UPAE Serra Talhada	15	5	3
	Brites-Maternidade Brites de Albuquerque	8	5	1,6
	Hospital do Sertão Governador Eduardo Campos	18	8	2,3
Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Administração Hospitalar	Unidade Pernambucana de Atenção Especializada – UP AE – PE	7	10	0,7
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP	UPAE Petrolina	21	3	7
Instituto Social das Medianeiras da Paz – ISMEP	Hospital Dom Malan	11	4	2,8
	Hospital Regional Fernando Bezerra	24	4	6
	UPA Barra de Jangada	9	4	2,3
	UPA Olinda	10	6	1,7
	UPAE Ouricuri	7	4	1,8

Fonte: Elaboração dos autores a partir de dados extraídos do portal da transparência das respectivas unidades até a data 05/06/2025. Nota: APAMI: Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Surubim; APMIU: Associação de Proteção à Maternidade e Infância Ubaíra; FGH: Fundação Gestão Hospitalar; IMIP: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira; ISMEP: Instituto Social das Medianeiras da Paz; OSS: Organizações Sociais de Saúde; UPA: Unidade de Pronto Atendimento; UP AE: Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada.

O Quadro 3 apresenta uma evolução histórica dos termos aditivos pactuados entre 2010 a 2025, discriminando o volume de alterações e a proporção específica de termos de origem financeira.

Quadro 3. Percentual de termos aditivos de conteúdo financeiro em relação ao número total de termos aditivos, segundo ano de publicação.

Ano	Nº de termos financeiros	Nº total de termos	%
2010	2	5	40
2011	8	20	40
2012	14	23	60,9
2013	14	24	58,3
2014	7	26	26,9
2015	7	23	30,4
2016	13	30	43,3
2017	9	16	56,3
2018	5	38	13,2
2019	5	12	41,7
2020	4	50	8
2021	30	94	31,9
2022	25	176	14,2
2023	17	48	35,4
2024	56	169	33,1
2025	2	8	25
TOTAL	218	762	28,6

Fonte: Elaboração dos autores a partir de dados extraídos do portal da transparência das respectivas unidades até a data 05/06/2025.

DISCUSSÃO

Análise da Regularidade de Contratos

A análise da regularidade dos contratos revela um quadro preocupante sobre a gestão das OSS em Pernambuco. De acordo com os dados do Quadro 1, aproximadamente um quarto das unidades avaliadas apresenta situação de irregularidade contratual. Conforme pontuado por Moraes *et al.*⁵, casos como esse não devem ser tratados como exceção ou falhas pontuais, pois evidenciam um padrão de recorrência que fragiliza sua solidez jurídica e administrativa. Mais grave ainda é constatar que tais irregularidades atingem unidades estratégicas para o equilíbrio da rede estadual, localizadas em regiões de interiorização da assistência. Assim, o que poderia representar um mecanismo de ampliação do acesso à saúde, na prática, reproduz vulnerabilidades estruturais, comprometendo a previsibilidade da política pública, refletindo uma segregação e fragmentação da RAS¹⁴.

Esse cenário converge com as críticas de Fonte¹³, que identificou em Pernambuco a reincidência de contratos com cláusulas genéricas, reajustes desprovidos de respaldo legal e até práticas de quarteirização, alinhando-se às observações de Levi *et al.*¹¹ sobre São Paulo, onde a ausência de parâmetros nítidos para a definição de custos e metas favoreceu o surgimento de brechas regulatórias. Nota-se que há cerca de 25% de irregularidades em contratos de unidades de saúde pernambucanas geridas

por OSS, representando um problema que vai além de um detalhe de desvio administrativo ou pontualidade da gestão. Trata-se da exemplificação empírica de uma problemática inerente a esse modelo contratual, que se pauta na assimetria entre ampla autonomia administrativa e fragilidade da fiscalização da gestão estadual⁵.

Além disso, autores como Pinto e Viana¹⁹ apontam que a transição do sistema de saúde para o molde das OSS instaurou a exigência de um “estado regulatório”, porém, na prática, nota-se uma fragilização das instâncias de controle público, ou seja, a adoção das OSS pressupõe a necessidade de uma governança regulatória forte, mas, na prática, nota-se um enfraquecimento dos mecanismos de controle público sobre a gestão dos serviços. Essa questão é refletida na análise do Quadro 1, em que a falta de uma fiscalização efetiva resvala em uma irregularidade contratual sistemática.

Como consequência disso, a permanência de contratos expirados tornou-se uma regra do sistema e não uma exceção a ser corrigida, atestando a ideia paradoxal evidenciada por Pinto e Viana¹⁸, bem como por Fonte; Moraes; Oliveira²⁰. Nessa linha, convém ponderar que tal flexibilidade gerencial atende, em última análise, até mesmo às restrições de despesas com pessoal impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal¹². Ao transferir essa gestão para as OSS, a dinâmica altera substancialmente o regime de contratação, induzindo tanto à precarização laboral quanto à redução da transparência do teto fiscal, ao transpor custos de força de trabalho em despesas operacionais⁹.

Com base no Quadro 1 e no exposto, a regularidade contratual em Pernambuco apresenta uma instabilidade jurídica e possui raízes na inércia administrativa. Aproximadamente 30% das unidades operam com prazos de prorrogação expirados, com destaque para as UPAs de Garanhuns e Petrolina, com vínculos vencidos desde 2023, isto é, a tempestividade dos atos públicos não está salvaguardada nessas unidades. Tal janela documental transforma uma contratualização baseada em metas e prazos em uma relação marcada pela informalidade contratual, o que segundo Marques²¹ compromete a capacidade de auditoria e transparência fundamentais nas relações públicas.

Ademais, nota-se um desbalanço: complexos hospitalares possuem cronogramas regulares de renovação, ao passo que as UPAs e UPAs acumulam irregularidades. Essa precariedade pode ser inferida a partir dos dados dos Quadros 1 e 2, sendo exemplificadas pelos casos das UPAs de São Lourenço da Mata e Curado, as quais estão irregulares por um longo período, sugerindo que a efetivação do modelo pernambucano da OSS ocorreu de forma desordenada. Essa fragilidade consolida uma “gestão por exceção”, onde a irregularidade torna-se um padrão e não um desvio esporádico, comprometendo o controle social e a efetividade das políticas públicas⁵.

Análise dos Termos Aditivos

O Quadro 2 aprofunda uma disparidade significativa entre as unidades no que tange à análise dos termos aditivos. Enquanto algumas, como a UPAE Palmares (0,1 por ano) e a UPAE Mustardinha (0,3 por ano), registraram menos de um aditivo por ano, outras acumulam números alarmantes. Casos como a UPAE Salgueiro, que em apenas dois anos de contrato chegou a 19 aditivos (9,5 por ano), a UPA Caxangá, com 34 aditivos em quatro anos (8,5 por ano), o Hospital Regional de Palmares, com 31 aditivos em quatro anos (7,8 por ano), a UPAE Petrolina gerida pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, com 21 aditivos em três anos (7 por ano), e o Hospital Regional Fernando Bezerra, com 24 aditivos em quatro anos (6 por ano). Os números evidenciados exemplificam um padrão de renegociação constante que enfraquece a estabilidade contratual, sendo um fenômeno já relatado por outros estudos^{11,19,20}.

Esse panorama revela-se como importante indício que os contratos de gestão são formulados de maneira inadequada desde a sua origem, exigindo sucessivas correções. Ao transformar a transitoriedade em regra, a gestão estadual abdica de sua função planejadora, submetendo a gestão ao que Giovanella *et al.*²² chamam de “gerenciamento de curto prazo”, privilegiando o ajuste financeiro imediato e não a integralidade assistencial.

Esse cenário de mutação é discutido por Bigossi *et al.*²³, em que a renegociação frequente compromete a previsibilidade da oferta de serviços e fragiliza a *accountability*, já que a constante alteração de metas e repasses monetários fomenta uma rede burocrática que impede a capacidade de auditoria, tornando o acompanhamento dos gastos públicos uma atividade

anacrônica e fragmentada. No caso pernambucano, essa prática atinge níveis que configuram um paradoxo: o modelo que se anunciava como alternativa ágil e eficiente para driblar a burocracia estatal passa a depender de uma burocracia ainda mais complexa, sustentada por uma cadeia de aditivos.

Esse paradoxo evidencia que, muitas vezes, a suposta celeridade do modelo de OSS é uma “cortina de fumaça” para a transferência dos riscos e a queda do controle direto da administração pública²⁴. A dependência de uma cadeia de aditivos, destacada pelo Quadro 2, expõe a fragilidade dos estudos de viabilidade que antecedem as parcerias, sugerindo que a pactuação segue uma lógica de incompletude proposital. Essa dinâmica consolida o gestor público como subordinado às demandas das entidades, sob o perigo ou ameaça da descontinuidade do serviço, prejudicando não só a administração, mas também a própria efetividade da saúde pública⁵.

A perspectiva temporal detalhada no Quadro 3 revela o aumento da emissão de termos aditivos, em especial a partir de 2020, sendo um sintoma do planejamento estrutural em crise e não um fenômeno apenas administrativo. Nota-se um salto de 50 termos em 2020 para 176 em 2022, isto, em termos percentuais, representa um crescimento de 252%. Em 2024, esse número permanece elevado, com 169 termos, correspondendo a um aumento de 238% se comparado a 2020, apesar de uma leve diminuição, aproximadamente 4% em comparação a 2022, expondo o que Barbosa e Elias²⁵ afirmam ser uma fragilidade no estudos da viabilidade contratual. Observa-se uma proeminência de aditivos não financeiros em anos de pico, sugerindo que o Estado e as OSS operam numa espécie de incompletude contratual, na qual as metas desses instrumentos são redefinidas. Tal inconstância desnatura o contrato de gestão, pois a urgência operacional inviabiliza o planejamento estratégico e a efetiva organização da rede de saúde²¹.

Aliado a isso, o Quadro 3 destaca que, nos primeiros anos da série, o número de aditivos mantinha-se em patamares moderados, variando entre 20 e 26 documentos anuais. Contudo, a partir de 2020, observa-se um salto expressivo, sendo registrados 50 termos, apenas 8% de natureza financeira, indicando que a maioria se referia a ajustes de metas, prazos ou objetos. Em 2021, o número cresce para 94, com 31,9% financeiros; em 2022, atingiu o

ápice de 176 termos, embora somente 14,2% relacionados a questões financeiras; mantendo-se elevado em 2024, com 169 termos, sendo 33,1% financeiros.

Essa trajetória demonstra que a expansão das OSS na rede estadual não foi acompanhada por um fortalecimento dos mecanismos regulatórios, mas sim por um aumento da dependência dos contratos em relação a aditivos sucessivos²⁴. A baixa proporção de termos financeiros em anos de pico demonstra ainda que a maior parte das renegociações não estava voltada à adequação de repasses ou recursos, mas à redefinição de metas contratuais, revelando a fragilidade dos contratos originais.

Morais *et al.*⁵ já haviam apontado que a entrada das OSS no SUS esteve ancorada na lógica da mercantilização e da flexibilização administrativa, sem um paralelo fortalecimento das instâncias de controle. Nota-se que essa dinâmica corrobora a percepção de que a expansão da terceirização responde a pressões de mercado de matriz ultraneoliberal. Isso resulta na transferência sistemática de recursos públicos para o setor privado sob o argumento de eficiência gerencial. Ademais, Bulhões *et al.*¹⁰ destacaram que o Estado tem dificuldade em acompanhar a complexidade crescente das organizações privadas que passaram a administrar unidades públicas, tornando-se um regulador fragilizado diante de entes privados fortalecidos. Portanto, os dados pernambucanos confirmam essas análises, pois a cada novo ciclo de expansão das OSS, intensificaram-se também a emissão de aditivos, revelando não apenas a instabilidade contratual, mas a vulnerabilidade estrutural desse modelo.

Controle Externo

A análise dos pareceres de auditoria externa revelou que, embora exista uma estrutura formal de fiscalização sobre as OSS, a efetividade desse controle variou consideravelmente entre as unidades hospitalares avaliadas. Enquanto em alguns casos predominou a superficialidade das análises, em outros as irregularidades detectadas não encontraram resposta imediata e efetiva por parte da gestão pública.

Essa imprecisão no rigor fiscalizatório convida a um exame mais profundo sobre a própria composição político-institucional dos Tribunais de Contas.

Afinal, a literatura adverte que a efetividade real do controle externo está ligada ao perfil dos agentes que ocupam seus cargos deliberativos²⁵. Nesse âmbito, constata-se que a grande parte das indicações obedece a arranjos e conveniências políticas, o que acaba por converter o capital técnico em um mero requisito formal de legitimação burocrática, sem, de fato, uma centralidade decisória. Essa dinâmica de recrutamento partidário pode neutralizar a isenção das auditorias, transformando a fiscalização de contratos complexos, como os das OSS, em um exercício eminentemente protocolar e, muitas vezes, condescendente com os desvios da administração²⁶.

Aliado a isso, nota-se que a análise combinada dos Quadros 1 e 3 revela um cenário de fragilidade processual, o que compromete a fiscalização do Tribunal de Contas e do CES/PE. A existência de unidades sem regularidade formal, como as UPAEs de Garanhuns e Petrolina, vencidas desde 2023, com um ápice de termos aditivos no triênio 2022-2024, mostra um desafio no rigor das auditorias, em virtude do elevado número de termos. Como argumenta Bigossi *et al.*²², as modificações excessivas de instrumentos contratuais tornam difícil a observação fidedigna das metas, mesmo que não associadas à natureza financeira diretamente. Para órgãos de controle, essas modificações transformam os contratos de gestão em um “alvo móvel”, onde a verificação da economia e eficiência é anacrônica, já que os padrões são alterados antes mesmo de fiscalizados, consolidando um *déficit* de *accountability* do sistema de saúde²⁷.

Assim, reforça-se o que é estabelecido no estudo de Pacheco *et al.*¹⁵, em que a efetividade do modelo de fiscalização depende não apenas da emissão de pareceres técnicos, mas de sua articulação com controles internos consistentes e de sua utilização como instrumento de regulação contínua das parcerias público-privadas na saúde.

Controle Social

Diante desse cenário, torna-se imprescindível a análise do papel do controle social. Nessa perspectiva, foram examinadas as atas do CES/PE, com o objetivo de verificar a efetividade da fiscalização exercida sobre os contratos de gestão, ampliando a compreensão de sua regularidade.

Entre 2021 e 2022, apenas dez reuniões ordinárias tiveram registros acessíveis, sendo que, desse total, o tema das OSS apareceu em apenas duas ocasiões, ambas em 2021. Na 529ª Reunião Ordinária²⁹, deliberou-se pela inclusão do debate sobre o “Aprimoramento do Monitoramento dos Contratos de Gestão das OSS e Apresentação do Relatório de Funcionamento das OSS” na pauta seguinte, vinculando-o também às dificuldades assistenciais registradas nas UPA naquele período. Já na 530ª Reunião Ordinária³⁰, a pauta foi homologada, estabelecendo para a 531ª reunião³¹ a discussão formal sobre o monitoramento dos contratos de gestão, com ênfase no período de 2016 a 2020, incluindo aspectos relacionados ao fluxo de acesso, à ampliação e ao equipamento das unidades geridas por OSS.

Apesar da relevância temática e da formalização do debate, não foram localizados registros de continuidade sistemática dessas discussões nas reuniões subsequentes, tampouco indicações de encaminhamentos práticos para fortalecer o acompanhamento social dos contratos, sendo uma ideia já analisada por Cortes³². Esse padrão sugere que, embora o CES/PE tenha reconhecido a importância do monitoramento das OSS, o controle social permaneceu restrito a pautas pontuais, sem se consolidar como um eixo recorrente de deliberação³³.

De modo geral, os achados reforçam a percepção de que a participação social no acompanhamento da gestão das OSS ainda é incipiente, concentrando-se em momentos isolados e carecendo de institucionalização, corroborando com o estudo de Menicucci; Costa³⁴. Ademais, Ferreira *et al.*³⁵ salientam que a ausência dessa continuidade compromete a efetividade do controle social, que, em tese, deveria operar como complemento e contrapeso às fragilidades previamente identificadas.

Apesar das evidências apresentadas, tal estudo está adstrito a Pernambuco, sendo imprescindível cautela com relação a generalização dos achados para o contexto nacional. É evidente a necessidade de investigações prospectivas que ampliem o escopo para o cenário brasileiro e adotem desenhos metodológicos diversificados, inclusive, análises comparativas de custo-efetividade, a fim de garantir um conhecimento robusto e multidisciplinar sobre a gestão por OSS. Outra limitação está vinculada a transição para dados

mais recentes, bem como a inclusão de diferentes particularidades regionais, que são fundamentais para consolidar integralmente a compreensão sobre a transparência, o controle social e a eficiência desse modelo de gestão dentro do contexto de saúde pública do país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada evidenciou que, embora as OSS tenham sido concebidas sob a premissa de maior eficiência e flexibilidade administrativa, na prática, o modelo em Pernambuco tem reproduzido vulnerabilidades estruturais e fragilidades regulatórias. A recorrência de irregularidades contratuais, observada em aproximadamente um quarto das unidades avaliadas, compromete a previsibilidade e a solidez dos arranjos de gestão. Somam-se a isso os altos índices de termos aditivos, que ultrapassam em muitos casos a lógica de ajustes excepcionais e passam a configurar um mecanismo de renegociação contínua, enfraquecendo o papel regulador do contrato principal.

O controle externo, ainda que necessário, mostrou-se limitado por análises formais e respostas pouco efetivas às irregularidades identificadas, enquanto o controle social manteve-se pontual e sem institucionalização, reduzindo a força do acompanhamento democrático. Assim, os achados apontam que o modelo de OSS, sem o fortalecimento paralelo dos mecanismos de fiscalização e a efetiva participação social, tende a ampliar riscos de opacidade, instabilidade contratual e de captura de recursos públicos, frente às pressões mercadológicas e de matriz ultraneoliberal que impulsionam a terceirização, exigindo maior rigor na regulação e transparência para garantir que a política de saúde cumpra seu caráter universal e público.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes FSP, Santos NR. O Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos: uma trajetória de sucessos, resistência e desafios. *Estud Av.* 2018;32(92):121-34. doi:10.1590/s0103-40142018.3292.0009.
2. Bretas Jr N, Shimizu HE. A gestão regional no SUS: avanços e desafios. *Cien Saude Colet.* 2021;26(Suppl 2):3409-21. doi:10.1590/1413-81232021269.2.01912021.
3. Gurgel Jr GD, organizadores. *Novos modelos de gestão no SUS e as relações interinstitucionais de controle em foco.* Recife: Editora UFPE; 2021. doi:10.51359/978-65-5962-003-6.

4. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990 set 20; Seção 1:18055 [citado 8 mar. 2026]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
5. Moraes HMM, et al. Organizações sociais da saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. Cad Saude Publica. 2018;34(1):e00194916. doi:10.1590/0102-311X00194916.
6. Andrade MV, et al. Levantamento censitário de informações sobre os estabelecimentos geridos por Organizações Sociais de Saúde do Brasil: relatório final. Brasília, DF: Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde; Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG; 2022 [citado 13 jul. 2026]. Disponível em: <https://www.ibross.org.br/wp-content/uploads/2023/05/LEVANTAMENTO-CENSIT%C3%81RIO-DE-INFORMA%C3%87%C3%90S-SOBRE-OS-ESTABELECIMENTOS-GERIDOS-POR-ORGANIZA%C3%87%C3%90S-SOCIAIS-DE-SA%C3%9ADE-DO-BRASIL.pdf>
7. Fonte FGF, Moraes HMM. Organizações Sociais da Saúde: controle interno dos contratos de gestão (Pernambuco, 2009-2019). Em: Anais do 4º Encontro Nacional de Ensino e Pesquisa em Doutrina e Políticas Públicas (ENEPCP); 2021 [citado 13 jul. 2026]. Disponível em: <https://anepecp.org.br/Anais/enepcp2021/362945.pdf>
8. Contreiras H, Matta GC. Organizações sociais de saúde no município de São Paulo: gestão e transparência. Saude Debate. 2015;39(Especial):187-99. doi:10.1590/0103-11042015S15.
9. Druck G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. Trab Educ Saude. 2016;14(Supl 1):15-43 [citado 13 jul. 2026]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfck75czCSqYzjjhRgk/?format=html&lang=pt>
10. Bulhões AA, et al. Percepções de gestores estaduais sobre a regulação das Organizações Sociais de Saúde. Saude Debate. 2022;46(134):1127-39. doi:10.1590/0103-1104202213416.
11. Levi ML, et al. Organizações sociais de saúde em São Paulo: desafios para a regulação e controle social. Rev Adm Publica. 2025;59(1):45-67. doi:10.1590/0034-761920250101.
12. Brasil. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2000 Mai 5; Seção 1:1 [citado 19 jul. 2026]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm
13. Fonseca JM, Lima SML, Teixeira M. Expressões da precarização do trabalho nas regras do jogo: Organizações Sociais na Atenção Primária do município do Rio. Saude Debate. 2021;45(130):590-602 [citado 13 jul. 2026]. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2021.v45n130/590-602/>
14. Fonte FGF. Organizações Sociais da Saúde em Pernambuco: uma análise das ações de controle interno da SES/PE sobre os instrumentos contratuais (2009-2019) [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2025.
15. Silva UMP, Gondinho BVC. Contratos de gestão em saúde e o seu acompanhamento pelos órgãos de controle: uma revisão sistemática. J Manag Prim Health Care. 2025;16(Especial):e022. doi:10.14295/jmphc.v16.1412.

16. Pacheco HF, et al. A accountability das organizações sociais no SUS: uma análise do papel institucional do Conselho Estadual de Saúde em Pernambuco. *Physis*. 2020;30(1):e300108. doi:10.1590/S0103-73312020300108.
17. Kvale S. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1996.
18. Pereira AC, et al. Ética em pesquisas com dados de acesso público e restrito no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2023;57:12. doi:10.11606/s1518-8787.2023057004567.
19. Pinto HA, Viana ALA. As organizações sociais de saúde e a precarização do trabalho médico e da gestão no SUS. *Cien Saude Colet*. 2020;25(1):285-94. doi:10.1590/1413-81232020251.28632019.
20. Fonte FGF, Moraes HMM, Oliveira RS. Organizações Sociais da Saúde: controle interno dos contratos de gestão (Pernambuco, 2009-2019). *Serv Soc Soc*. 2025;148:e6628428. doi:10.1590/0101-6628.428.
21. Marques GL. Contratualização das organizações sociais de saúde com o poder público: desafios de governança e controle. *Sci Manag J*. 2023;5(1):1-15. doi:10.29327/27207.5.1-13.
22. Giovanella L, et al. A atenção primária à saúde no Brasil: conquistas e desafios. *Cien Saude Colet*. 2021;26(6):2205-16. doi:10.1590/1413-81232021266.14672021.
23. Bigossi G, et al. Organizações sociais de saúde: análise sobre as especialidades e exames contratados pelo Estado de São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2024;29(6):e00382023. doi:10.1590/1413-81232024296.00382023.
24. Almeida PF, Giovanella L. Parceria público-privada na atenção especializada: segregação e fragmentação da rede de atenção à saúde. *Trab Educ Saude*. 2022;20:e00523179. doi:10.1590/1981-7746-ojs00523.
25. Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde no contexto da reforma do Estado brasileiro. *Cien Saude Colet*. 2022;27(6):2375-84. doi:10.1590/1413-81232022276.15542021.
26. Cabral FG. O Tribunal de Contas da União é um órgão político? *Rev Investig Const*. 2020;7(1):237-84 [citado 13 jul. 2026]. doi:10.5380/rinc.v7i1.71868.
27. Recrutamento político no Tribunal de Contas da União: uma análise prosopográfica das nomeações (1990–2022). *Bol Conjuntura (BOCA)*. 2025;23(69):20-46 [citado 13 jul. 2026]. doi:10.5281/zenodo.17204283.
28. Tonelotto DP, Crozatti J, Righetto P. Contratos de gestão como instrumento de governança pública: um estudo exploratório. *Rev Agenda Polit*. 2020;8(1). doi:10.31990/agenda.2020.1.9.
29. Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco (CES-PE). Ata da 529ª reunião ordinária, realizada em junho de 2021. Recife: CES-PE; 2021.
30. Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco (CES-PE). Ata da 530ª reunião ordinária, realizada em junho de 2021. Recife: CES-PE; 2021.
31. Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco (CES-PE). Ata da 531ª reunião ordinária, realizada em 2021. Recife: CES-PE; 2021.
32. Cortes SV. Conselhos de Saúde e o controle social no SUS: entre a burocratização e a participação efetiva. *Cien Saude Colet*. 2021;26(4):1245-58. doi:10.1590/1413-81232021264.44442020.

33. Pernambuco. Lei nº 14.804, de 29 de outubro de 2012. Dispõe sobre o acesso a informações no âmbito do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de Pernambuco. 30 out. 2012 [citado 8 mar. 2026]. Disponível em: <https://www.alepe.pe.gov.br>

34. Menicucci TMG, Costa LS. Governança e relações público-privadas no Sistema Único de Saúde: desafios para regulação e controle. Rev Adm Publica. 2022;56(5). doi:10.1590/0034-761220210393.

35. Ferreira da Silva MR, et al. A gestão das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Unidades de Atenção Especializada (UPAE) em Pernambuco: o modelo de Organizações Sociais em foco. Rev Adm Saude. 2021;21(82):e245.