

NOTA METODOLÓGICA

LEVANTAMENTO CENSITÁRIO DE INFORMAÇÕES SOBRE OS ESTABELECIMENTOS GERIDOS POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE DO BRASIL

Equipe de Pesquisa:

Monica Viegas Andrade (Coordenadora)

Kenya V M S Noronha

Catarina Oliveira Guimarães Barcelos

Henrique Bracarense Fagioli

Novembro/2022

1 Introdução

As Organizações Sociais (OS) foram regulamentadas no nível federal pela Lei nº 9.637/1998 e legitimadas pelo Supremo Tribunal Federal em 2015. Além da normatização federal os municípios e estados podem promulgar leis específicas voltadas principalmente para organizar o processo de certificação das instituições. As OS , inauguram um modelo de gestão que trouxe mudanças no padrão de administração pública ao se firmar um contrato entre os setores público e privado. Segundo Salgado (2016)

“a OS é um título concedido pelo Poder Público a uma associação ou fundação privada, regida exclusivamente pelo Código Civil e instituída por particulares, para o estabelecimento de uma relação de parceria e fomento público na realização de atividade ou serviço de interesse público, de natureza continuada por meio da celebração de um contrato de gestão”.

No setor de saúde, duas principais abordagens emergem para explicar o surgimento das Organizações Sociais de Saúde (OSS) (Ravioli, 2021). Primeiro essas organizações ocorrem em um cenário mais amplo de reforma administrativa que ocorreu a partir de meados dos anos 90 no Brasil que visavam reduzir o papel do estado. A segunda abordagem parte de um reconhecimento das dificuldades do estado em gerir os serviços de saúde, buscando nesse sentido, diminuir o peso do governo na gestão do SUS, com valorização e ampliação dos espaços de gestão compartilhada (Ibañez et al., 2001; Ibañez & Vecina Neto, 2007, Raviolli, 2018a). O contrato, ao mesmo tempo que confere autonomia gerencial às OSS, estabelece metas a serem cumpridas, de modo a absorver a demanda independentemente do valor de remuneração do procedimento, uma vez que o valor contratual é fixo para o suprimento das atividades assistenciais com foco em resultado (Carneiro-Junior e Elias, 2006; Barbosa, Nelson Bezerra, and Paulo Eduardo Mangeon Elias. "As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado." *Ciência & Saúde Coletiva* 15 (2010): 2483-2495.). No âmbito dessa parceria, o setor público fica responsável pela avaliação e controle dos resultados acordados.

Os estados da Bahia e de São Paulo foram os primeiros a implementar essas parcerias, contudo, já havia parcerias semelhantes no estado do Pará antes do marco regulatório (Barcelos et al. 2022). A partir do relativo sucesso observado em São Paulo, e com a Lei de Responsabilidade Fiscal de 2000, que restringia os gastos nos estados e municípios, as OSS

se expandiram por todo o país. Mesmo com a expansão dessa forma de gestão pelo país nos últimos anos, ainda há poucas evidências sobre o desempenho das OSS principalmente com abrangência nacional (Ravioli et al., 2018). A inexistência de uma base de dados oficial que permita a identificação desse tipo de estabelecimento restringe o desenvolvimento de estudos sobre a performance dessas organizações. No Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde a informação sobre a natureza jurídica não é bem preenchida, sendo insuficiente para identificar todos os estabelecimentos que são geridos por OSS, assim como diferenciar os diversos tipos de modalidades de parcerias com o setor privado que podem ser estabelecidos.

Os trabalhos existentes sobre as OSS no Brasil se limitam a conjuntos específicos de hospitais, principalmente no estado de São Paulo, onde há maior volume de informações (Ravioli et al., 2018). Na maioria desses estudos, o desempenho das OSS foi avaliado através da comparação de indicadores hospitalares (Ibañez et al., 2001; Costa & Ribeiro, 2005; World Bank, 2006; Quinhões, 2009; Barbosa & Elias, 2010; Greve & Coelho, 2017; Mendes & Bittar, 2017; Barcelos et al., 2022), ou pela estimação da fronteira de eficiência hospitalar (La Forgia & Couttolenc, 2008; La Forgia & Harding, 2009; Tonelotto et al., 2019; Rodrigues et al., 2020; Barcelos et al. 2022).

Essa pesquisa tem como objetivo principal construir uma base de informações sobre os estabelecimentos de saúde geridos por OSS no Brasil ampliando o levantamento prévio realizado por Barcelos et al. (2022). As parcerias entre as secretarias de saúde e as OSS são organizadas em diferentes formatos, podendo ocorrer principalmente por meio de contrato de gestão ou de gestão compartilhada, conforme a necessidade do estado ou município. No contrato de gestão, a OSS é responsável pela gestão administrativa do estabelecimento. Na gestão compartilhada, de modo geral, apenas um setor ou um conjunto de serviços estão sob a responsabilidade da OSS, permanecendo o restante sob gestão pública direta. Como a gestão compartilhada é muito heterogênea, a presente pesquisa focou apenas nos estabelecimentos que possuem contratos de gestão com as OSS, ou seja, que administram todos os serviços prestados no estabelecimento.

No Brasil não existe um banco de dados que compile as informações sobre os contratos de gestão celebrados entre os entes federativos e as OSS. O acesso a essas informações é fundamental para entender e avaliar os impactos dessa forma de gestão na produção,

organização e qualidade do cuidado ofertado. Os estabelecimentos de saúde que são objeto desses contratos fazem parte da rede pública de serviços de saúde que constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). A construção da base de dados foi realizada a partir dos dados de Barcelos *et al.* (2022), de informações compartilhadas pelo Tribunal de Contas da União (TCU), e pesquisa manual principalmente em sítios de secretarias estaduais e municipais de saúde, assim como solicitação de informações através da Lei de Acesso a Informação. A partir da base de estabelecimentos consolidada foram construídos indicadores para auxiliar no entendimento do perfil desses estabelecimentos. A base completa e os indicadores serão disponibilizados para uso público por meio de um *dashboard*.

1.2 Construção da Base de Dados Única (BDOSS)

A base de dados única, de agora em diante denominada BDOSS foi construída a partir de três fontes: a base de estabelecimentos organizada por Barcelos *et al.* (2022); informações disponibilizadas pelo Tribunal de Contas da União (TCU) obtidas através de consulta aos estados e municípios acerca de contratos com OSS; e busca manual em sítios eletrônicos das secretarias estaduais e municipais de saúde e solicitação de informações por meio da Lei de Acesso à Informação (LAI).

1.2.1 Atualização da Base de Barcelos *et al.* (2022)

O principal levantamento no Brasil sobre os estabelecimentos de saúde geridos por OSS foi realizado por Barcelos *et al.* (2022). Esse estudo inédito compila informações detalhadas sobre os contratos de gestão com OSS firmados em todo o Brasil. O mapeamento foi realizado em quatro etapas no ano de 2019: 1) pesquisas nos sítios eletrônicos das secretarias estaduais e municipais de saúde das capitais brasileiras; 2) buscas nos portais da transparência através do Acesso à Informação (*e-sic*); 3) levantamento nos sítios eletrônicos das OSS e; 4) nos municípios que informaram possuir estabelecimentos geridos por OSS na Pesquisa de Informações Municipais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (MUNIC – IBGE) de 2018. Foram identificados 1.077 estabelecimentos geridos por OSS dos quais 1.065 apresentavam informações completas, ou seja, tinham registro no Cadastrado Nacional de

Estabelecimentos de Saúde (CNES) e todas as informações necessárias para a realização da análise.

Este projeto atualiza o levantamento realizado por Barcelos et al (2022). Para essa atualização, foi realizada uma busca manual junto aos 270 municípios que informaram possuir estabelecimentos de saúde geridos por OSS na pesquisa MUNIC-IBGE. Nessa etapa, além do envio de *email* às secretarias municipais e estaduais de saúde foi realizado contato telefônico para explicar sobre a pesquisa e feita a solicitação de informações via Acesso à Informação (*e-sic*). Essa busca telefônica e manual foi realizada durante os meses de janeiro a setembro de 2022. As informações solicitadas incluíam confirmação da presença estabelecimentos de saúde administrados por OSS no município, identificação desses estabelecimentos, código do CNES, identificação da OSS responsável pela gestão, CNPJ da OSS e ano de início do contrato.

A taxa de resposta dos municípios a essa solicitação foi muito baixa. Dos 270 municípios contactados, somente 86 responderam ao primeiro contato, mas essa resposta não necessariamente continha o envio das informações solicitadas. Em torno de 30 municípios atenderam à solicitação enviando as informações requisitadas. A mesma solicitação foi realizada junto aos estados e obteve maior índice de resposta, com 24 estados e o Distrito Federal atendendo à solicitação. dos 24 estados que responderam, 7 estados informaram não possuir parcerias com OSS.

1.2.2 Compartilhamento de informações do TCU

A base de informações disponibilizada pelo TCU consiste em uma compilação dos contratos de prestação de serviços de saúde e transferência de gestão firmados entre entidades do terceiro setor e a esfera pública, conforme informações prestadas por Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Essa base tem como fonte original as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde consultadas por auditores das Secretarias do TCU nos estados. A metodologia utilizada para a elaboração dessa relação de contratos foi uma pesquisa conduzida por cada secretário do TCU em seu estado da federação com o objetivo de identificar as entidades mais relevantes.

A base compartilhada contém 1.434 registros de contratos com início de vigência no período entre 2001 e 2022, abrangendo 16 Unidades Federativas (UFs). O quadro 1 lista o conjunto de informações disponíveis nesse banco.

Quadro 1 – Variáveis originais da base compartilhada do TCU

Variável	Tipo/Formato de resposta	Descrição
Nº	Sigla da UF/(número)	Contador de estabelecimentos por UF
Tipo de unidade de saúde	Categórica	Categorização do estabelecimento contemplado pelo contrato
Nome da unidade de saúde	Qualitativa (nome próprio)	Disposição do nome do estabelecimento contemplado pelo contrato
CNES	Código numérico	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde da unidade em questão
Ente (estado ou município) que transferiu a gestão	Qualitativa (topônimo)	Discriminação do contratante
OBS 1	Qualitativa	Caracterização do lançamento “Outros” na variável “Tipo de unidade de saúde)
Nome	Qualitativa (nome próprio)	Disposição do nome da entidade contratada para gestão
CNPJ	Código numérico	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do contratado
Classificação da entidade	Categórica	Enquadramento do contratado em categorias de natureza da organização do terceiro setor
Base legal da contratação	Qualitativa	Discriminação dos instrumentos legais do regime de contratação
Modalidade da relação contratual	Qualitativa	Enquadramento da relação contratual em categorias permitidas pela base legal
Número do instrumento contratual	Código alfanumérico	Cadastramento do contrato conforme regras do contratante
Data de início da vigência de gestão	Data (formato DD/MM/AAAA)	Registro do início de vigência do instrumento
Valor anual do contrato	Quantitativo (valores monetários)	Disposição dos desembolsos anuais com a contratação
Tem recurso federal?	Binária (sim/não)	Indicação do recebimento de recursos federais
OBS 2	Qualitativa	Informações complementares a respeito da base legal, modalidade de contratação, valores anuais

Antes de realizar o relacionamento das duas bases de dados, foi necessário o tratamento e organização da base do TCU e padronização das variáveis. Além do tratamento das variáveis, foi realizada uma validação das informações disponibilizadas pelo TCU a partir do cruzamento com informações do CNES. Todas as etapas de tratamento se deram por meio da linguagem de programação R (v. 4.1.0), no ambiente *RStudio* (v. 1.4.1717). Para o relacionamento das duas bases de dados foi utilizado o *software Stata 14*.

A base TCU é um compilado de informações providas por diversos agentes das Secretarias Estaduais e Municipais que responderam à requisição de informações realizada pelos secretários estaduais do TCU. Essa requisição de informações ocorreu sem uma máscara padronizada de preenchimento. A ausência de padronização na coleta das informações tornou o processo de análise mais complexo sobretudo pela predominância de variáveis qualitativas. Um primeiro esforço, portanto, consistiu na elaboração de dicionário da base de dados, descrevendo as categorias verificadas em cada variável, assim como um mapeamento dos valores faltantes. Observou-se que das dezesseis UFs listadas, três (MT, PB e RO) foram relacionadas apenas para indicar a inexistência de contratos com OSS. Situação similar foi observada para alguns municípios, como São Luís (MA), Belo Horizonte e Juiz de Fora (MG), Londrina (PR) e Joinville (SC). Por outro lado, dois estabelecimentos não dispunham os Estados de contratação. Essas informações foram excluídas da base de dados.

Em relação à padronização das informações, detectou-se uma heterogeneidade na forma de preenchimento. As variáveis “Tipo de unidade de saúde” e “Classificação da entidade” apresentaram maiores discrepância no preenchimento, com diferentes formas de grafia expressando as mesmas categorias. Por exemplo, para a variável “Classificação da entidade”, as categorias “Org Social (Lei 9.637/1998)” e “ORGANIZAÇÃO SOCIAL” se referem à mesma categoria de OSS. Em ambas as variáveis, além da diversidade de grafias e denominações para uma mesma categoria, detectou-se também presença de registros incompletos (*missings*). Para esses registros incompletos, foi realizada uma imputação quando a informação estava presente em outros campos da base de dados TCU com respostas abertas como, por exemplo, “OBS 1”, “OBS 2”, “bases legal da contratação” e “modalidades da relação contratual”. Registros incompletos foram também observados em outras variáveis, tais como “valores anuais do contrato”, “recebimento de recursos federais” e “CNPJ do contratado”, que apresentaram o maior percentual de *missings*, 11,8%, 10,9% e 7,8%, respectivamente.

O tratamento da base TCU foi realizado em três etapas principais: 1) Eliminação dos registros não referentes a contratos; 2) Padronização do preenchimento das variáveis e; 3) Atribuição de códigos numéricos às variáveis categóricas. Para a realização do tratamento da base, foram

construídas variáveis adicionais, listadas no Quadro 2, de forma a preservar as variáveis originais.

Quadro 2 – Variáveis tratadas da base compartilhada do TCU

Nova variável	Tipo/Formato de resposta	Descrição	Variável original
UF	Código numérico do IBGE	UF na qual se deu a contratação	Nº
Tipo	Categórica	Descrição do tipo de estabelecimento	Tipo de unidade de saúde
nome_unidade	Qualitativa (nome próprio)	Nome do estabelecimento de saúde	Nome da unidade de saúde
CNES	Código numérico (sete dígitos)	CNES adastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	CNES
gestao	Categórica	Identificação do tipo de gestão	Ente (estado ou município) que transferiu a gestão
ente	Código numérico do IBGE	Identificação do ente responsável pela transferência	
nome_entidade	Qualitativa (nome próprio)	Nome da organização contratada	Nome
CNPJ	Código numérico	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica	CNPJ
codigo_entidade	Código numérico	Atribuição de código numérico a cada CNPJ único	-
codigo_classificacao	Categórica	Identificação da classificação da entidade contratada	Classificação da entidade
Contrato	Código numérico	Atribuição de código numérico a cada contrato único	Número do instrumento contratual
Ano	Data (formato AAAA)	Início da vigência do contrato	Data de início da vigência de gestão
modalidade_desembolso	Código numérico	Maneira de pagamento dos valores pactuados (<i>ex ante/ex post</i>)	Valor anual do contrato
valor_anual	Quantitativa (valores monetários)	Valor monetário dos contratos <i>ex ante</i>	
recurso_federal	Binária	Recebimento de recurso federal	Tem recurso federal?

A partir da variável original “Ente (estado ou município) responsável pela transferência de gestão”, foram geradas duas variáveis distintas: *gestao* e *ente*. Esse desmembramento permitiu explicitar o nível federativo da Secretaria de Saúde contratante e melhor identificá-

la, por meio do código numérico do IBGE. A variável original “Valor anual do contrato” também foi desmembrada em duas variáveis distintas: *modalidade_desembolso* e *valor_anual*. Nesse caso, essa distinção foi importante devido à diferença de contratação observada no estado do Piauí relativamente aos demais. No Piauí, para todos os contratos constantes na base TCU, o repasse dos recursos para as OSS ocorre por produtividade mensal. Para os demais estados, os desembolsos anuais são realizados na modalidade *ex ante*.

Para as variáveis originais *tipo* e *codigo_classificacao*, foi realizada uma reclassificação das respectivas categorias agrupando aquelas consideradas similares. Em relação à “Data de início da vigência de gestão”, extraíram-se apenas os quatro dígitos finais para compor a variável *ano*. No caso específico do Amapá, que realizou o preenchimento da data em forma de intervalos de tempo, considerou-se apenas a primeira data do período. Por fim, em relação ao *CNPJ*, adotou-se padronização em catorze dígitos, sem caracteres especiais.

A última etapa do tratamento foi a validação dos dados da base do TCU, por meio do cruzamento com as informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponível no Protocolo de Transferência de Arquivos (FTP – *File Transfer Protocol*) do DataSUS. O CNES é um cadastro de todos os estabelecimentos de saúde com preenchimento obrigatório mensal e contém informações sobre os equipamentos, seus funcionários e disponibilidade de leitos (Ministério da Saúde, 2022a). O objetivo dessa etapa foi identificar na base do CNES os estabelecimentos geridos por OSS da base TCU. Para tanto, foi desenvolvido um algoritmo do tipo *web scraper*, com metodologia de pesquisa em dois estágios. No primeiro, tomaram-se como primitivas o CNES do estabelecimento e o ano de assinatura do contrato. Por exemplo, para um estabelecimento hipotético de CNES XXXXXXXX, cuja transferência de gestão, conforme o compilado do TCU, se deu em 2015, o robô buscaria, na base do CNES, as informações de registro de XXXXXXXX em 2015. Em casos de valores ausentes de data, atribuiu-se arbitrariamente 2021, período de realização do procedimento. Neste estágio, extraíram-se dados de 1122 estabelecimentos cujos CNES constavam do banco do TCU. No segundo estágio, para maior completude, realizou-se nova rodada de buscas, relaxando os critérios de início da vigência e permitindo o ingresso dos lançamentos mais próximos. Em outros termos, se, na primeira etapa de pesquisa o *web scraper* não foi capaz de localizar os dados do CNES YYYYYYYY, com contrato firmado em

2017, agora as informações de YYYYYYYY seriam procuradas ao longo do período 2010-21. Caso, neste cenário, o robô conseguisse obter os dados de YYYYYYYY em 2011, 2014, 2016 e 2019, seriam incluídos no banco de validação os relativos a 2016, ano mais próximo de assinatura do contrato (2017). Deste modo, após a execução dos ciclos do algoritmo, obteve-se a base final de validação, referida como base CNES, com 1209 registros. A base CNES foi comparada à base TCU para validação das informações.

Dos 1434 registros originalmente disponíveis na base TCU, excluíram-se 87 registros cujos CNES não foram preenchidos, inviabilizando a validação através do cruzamento das informações. Adicionalmente, eliminaram-se mais 38 entradas com CNES não localizado nos dois estágios de formação da base CNES. Logo, a base TCU, a ser validada, possui 1309 estabelecimentos. Destes, 151 correspondem a CNES múltiplos – ou seja, diversos contratos para uma mesma unidade, de dois a no máximo quatro, em 51 CNES únicos. Para fins de otimização computacional, a base TCU foi dividida em dois grupos para o processo: Grupo 1: 1158 estabelecimentos (CNES únicos) e Grupo 2: 151 estabelecimentos (CNES múltiplos). Fixou-se o CNES como instrumento de pesquisa para validação, adotando-se quatro variáveis de comparação: *UF*; *tipo*, *gestao* e *ente*, analisadas conjuntamente. Os resultados dos procedimentos de validação são sintetizados nas Figuras 1 e 2. A última coluna mostra as variáveis e o número de registro que apresentou problema de consistência com a base do CNES.

Figura 1 – Validação da base TCU (Grupo 1)

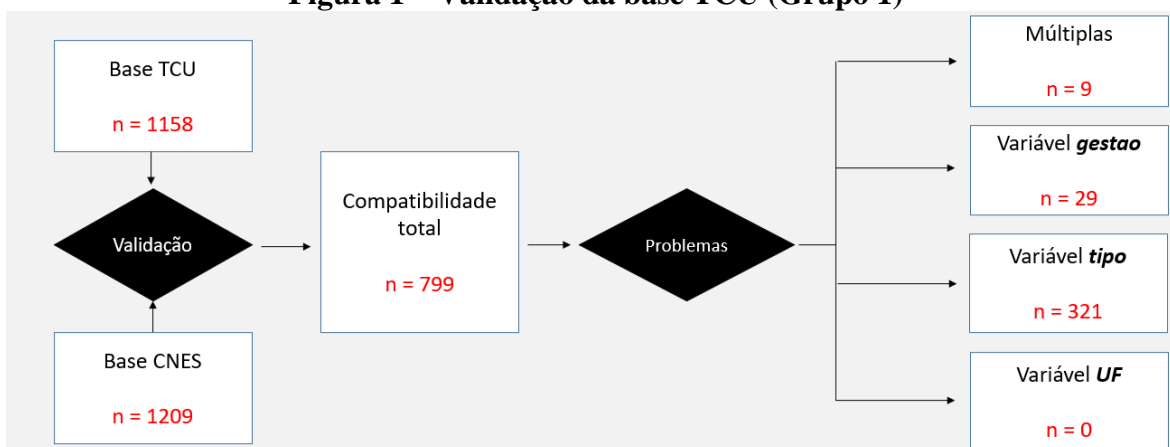
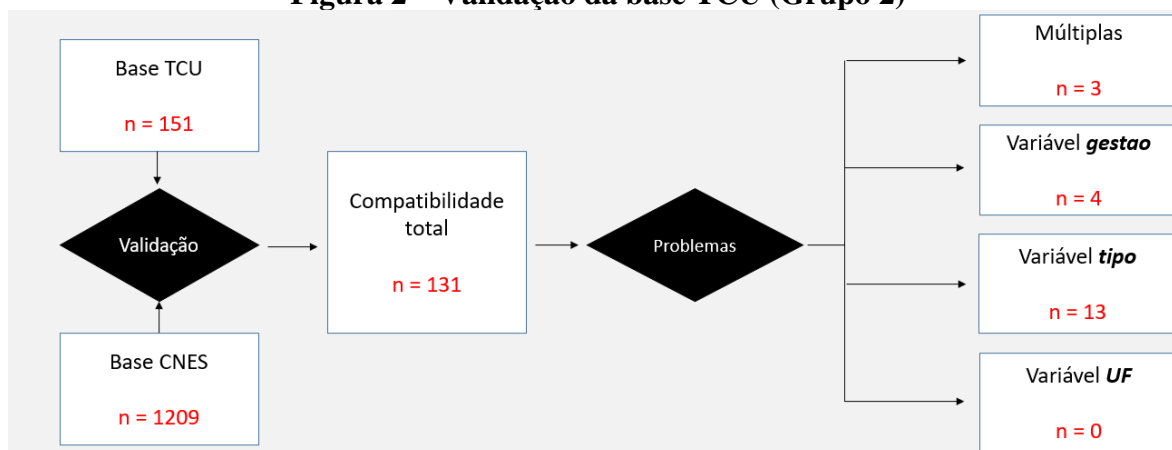


Figura 2 – Validação da base TCU (Grupo 2)



De maneira geral, atesta-se boa qualidade de preenchimento da base do TCU em relação às variáveis de identificação do estabelecimento, com 71,0%, no total dos Grupos 1 e 2, não apresentando problemas. A variável que apresentou mais inconsistência no preenchimento das informações foi o *tipo (tipo de estabelecimento)*, com 88,1% das 379 não-conformidades observadas. Isto se explica, quase exclusivamente, pelo uso indiscriminado da categoria “Outros”, na base do TCU. A validação com o CNES permitiu a reclassificação de 329 dos 542 registros originalmente classificados como categoria 8 (“Outros”) na variável *tipo* (tipo de estabelecimento).

No processo de validação da base TCU foi ainda identificada a necessidade de inclusão de uma categoria adicional na variável *gestao* (3) para estabelecimentos de gestão conjunta municipal/estadual. Na variável *codigo_classificacao* foram eliminados os quatro registros classificados na categoria Gestão estadual, por serem contratos diretamente administrados pela Secretaria Estadual de Saúde do RJ que foram erroneamente informados ao TCU como objetos de transferência de gestão.

Após a identificação das OSS, procedeu-se à caracterização desses estabelecimentos a partir do CNES. Como mencionado anteriormente as informações do CNES constantes no sobre a natureza jurídica do estabelecimento não são suficiente para identificar as OSS devido à falta e ou erros de preenchimento. Um preenchimento mais adequado dessa variável com categorias que reflitam os modelos de gestão vigentes no Brasil, seria fundamental para facilitar a identificação desse universo de estabelecimentos. Como o levantamento das OSS é realizado considerando os estabelecimentos ativos, sua caracterização requer a utilização

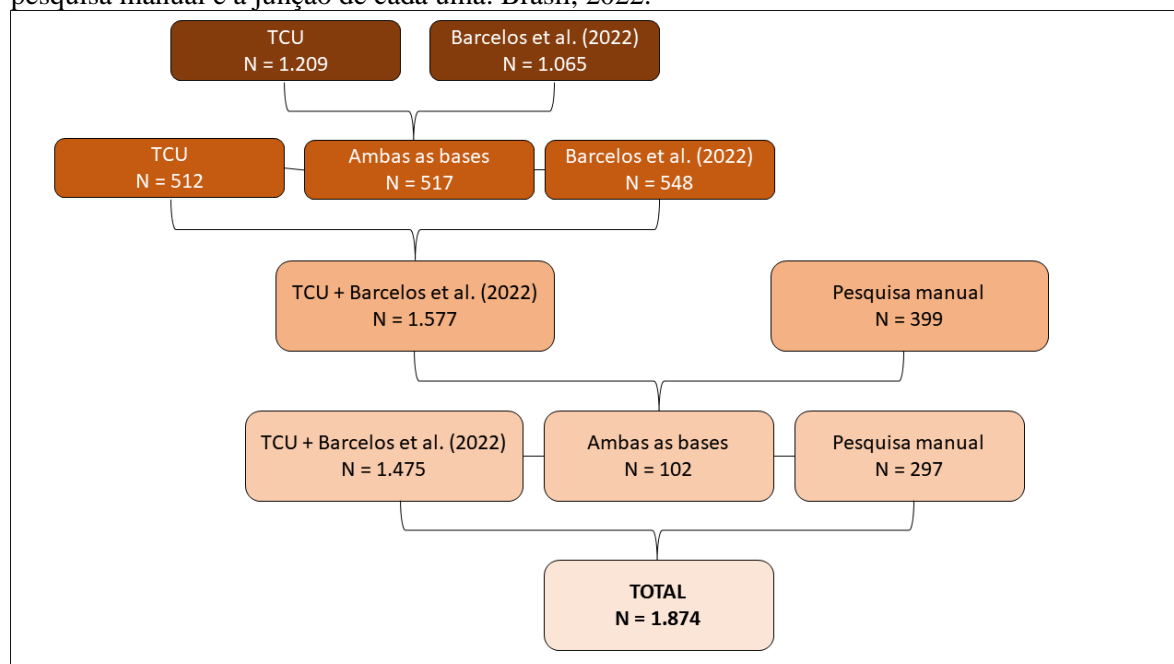
de informações do CNES mais recentes. Para essa caracterização dos estabelecimentos escolhemos, como período de referência no CNES, o mês de julho de 2019 por ser período mais recente e que apresentava informações consolidadas até a data de início do estudo antes da COVID-19. A pandemia do COVID-19 resultou em mudanças importantes na estrutura de oferta, sobretudo leitos hospitalares e alocação de recursos humanos. Como não é possível identificar quais alterações de estrutura são permanentes optamos por utilizar informações do período pré-pandemia.

Dessa base de dados administrativa, extraíram-se as informações acerca natureza jurídica (privado, estatal, filantrópico) a fim de identificar quais são os estabelecimentos públicos de saúde no Brasil, tipo de serviço, tipo de gestão (municipal, estadual ou mista), e a Unidade da Federação (UF) em que se encontram.

1.3 ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS OSS

A Figura 3 sintetiza as etapas de construção da base de dados única de unidades geridas por OSS no Brasil (BDOSS). A BDOSS resulta do relacionamento da base TCU com a base Barcelos et al (2022). A base consolidada em Barcelos et al. (2022) e a base disponibilizada pelo TCU reúnem respectivamente 1.065 e 1.029 estabelecimentos de saúde geridos por OSS. A junção dessas duas bases compreende 1.577 estabelecimentos de saúde, dos quais 548 estabelecimentos estão presentes apenas em Barcelos et al (2022); 512, apenas na base do TCU, e 517 nas duas bases de dados. Uma última atualização das informações foi realizada com base em uma pesquisa manual, a partir de pedidos via Lei de Acesso à Informação (LAI) endereçados a municípios do país. Nessa etapa, foram identificadas mais 297 instituições. Dessa forma, a base de dados única (BDOSS) final contém 1.874 estabelecimentos de saúde geridos por OSS (Figura 1).

Figura 3. Fluxograma com o número de estabelecimentos geridos por OSSs contidos nas bases de dados de Barcelos et al. (2022), pela base formada por auditores das Secretarias do TCU e pela pesquisa manual e a junção de cada uma. Brasil, 2022.



A Tabela 3 mostra o número de estabelecimentos de saúde geridos por OSS identificados em cada uma das fontes de informações. São Paulo é o estado com o maior número de estabelecimentos geridos por OSS identificados pelas bases do TCU e de Barcelos et al. (2022), e o segundo com o maior número de instituições identificadas pela Pesquisa manual. Em quase todas as UF, a pesquisa de Barcelos et al (2022) conseguiu apurar um número maior de instituições do que a base TCU. Apenas em Minas Gerais e Goiás, o total de instituições identificadas foi maior no levantamento realizado pelo TCU. Em relação à Pesquisa manual, o número de instituições identificadas foi maior no Rio de Janeiro (264).

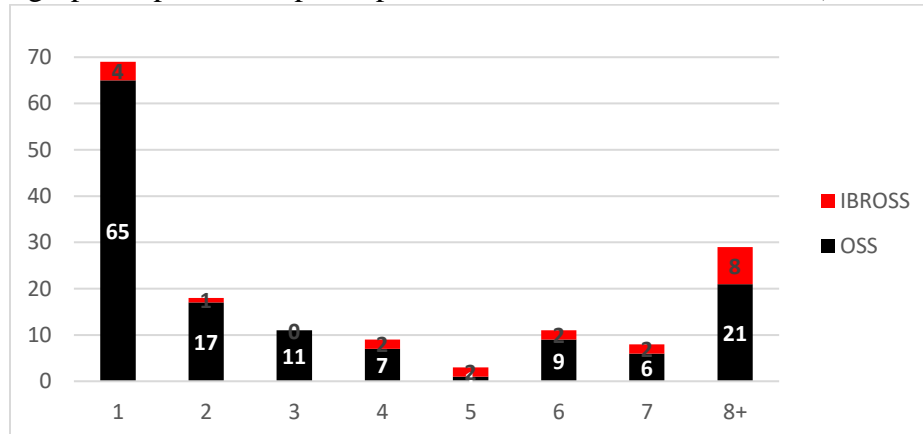
Tabela 3. Número de estabelecimentos de saúde geridos por OSS identificados nas pesquisas do TCU, Barcelos et al. (2022) e na Pesquisa manual. Brasil, 2022.

UF	TCU	Barcelos et al. (2022)	Pesquisa Manual
AL	0	4	2
AM	1	2	0
AP	0	2	2
BA	0	33	5
CE	11	14	0
DF	0	1	0
ES	8	12	5
GO	22	18	1
MA	14	37	0
MG	98	41	3
MS	0	2	0
MT	0	8	0
PA	15	17	26
PB	0	10	0
PE	14	40	3
PR	1	10	0
RJ	67	135	264
RO	0	1	0
RS	0	15	0
SC	6	37	0
SP	772	626	88
Total	1029	1065	399

Fonte: BDOSS.

A Figura 4 apresenta a distribuição dos estabelecimentos geridos por cada OSS, diferenciando entre aquelas pertencentes ao IBROSS e aquelas não pertencentes ao Instituto. Para 1.646 estabelecimentos da base BDOSS foi possível identificar a OSS gestora totalizando 158 OSS. Cerca de 48% (76) das OSS é responsável pela gestão de um único estabelecimento. Há uma concentração, entretanto, de estabelecimentos em um grupo menor de OSS: 27 (17%) são responsáveis pela gestão de oito ou mais estabelecimentos, totalizando 1.335 estabelecimentos (81%). Destacam-se a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) e a Casa de Saúde Santa Marcelina, responsáveis, respectivamente, pela administração de 387 e 111 estabelecimentos (23,5% e 6,7%). As 21 OSS vinculadas ao IBROSS gerem aproximadamente metade dos estabelecimentos de saúde, 819 (49,8%).

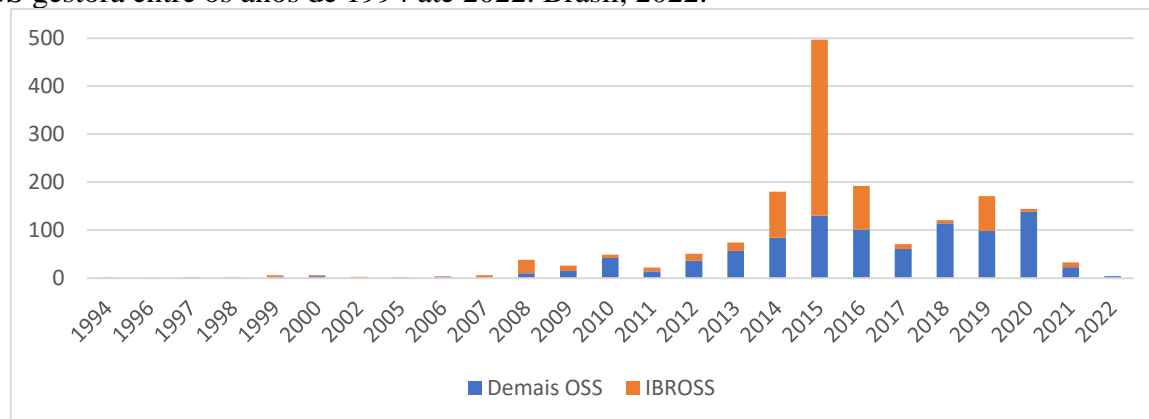
Figura 4. Distribuição dos estabelecimentos de saúde pelo número de OSSs que administram cada uma agrupados pelas OSS participantes do IBROSS e demais OSS (Brasil, 2022).



Fonte: BDOSS.

O número de estabelecimentos geridos por OSS tem crescido ao longo do tempo. A Figura 5 mostra a evolução do número de contratos novos geridos por OSS ao longo do tempo. A informação sobre o ano de início da vigência do contrato só está disponível para 1.707 estabelecimentos do universo coletado. Verifica-se a partir de 2008 tendência de crescimento do número de contratos de gestão, com pico em 2015. Em 2016, embora o número de estabelecimentos seja ainda superior à média anterior, é possível observar redução do número de contrato novos por ano. Parte relevante dos contratos são de OSS vinculadas ao IBROSS, em especial, entre os anos de 2014 e 2016 nos quais a maioria dos novos contratos são de OSS pertencentes à instituição.

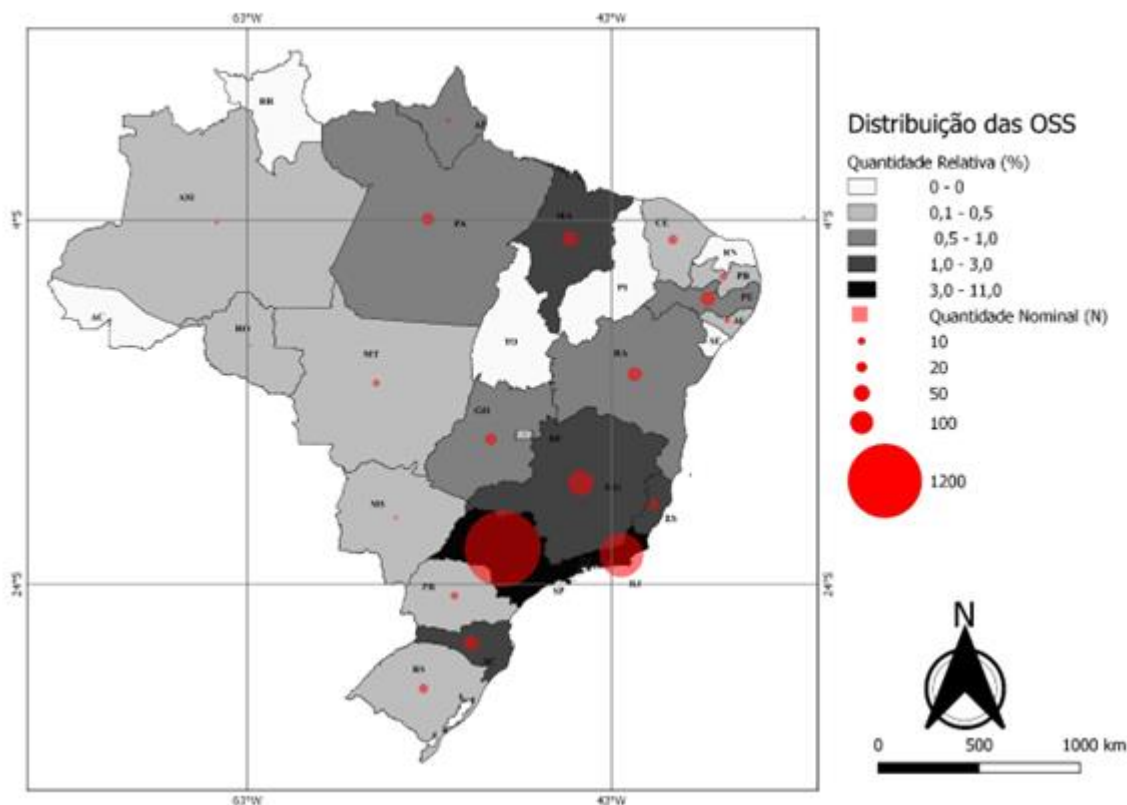
Figura 5. Gráfico temporal com o marco contratual de cada estabelecimento de saúde com sua OSS gestora entre os anos de 1994 até 2022. Brasil, 2022.



Fonte: BD-OSS.

Dos 26 estados brasileiros, 20, além do Distrito Federal, possuem estabelecimentos com contratos com OSS. A Figura 6 apresenta a distribuição dos estabelecimentos geridos por OSS em relação ao total de estabelecimentos públicos de saúde (em escalas de cinza) e em termos absolutos (em círculos vermelhos) por Unidade da Federação (UF). Os estabelecimentos administrados por OSS estão mais concentrados, absoluta e proporcionalmente, na região Sudeste, sobretudo em São Paulo, com 1.101 estabelecimentos (58,8%). Os estados do Rio de Janeiro e de Minas Gerais apresentam mais de 100 estabelecimentos geridos por essas organizações (360 e 113, respectivamente). Além da região Sudeste, os estados do Maranhão e de Santa Catarina se destacam por apresentarem uma presença mais forte de OSS em relação ao resto do país.

Figura 6. Distribuição espacial da proporção de estabelecimentos geridos por OSS em relação ao total de estabelecimentos de saúde e sua quantidade nominal por UF. Brasil, 2022.



Fonte: BDOSS; Ministério da Saúde (2022a).

Para caracterizar o tipo de estabelecimento de saúde que está sob gestão das OSS, comparamos o perfil desses estabelecimentos com os geridos por Administração Direta (AD). A maior parte dos serviços públicos nas duas gestões são compostas de centros de saúde e unidades básicas de saúde: 51,2% OSS, e 45,2% AD. Os hospitais-dia, (39,1%) e os hospitais especializados (18,6%) são os serviços com maior frequência de gestão por OSS, seguidos, respectivamente, pelos prontos atendimentos, prontos socorros especializados e prontos-socorros gerais (com 15,3%, 13,3% e 11,2% da gestão total de cada um desses tipos sob a responsabilidade das OSS) (Tabela 4).

Tabela 4. Estabelecimentos de saúde geridos por OSS e pela AD categorizados por tipo de serviço nominalmente e proporcionalmente em relação à tipologia de gestão e em relação ao total de estabelecimentos públicos de saúde (Brasil, 2022).

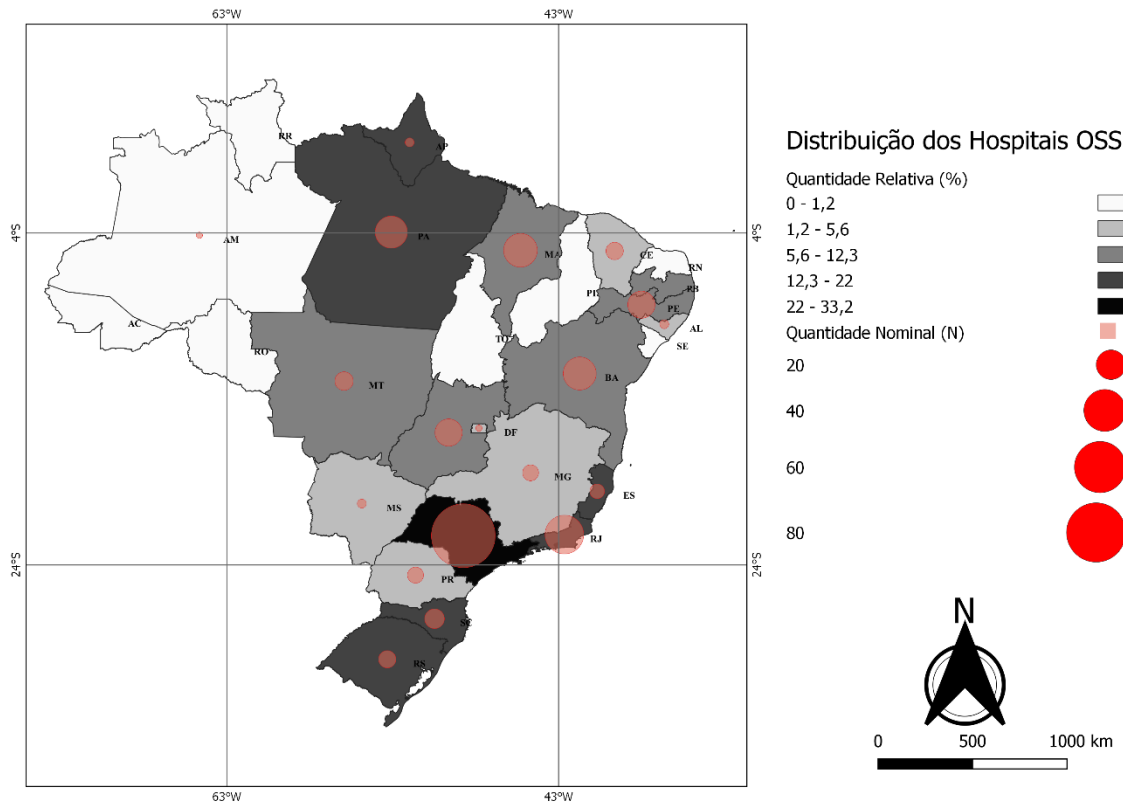
Tipos de serviço de saúde	OSS		AD		OSS/ Total (%)
	n	%	n	%	
CAPS	101	5,39	2.997	3,69	3,26
Centro de Regulação	1	0,05	423	0,52	0,24
Central de regulação médica das urgências	5	0,27	206	0,25	2,37
Centro de Parto Normal	1	0,05	17	0,02	5,56
Centro de Saúde/UBS	959	51,17	36.743	45,20	2,54
Clínica/ambulatório especializado	134	7,15	5.311	6,53	2,46
Consultório	1	0,05	881	1,08	0,11
Farmácia	3	0,16	2.371	2,92	0,13
Hematoterápica	1	0,05	211	0,26	0,47
Home Care	1	0,05	44	0,05	2,22
Hospital Especializado	48	2,56	210	0,26	18,60
Hospital Geral	250	13,34	2.197	2,70	10,22
Hospital-dia	25	1,33	39	0,05	39,06
Indígena	2	0,11	870	1,07	0,23
Laboratório de Saúde	4	0,21	1.295	1,59	0,31
Policlínica	52	2,77	1.538	1,89	3,27
Posto de Saúde	11	0,59	9.175	11,29	0,12
Pronto Atendimento	182	9,71	1.010	1,24	15,27
Pronto Socorro Especializado	4	0,21	26	0,03	13,33
Pronto Socorro Geral	28	1,49	223	0,27	11,16
Secretaria de Saúde	5	0,27	5.947	7,32	0,08
Telesaúde	3	0,16	67	0,08	4,29
Unidade Mista	14	0,75	558	0,69	2,45
Unidade de Apoio de Diagnose e terapia	15	0,80	1.482	1,82	1,00
Unidade de vigilância em saúde	3	0,16	2.547	3,13	0,12
Unidade móvel pré-hospitalar	19	1,01	4.175	5,14	0,45

Unidade móvel terrestre	2	0,11	723	0,89	0,28
Total	1.874	100	81.286	100	2,25

Fonte: BDOSS; Ministério da Saúde (2022a).

A distribuição quantitativa e relativa dos hospitais (gerais e especializados) administrados por OSS pelo Brasil é observada na Figura 7. A presença das OSS em hospitais é mais nítida do que nos demais serviços. Os estados do Amapá, do Espírito Santo, do Pará, do Rio de Janeiro, do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e de São Paulo possuem mais de 10% de todos seus hospitais no estado geridos por OSS. Apenas o estado de Rondônia apresenta contratos com OSS, mas não foi encontrado qualquer serviço hospitalar com contrato de gestão.

Figura 7. Distribuição espacial da proporção de estabelecimentos geridos por OSS em relação ao total de estabelecimentos de saúde e sua quantidade nominal por UF. Brasil, 2022.



Fonte: BDOSS; Ministério da Saúde (2022a).

1.4 FERRAMENTA DE DIVULGAÇÃO DA BASE

A construção da ferramenta de divulgação dos dados compilados da BDOSS foi realizada por meio de uma plataforma no formato *dashboard*, a ser disponibilizada *online*. A subseção 1.4.1 descreve, em termos gerais, os aspectos técnicos de sua confecção. Na subseção 1.4.2, são detalhados os indicadores selecionados para exibição.

1.4.1 Plataforma: aspectos gerais e construção

O *dashboard* foi construído na linguagem de programação R (v. 4.2.1), no ambiente *RStudio* (v. 2022.02.03+492 “*Prairie Trillium*”), com estrutura básica provida pelos pacotes *shiny* (v. 1.7.1) e *shinydashboard* (v. 0.7.2), cuja finalidade é o desenvolvimento de aplicações interativas para *web*. O processamento dos dados, com atividades de filtragem, extração, seleção, agregação, junção e formação de bases se deu por meio do compêndio *tidyverse* (v. 1.3.1). Finalmente, confeccionaram-se os gráficos a partir da biblioteca *plotly* (v. 4.10.0), tabelas por *DT* (v. 0.23) e mapas com o *leaflet* (v. 2.1.1). Para estes últimos, empregaram-se os *shapefiles* nacional e de UFs, de 2021, disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Em termos de *layout*, escolheu-se desenho em duas abas. A primeira, denominada “Pesquisa de estabelecimentos”, permite ao usuário visualizar a íntegra das informações disponibilizadas na base de dados, aplicando os filtros desejados (ano de início de vigência do contrato; UF do estabelecimento; município, se aplicável, Organização Social de Saúde e tipo de estabelecimento), conforme a Figura 8. Já a planilha de exibição dos resultados da pesquisa é disposta na Figura 9. Essa tabela tem como unidade informacional básica o estabelecimento de saúde alvo de transferência de gestão, caracterizado em termos de localização (UF/município); nome; CNES; tipo; ente responsável pela gestão; nome da OS; CNPJ da OS; filiação ao IBROSS; ano de início da vigência do contrato e recebimento de recurso federal. Além da simples consulta, a ferramenta permite o *download* em arquivo Excel com essas informações.

Figura 8 – Estrutura de filtros da aba “Pesquisa de estabelecimentos”

Pesquisa dos estabelecimentos geridos por Organizações Sociais de Saúde no Brasil

Ano do início de vigência do contrato:
TODOS OS ANOS

UF do estabelecimento:
TODOS OS ESTADOS

Organizações Sociais:
TODAS AS ORGANIZAÇÕES

Tipo do estabelecimento:
TODOS OS TIPOS

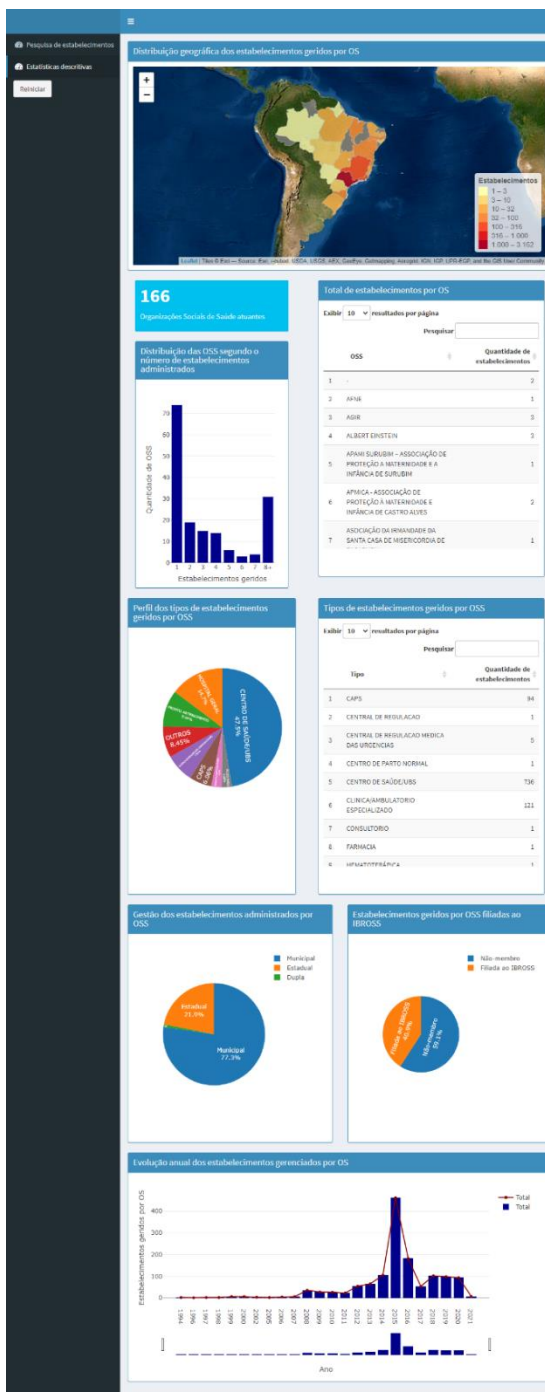
Pesquisar

Figura 9 – Exibição de resultados da aba “Pesquisa de estabelecimentos”

A segunda aba, denominada “Estatísticas descritivas”, sintetiza indicadores relativos aos estabelecimentos geridos por OSS, compilados por meio de sistema de filtragem

simplificado, consistindo apenas de campos concernentes ao ano de início e estado. Dispõem-se, então, os respectivos mapas, gráficos e tabelas como na Figura 10.

Figura 10 – Exibição dos resultados da aba “Estatísticas descritivas”



1.4.2 Indicadores da ferramenta

Os indicadores discutidos nesta subseção correspondem aqueles da aba “Estatísticas descritivas”. O Quadro 3 descreve as estatísticas fornecidas. Para todas, a fonte de dados é a base única compilada no levantamento censitário de OSS (BDOSS). As informações são disponibilizadas para os anos de 1994, 1996-9, 2000, 2002, 2005-21 e para as UFs com presença de OSS em um dado ano (Alagoas, Amapá, Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina e São Paulo, além do Distrito Federal). Finalmente, é possível a agregação em todos os anos e todos os estados do banco. As unidades de medida, por sua vez, são sempre em valores absolutos.

Tabela 5 – Descrição dos indicadores da aba “Estatísticas descritivas”

Indicador	Descrição
Distribuição geográfica dos estabelecimentos geridos por OS	Mapa coroplético indicando a distribuição de estabelecimentos geridos por OS por UF ou por municípios de uma UF
Total de estabelecimentos por OS	Tabela da quantidade de contratos de gestão firmados por cada OS atuante em uma UF/Brasil
Distribuição das OSS segundo o número de estabelecimentos administrados	Gráfico de barras distribuindo o número de contratos firmados por cada OS atuante em uma UF/Brasil em intervalos de um a oito ou mais
Tipos de estabelecimentos geridos por OS	Tabela da quantidade de tipos de estabelecimentos de saúde, segundo classificação do CNES, com contratos de gestão firmados com OS
Perfil dos tipos de estabelecimentos geridos por OS	Gráfico de setores com a representação proporcional dos tipos de estabelecimentos de saúde, segundo classificação do CNES, com contratos de gestão firmados com OS
Gestão dos estabelecimentos administrados por OS	Gráfico de setores com a proporção de entes responsáveis pela administração de estabelecimentos de saúde (estado/município) que firmaram contratos de gestão com OS
Estabelecimentos geridos por OSS filiadas ao IBROSS	Gráfico de setores indicando a proporção de estabelecimentos de saúde geridos por OSS filiadas e não-membros do IBROSS
Evolução anual dos estabelecimentos gerenciados por OS	Gráfico de barras/linha com a quantidade de novos contratos de gestão firmados por ano (início de vigência). Disponível apenas para o filtro “Todos os anos”.

REFERÊNCIAS

- Alfradique, M. E., Bonolo, P. D. F., Dourado, I., Lima-Costa, M. F., Macinko, J., Mendonça, C. S., ... & Turci, M. A. (2009). Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP-Brazil). *Cadernos de saúde pública*, 25(6), 1337-1349.
- Banco Central do Brasil. Taxa de Câmbio (R\$/US\$). Brasília. 2022. Disponível Em: <https://www3.bcb.gov.br/expectativas/publico/en/serieestatisticas>
- Barbosa, N. B., & Elias, P. E. M. (2010). As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 2483-2495.
- Barcelos, C. O. G., Andrade, M. V., de Almeida Botega, L., e Malik, A. M. (2022). Censo das organizações sociais de saúde brasileiras: levantamento e caracterização. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 14(Supl 1), 15-30.
- Bittar, O. J. N. V., & Mendes, J. D. V. (2017). Hospitais gerais públicos: administração direta e organização social de saúde. *Bol Epidemiológico Paul*, 14(164), 33-47.
- Botega, L. A., Andrade, M. V., & Guedes, G. R. (2020a). Brazilian hospitals' performance: an assessment of the unified health system (SUS). *Health Care Management Science*, 1-10.
- Carneiro Junior, N., & Elias, P. E. (2006). Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 914-920.
- Costa, N. R., & Ribeiro, J. M. (2005). Estudo comparativo do desempenho de hospitais de hospitais em regime de organização social [report for the World Bank].
- Gadelha, C. A. G., Costa, L. S., & Maldonado, J. (2012). O complexo econômico-industrial da saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento. *Revista de Saúde Pública*, 46, 21-28.
- Greve, J., & Coelho, V. S. R. P. (2017). Evaluating the impact of contracting out basic health care services in the state of São Paulo, Brazil. *Health policy and planning*, 32(7), 923-933.
- Ibañez, N., & Vecina Neto, G. (2007). Modelos de gestão e o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 1831-1840.
- Ibañez, N., Bittar, O. J. N. V., Sá, E. N. D. C., Yamamoto, E. K., Almeida, M. F. D., & Castro, C. G. J. D. (2001). Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6, 391-404.
- La Forgia, G. M., & Couttolenc, B. F. (2008). Hospital performance in Brazil: the search for excellence. *The World Bank*.
- La Forgia, G. M., & Harding, A. (2009). Public-private partnerships and public hospital performance in São Paulo, Brazil. *Health Affairs*, 28(4), 1114-1126.

Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, DATASUS. (2019a). [citado 2022 set 01] Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/servicos2/transferencia-de-arquivos>

Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, DATASUS. (2019b). [citado 2022 set 01] Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/servicos2/transferencia-de-arquivos>

Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, DATASUS. (2019c). [citado 2022 set 01] Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/servicos2/transferencia-de-arquivos>

MUNIC, IBGE. (2019) "Pesquisa de Informações Básicas Municipais". Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/protecao-social/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html?=&t=o-que-e>

Quinhões, T. A. (2009). O modelo de governança das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e a qualidade do gasto público hospitalar corrente. *XIV Prêmio Tesouro Nacional*.

Ramos MCA, Cruz LP, Kishima VC, Pollara WM, Lira ACO, Couttolenc BC. (2015) Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 49(43):1-10.

Ravioli, A. F., Soárez, P. C. D., & Scheffer, M. C. (2018). 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*, 34, e00114217.

Rocha, T. A. H., Silva, N. C. D., Barbosa, A. C. Q., Amaral, P. V., Thumé, E., Rocha, J. V., ... & Facchini, L. A. (2018). National Registry of Health Facilities: data reliability evidence. *Ciencia & saude coletiva*, 23, 229-240.

Rodrigues, A. F. O., Sallum, S. B., & Raupp, F. M. (2020). EFICIÊNCIA DOS HOSPITAIS ESTADUAIS DE SANTA CATARINA: UM COMPARATIVO ENTRE MODELOS DE GESTÃO. *Advances in Scientific & Applied Accounting*, 13(1).

Saldanha, R. D. F., Bastos, R. R., & Barcellos, C. (2019). Microdatasus: pacote para download e pré-processamento de microdados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00032419.

Souza, L. L. D., & Costa, J. S. D. D. (2011). Hospitalization for primary care-sensitive conditions in regional health districts in Southern Brazil. *Revista de saude publica*, 45, 765-772.

Tonelotto, D. P., Crozatti, J., Moraes, V. M., & Righetto, P. (2019). Hospitais de alta complexidade do Estado de São Paulo: uma análise comparativa dos níveis de eficiência obtidos pelos modelos de gestão de administração direta e de organização social. *Administração Pública e Gestão Social*, 11(4).

Travassos, C., Noronha, J. C. D., & Martins, M. (1999). Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4, 367-381.

World Bank. Latin America and the Caribbean Regional Office. Brazil Country Management Unit. (2006). Brazil: Enhancing Performance in Brazil's health sector: Lessons from Innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba. *World Bank*.

APÊNDICE

A.1 Códigos numéricos da variável *tipo*

Tipo de estabelecimento	Código da categoria
Clínica	1
Hemocentro	2
Hospital	3
Pólo de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde	4
UBS	5
UPA	6
UPAE	7
Outros	8

A.2 Códigos numéricos da variável *gestao*

Responsável pela gestão	Código da categoria
Estadual	1
Municipal	2
Dupla	3

A.3 Códigos numéricos da variável *codigo_classificacao*

Tipo de entidade	Código da categoria
Gestão estadual	1

Org Social (Lei 9.637/1998), OSCIP (Lei 9.790/1999), Org Soc Civil (Lei 13.019/2014), Outros (especificar em OBS)	2
Organização da Sociedade Civil	3
Organização Social	4
OSCIP (Lei 9.790/1999)	5
Outros	6

A.4 Códigos numéricos da variável *modalidade_desembolso*

Forma de pagamento	Código da categoria
<i>Ex ante</i>	1
<i>Ex post</i>	2

A.5 Códigos numéricos da variável *recurso_federal*

Recurso federal	Código da categoria
Não recebido	0
Recebido	1