

# Censo das organizações sociais de saúde brasileiras: levantamento e caracterização

*Census of Brazilian social health organizations: survey and characterization*

Catarina Oliveira Guimarães Barcelos<sup>1,2</sup>, Mônica Viegas Andrade<sup>1,3</sup>,  
Laura de Almeida Botega<sup>1,4</sup>, Ana Maria Malik<sup>5,6</sup>

DOI: 10.21115/JBES.v14.n1.(Supl.1):15-30

## Palavras-chave:

parcerias público-privadas, administração hospitalar, organização e administração, administração de serviços de saúde, indicadores de gestão, gestão em saúde

## Keywords:

public-private sector partnerships, hospital administration, organization and administration, health services administration, management indicators, health management

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar e caracterizar os estabelecimentos geridos por Organizações Sociais de Saúde (OSSs) no Brasil. **Métodos:** A identificação desses estabelecimentos foi realizada mediante quatro procedimentos de busca por meio de pesquisa primária nos sítios das secretarias de saúde dos estados e dos municípios e consulta nos sítios das OSS e na Pesquisa de Informações Básicas Municipais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2018. Foi realizada uma análise descritiva dos estabelecimentos geridos por OSS comparando com as Administrações Diretas (ADs) segundo indicadores hospitalares. **Resultados:** Os estabelecimentos geridos por OSSs estão concentrados principalmente no Sudeste e no Sul do país, e 69% desses estabelecimentos são geridos por 20 OSSs. As OSSs estão mais presentes em hospitais-dia, seguidos de prontos atendimentos e de hospitais. A caracterização dos hospitais mostrou que aqueles administrados por OSSs apresentam melhor desempenho; contudo as diferenças diminuem à medida que se aumenta o porte do serviço. Os hospitais de maior porte apresentaram melhor desempenho em relação aos demais e é onde está concentrada a maior proporção de OSSs entre os hospitais. **Conclusão:** Este é o primeiro trabalho que faz uma identificação das OSSs em nível nacional. Essa listagem das OSSs é um instrumento importante de planejamento, monitoramento e organização da estrutura de oferta de serviços no Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados encontrados demonstram a necessidade de organização de uma base de dados administrativa que permita um acompanhamento do desempenho dos estabelecimentos no tempo.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify and characterize the Brazilians' establishments managed by the Social Health Organizations (OSS). **Methods:** The identification of these establishments was carried out through primary research on four search procedures on the websites of the health departments of the states and municipalities, and consultation on the websites of the OSS and in the Survey of Basic Municipal Information of the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) in 2018. A descriptive analysis of the establishments managed by OSS was carried out comparing with the AD according to hospital indicators. **Results:** The OSS are concentrated mainly in the Southeast and South of the country, with 69% of these establishments are being managed by 20 social responsibility organizations. he

Recebido em: 01/03/2020. Aprovado para publicação em: 10/03/2021.

1. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

2. Mestre em Economia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

3. Professora titular do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

4. Doutora em Economia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil; pesquisadora do International Policy Centre for Inclusive Growth/Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (IPC-IG/PNUD), Brasil.

5. Escola de Administração de Empresas de São Paulo (EAESP), Fundação Getúlio Vargas (FGV), São Paulo, SP, Brasil.

6. Professora titular da Fundação Getúlio Vargas (FGV), São Paulo, SP, Brasil.

**Informações sobre auxílios recebidos sob a forma de financiamento, equipamentos ou medicamentos:** Não possuiu.

**Congressos onde o estudo foi apresentado:** Este estudo não foi apresentado em nenhum congresso até o momento.

É original e não foi submetido a nenhum outro periódico. Todos os autores colaboraram com o manuscrito final.

**Autor correspondente:** Catarina Oliveira Guimaraes Barcelos. E-mail: barcelos.catarina@gmail.com. Telefone: (61) 9 9995-9693

establishments managed by OSS are concentrated mainly in the Southeast and South of the country, with 69% of these establishments managed by 20 OSS. The characterization of the hospitals shows that the OSS has a better performance than DA; however, the difference decreases as the size increases. Larger hospitals performed better than other sizes, and this is where the highest proportion of OSS is concentrated among hospitals. **Conclusion:** This is the first work that surveys the OSS at the national level. This list of OSS is an important tool for planning, monitoring, and organizing the structure of service provision in public health in Brazil. The results found demonstrate the need to organize an administrative database that allows a temporal monitoring of the establishments.

## Introdução

O Sistema de Saúde Brasileiro é complexo, composto por múltiplos arranjos financeiros, organizacionais e de propriedade, abrangendo tanto o setor estatal quanto o privado com finalidade lucrativa e filantrópica (La Forgia & Couttolenc, 2009; La Forgia & Harding, 2009). No final dos anos 1990, a gestão dos estabelecimentos públicos passou por mudanças com a promulgação da Lei nº 9.637/98, que instituiu a modalidade de gestão das Organizações Sociais (OSs), permitindo a transferência do setor estatal para o público não estatal por meio de um contrato de gestão (Bresser-Pereira, 1995; Ibañez & Vecina Neto, 2007).

Na saúde, essa forma de gestão é denominada de Organizações Sociais de Saúde (OSS) e cabe às Secretarias de Saúde estaduais e/ou municipais negociarem o contrato de gestão com as organizações gerenciadoras, além de fiscalizar, controlar e verificar seus resultados. O contrato especifica o objetivo do serviço sob gestão das OSSs, assim como define os níveis de responsabilidade para a execução das atividades. A avaliação dos procedimentos contábeis-financeiros está a cargo dos diferentes Tribunais de Contas (Bresser-Pereira, 1995; Carneiro Junior & Elias, 2006; Ibañez & Vecina Neto, 2007). Essa forma de gestão veio como uma resposta às críticas à rigidez, às interferências políticas e à burocratização excessiva da Administração Direta (AD). A reforma visou a diminuir a participação do poder público na gestão direta no provimento de serviços de organizações do Sistema Único de Saúde (SUS), com valorização e ampliação dos espaços de gestão compartilhada (Ibañez *et al.*, 2003; Ibañez & Vecina Neto, 2007; Campos, 2009). O contrato de gestão, ao mesmo tempo em que confere autonomia gerencial aos gestores contratados (as OSSs), estabelece metas a serem cumpridas de modo a absorver a demanda com qualidade (Carneiro Junior & Elias, 2006).

Esse modelo chegou ao Brasil com base no modelo de Nova Gestão Pública (NGP, ou *New Public Management* – NPM), popularizado por parcerias entre o setor público e o setor privado, que se espalhou pelo mundo entre os anos de 1980 e 1990. O modelo veio como uma proposta de flexibilizar a administração pública e aumentar o *accountability* (Sano & Abrucio, 2008). No entanto, a NGP não possui resultados consistentes pelo mundo. Alguns trabalhos mostram que o

gerenciamento por meio de parceiros privados resultou em ampliação dos gastos em determinados países: Austrália, Espanha, França, Inglaterra e Nova Zelândia (Ashton, 1998; Ashton *et al.*, 2004; McKee *et al.*, 2006; Simonet, 2013; Caballer-Tarazona *et al.*, 2016). Contudo, houve uma redução de gastos no Camboja e na Guatemala após a terceirização da gestão dos serviços de saúde (Odendaal *et al.*, 2018).

Em relação à transparência, há dificuldade tanto na disponibilidade de informações como no acompanhamento de indicadores dos contratados pelos respectivos governos contratantes (Ashton, 1998; Ashton *et al.*, 2004; McKee *et al.*, 2006; Simonet, 2013; Caballer-Tarazona *et al.*, 2016). A única evidência favorável com respeito à transparência diz respeito aos hospitais da Nicarágua, que apresentavam maior *accountability* em relação ao regime anterior, que era pouco fiscalizado e não respondia às necessidades da população (Jack, 2003). Com relação aos resultados de saúde, no distrito de Alzira, na Espanha, os hospitais geridos na modalidade de PPP (parceria público-privada) apresentavam níveis de eficiência acima da média dos hospitais públicos da região (Caballer-Tarazona *et al.*; 2010).

Em termos da qualidade dos serviços ofertados, as evidências também mostram diferentes resultados. Em alguns países europeus, Nova Zelândia, Guatemala e Camboja, não foram observadas diferenças na qualidade dos serviços nas modalidades alternativas de gestão em relação à chamada gestão pública direta, tanto no provimento de vacinas quanto na redução da mortalidade (Ashton *et al.*, 2004; McKee *et al.*, 2006; Odendaal *et al.*, 2018). Esse resultado é diferente daquele do Lesoto, onde se percebeu uma taxa de mortalidade significativamente menor após a contratação dos serviços hospitalares (McKee *et al.*, 2006; Sekhri *et al.*, 2011; McIntosh *et al.*, 2015; Vian *et al.*, 2015). Sobre a produção hospitalar, na Espanha, no Hospital de Alzira, os resultados indicaram o fim da fila de espera e apresentaram melhores indicadores hospitalares no que diz respeito ao custo de procedimento hospitalar. No Lesoto, houve um aumento do número de atendimentos hospitalares e ambulatoriais após a parceria (Sekhri *et al.*, 2011; McIntosh *et al.*, 2015; Vian *et al.*, 2015; Caballer-Tarazona *et al.*, 2016).

No Brasil, a literatura empírica sobre as OSSs ainda é escassa e relativamente recente e se concentra principalmente na avaliação de desempenho hospitalar em alguns casos,

no estado de São Paulo, onde essa forma de gestão é disseminada há mais tempo (Ravioli *et al.*, 2018). Alguns autores creditam essa maior disseminação ao fato de as primeiras 12 unidades hospitalares geridas por OSSs terem sido implantadas em estabelecimentos novos (Costa & Ribeiro, 2005; World Bank, 2006). A Lei Camata (Lei nº 82/1995), que estabelece restrições às despesas públicas com o pessoal, foi uma das grandes justificativas para se iniciar esse tipo de gestão nesses estabelecimentos. Para viabilizar a gestão de alguns hospitais recém-construídos pelo Programa Metropolitano de Saúde do Executivo do Estado de São Paulo, foi sancionada a Lei Complementar nº 846/1998, que transfere esses hospitais para as OSSs. Assim, os profissionais desses hospitais seriam pagos pelo erário via transferência do orçamento para o hospital, não sendo considerados profissionais do estado (Ibañez *et al.*, 2001; Costa & Ribeiro, 2005; World Bank, 2006; Pahim, 2009). Do ponto de vista regulatório, São Paulo também foi pioneiro ao implementar uma Lei Complementar à regulamentação federal que exige que os estabelecimentos cumpram metas de desempenho definidas em contratos de gestão específicos para cada situação (Lei Complementar nº 846/1998 – São Paulo).

A literatura aponta maior eficiência em hospitais paulistas geridos por OSSs em comparação aos hospitais que permanecem em regime de AD (Costa & Ribeiro, 2005; World Bank 2006; Sano & Abrucio, 2008; Carneiro Junior & Elias 2006; La-Forgia & Couttolenc 2008; La Forgia & Harding 2009; Quinhões, 2009; Santos Zago, 2012; Coelho & Greve, 2016; Greve & Coelho, 2017; Mendes & Bittar, 2017). Apesar dos resultados aparentemente favoráveis, não há um consenso quanto à transparência e à regulação dos contratos de gestão. Enquanto alguns trabalhos questionam a capacidade da Secretaria de Estado da Saúde (SES) de São Paulo em regular os contratos de gestão (Carneiro Junior & Elias, 2006; Sano & Abrucio, 2008, Pahim, 2009; Comissão Parlamentar de Inquérito das Organizações Sociais de Saúde, 2018). La Forgia & Harding (2009) entendem que a SES tem conseguido exercer adequadamente seu papel regulador.

Fora do estado de São Paulo, são escassas as evidências. Rodrigues & Sallum (2017), em estudo para Santa Catarina, encontraram maior eficiência nos hospitais estaduais gerenciados por OSSs, em relação aos demais hospitais públicos estaduais. Resultado similar foi apontado no estudo de Gaigher & Teixeira (2017), no qual foi relatado um estudo de caso comparativo para o estado do Espírito Santo, indicando que o hospital gerenciado por OSS apresentou melhor desempenho do que aquele gerido por AD.

As OSSs no Brasil são também responsáveis pela gestão de outros estabelecimentos de saúde além dos hospitalares. Na atenção primária, assim como para o cuidado hospitalar, as evidências são ambíguas. Ramos & Seta (2019) analisaram estabelecimentos das capitais do Sudeste geridos em regime

de contrato de gestão e não encontram diferenças de desempenho estatisticamente significativa em relação à AD. Greve & Coelho (2017), por sua vez, avaliaram a implementação dos contratos com OSSs em 645 municípios do estado de São Paulo usando o modelo de diferenças em diferenças para analisar desfechos da atenção primária. Os autores encontraram incrementos na cobertura de visitas e redução da hospitalização por doenças evitáveis pela atenção primária. Resultados semelhantes foram encontrados por Silva *et al.* (2016) para o município do Rio de Janeiro, que observaram expansão da cobertura do ESF no município devido à atuação das OSSs. Essa expansão do acesso se deu, entretanto, sem que ocorresse maior transparência e controle social em relação à AD.

A despeito dessas evidências específicas para alguns estados e grupos de estabelecimentos, não existe ainda, para o Brasil, um estudo mais abrangente sobre essas organizações. O presente trabalho vem preencher essa lacuna e se propõe a fazer um levantamento censitário, assim como uma caracterização da atuação das OSSs em todo o país. O trabalho analisa a localização e a distribuição das OSSs no Brasil, entre as unidades da federação, tipos de estabelecimento geridos e ano de início do contrato. Após a fase de levantamento dessas organizações, procedeu-se a uma análise comparativa entre gerenciamento por OSS e por AD, incluindo somente estabelecimentos hospitalares. Foram estudados indicadores hospitalares de *case-mix*, recursos financeiros e infraestrutura, abrangência geográfica e desempenho. A base de dados gerada nesse estudo é inédita, podendo subsidiar estudos futuros para o planejamento e monitoramento da rede hospitalar do SUS.

## Métodos

Trata-se de um estudo de corte transversal, observacional e descritivo. O primeiro desafio para realizar esse estudo foi identificar quais estabelecimentos são geridos pelas OSSs, uma vez que não existe um banco de dados oficial no Brasil que traga essa informação de forma fidedigna. A fim de contornar essa limitação, no período de maio a dezembro de 2019 foi realizado um levantamento das OSSs ativas a partir de quatro procedimentos de busca:

– Procedimento de busca 1: busca nos sítios das secretarias estaduais e municipais de saúde das capitais brasileiras sobre informações atinentes à existência de OSS nesses municípios ou estados, assim como de marco regulatório local.

– Procedimento de busca 2: pesquisa nos portais de transparência. A busca nas secretarias de saúde pode não esgotar a possibilidade de existência de OSSs nessas localidades. Um sítio possível para acesso desse tipo de informação são os portais da transparência estaduais e municipais. Para todos os estados e/ou capitais que não possuíam informação sobre presença de OSS, foram acessados os respectivos portais

da transparência. No caso de ainda não haver informação de fácil acesso nos portais, foi feita uma solicitação via Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (*e-sic*) acerca da presença de estabelecimento gerido por OSS, incluindo a identificação da OSS gestora, nome do estabelecimento e ano de início do contrato. Para os estados do Ceará e Pará e o município de São Paulo, as secretarias de saúde forneceram somente a identificação das OSSs, mas não dos estabelecimentos por elas gerenciados.

– Procedimento de busca 3: investigação nos sítios das OSSs e no sítio do IBROSS. Essa etapa consistiu em consulta aos sítios das OSSs e contato direto por meio de telefonemas, quando possível. Todas as OSSs identificadas nos procedimentos de busca 1 e 2 foram pesquisadas a fim de levantar todos os estabelecimentos geridos por essas organizações. Foi também realizada busca no sítio do Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (IBROSS), onde se encontram 20 dessas organizações.

– Procedimento de busca 4: Busca na Pesquisa de Informações Municipais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Além da pesquisa primária, é possível obter informação no nível municipal acerca da existência de OSSs por meio da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) realizada anualmente pelo IBGE. Na MUNIC, há uma pergunta que identifica os municípios que possuem contratos com OSSs. Nessa etapa da busca foram identificados todos os municípios que declararam possuir esse tipo de contrato. Para esse conjunto de municípios (270), foram realizados os procedimentos de busca 1, 2 e 3.

As parcerias entre as secretarias de saúde e as OSSs são praticadas de forma heterogênea pelo país, podendo ocorrer por meio de contrato de gestão ou de gestão compartilhada. No contrato de gestão, a OSS é responsável pela gestão de todo o estabelecimento, enquanto na gestão compartilhada de modo geral, apenas um setor ou um conjunto de serviços está sob a responsabilidade da OSS, permanecendo o restante sob gestão pública direta. Como a gestão compartilhada é muito heterogênea, o levantamento do presente trabalho inclui somente os estabelecimentos que possuem contratos de gestão com as OSSs, ou seja, que gerenciam todos os serviços prestados no estabelecimento.

Após a identificação das OSSs, procedeu-se à caracterização desses estabelecimentos a partir de três bases de dados administrativas: o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), disponibilizados pelo 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 (Brasil, 2018a). Nesse cadastro, embora exista um item sobre a natureza jurídica do estabelecimento,

ele não é suficiente para identificar as OSSs. Como o levantamento das OSSs é realizado para os estabelecimentos ativos, sua caracterização requer a utilização de informações mais recentes. Neste estudo escolhemos, como referência temporal no CNES, o mês de julho de 2018, que era o mais recente que apresentava informações consolidadas na data de início da pesquisa. Dessa base, extraíram-se os dados sobre quantidade de leitos existentes, leitos do SUS, natureza jurídica do estabelecimento (privado, estatal, filantrópico), tipo de serviço, tipo de gestão (municipal, estadual ou mista), município, número de médicos, enfermeiros, técnicos de saúde e administradores dos estabelecimentos e as horas de trabalho de cada um, quantidade de equipamentos de imagem e suporte à vida que são de uso do SUS.

Além do CNES, outros dois bancos de dados oficiais disponibilizados pelo Datasus foram utilizados: o do SIH, que fornece informações das Autorização de Internação Hospitalar (AIH), e o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). Esses dois bancos de dados permitiram aferir a produção hospitalar e ambulatorial das OSSs para todo ano de 2018. Essas duas bases de dados são de preenchimento obrigatório pelos gestores para fins de pagamento da produção. A AIH é um documento que identifica o paciente e os serviços prestados sob o regime de internação hospitalar e é gerada quando ocorre uma internação em um prestador, público ou privado conveniado ao SUS. Essa base de dados permite o levantamento sobre os cuidados de saúde realizados nos hospitais (Brasil, 2018c). O SIA/SUS é uma base alimentada pelos gestores dos estabelecimentos de saúde públicos, mensalmente, acerca de todos os procedimentos ambulatoriais financiados pelo SUS (Brasil, 2018b).

Da AIH, foram extraídos, por estabelecimento, todos os procedimentos realizados em hospitais, incluindo informações acerca do diagnóstico principal, valor da AIH, idade do paciente, município de origem do paciente, motivo de saída, tempo de permanência (dias) e complexidade das internações. Do SIA, foi coletado o valor agregado da produção ambulatorial para cada estabelecimento. O acesso aos microdados do CNES, SIH e SIA foi realizado usando o programa R versão 3.4.3 pelo *software* RStudio com o pacote *read.dbc* (Saldanha *et al.*, 2019).

Todos os estabelecimentos públicos ativos em 2019 foram incluídos, de modo a comparar aqueles geridos por OSS com os sob gestão da AD. A caracterização desses estabelecimentos de saúde (OSS e AD) considerou os seguintes atributos: localização espacial, presença de regulamentação estadual e municipal, o tipo de serviço e de gestão (municipal, estadual ou mista) e início da vigência do contrato.

No CNES, em julho de 2018, foram registrados no país 6.154 hospitais. Foram excluídos todos aqueles com natureza jurídica privada (1.966), filantrópica (1.778) ou com número de leitos do SUS igual a zero (43). Do conjunto dos hospitais

públicos, 102 não foram contabilizados – aqueles que não apresentavam registro de presença de médicos, equipamentos, leitos ou produção no SIA e no SIH em 2018. A base final é composta de 2.290 hospitais.

Para os estabelecimentos hospitalares, foram construídos indicadores de produção mensurados em unidades de serviço e volume de dispêndio, infraestrutura, área de abrangência e alocação de insumos estratificados por porte: pequeno porte (abaixo de 50 leitos), médio porte (de 51 a 150 leitos) e grande porte (acima de 151 leitos). A lista de indicadores está descrita na Tabela 1. Para avaliar a produção hospitalar, foram utilizados o número total de internações mensais e o gasto total ambulatorial que representa o faturamento dos procedimentos ambulatoriais. Os procedimentos ambulatoriais, por serem muito heterogêneos, são mais difíceis de ser contabilizados. O uso da variável de dispêndio total é uma forma de contornar essa dificuldade, uma vez que todos os procedimentos estão medidos em termos da remuneração pelo SUS, assim como o gasto médio das internações (AIH). Os valores monetários foram convertidos em US\$ dólar americano, conforme o câmbio referente ao ano de 2018 – conversão de R\$ 3,51 para 1 dólar (Banco Central do Brasil, 2018). Os indicadores de infraestrutura se referem ao número de profissionais por leito e equipamentos de imagem e de suporte à vida por

leito. Foram incluídos tanto os profissionais diretamente vinculados à assistência como os administrativos. O cálculo do número de profissionais foi padronizado considerando como referência o período integral de 40 horas semanais (*full-time equivalent* – FTE).

A proporção de internações de pacientes que residem fora do município caracteriza a abrangência geográfica do hospital, ou seja, capta a importância daquele hospital numa determinada região. Em relação aos indicadores de desempenho, foram observados a taxa de ocupação, o índice de rotatividade do leito e o tempo médio de permanência. A taxa de ocupação hospitalar é obtida por meio da razão entre o número de dias que os leitos estão ocupados pelo número total de leitos disponíveis no ano. O número de leitos ocupado é obtido diretamente por meio da permanência dos pacientes em cada AIH, enquanto o número de leitos disponíveis é estimado pressupondo que todos os leitos do hospital estariam disponíveis 365 dias por ano. O tempo médio de permanência representa a duração média, em dias, da internação hospitalar. O indicador costuma variar segundo diagnóstico e perfil do paciente, nível de tecnologia dos equipamentos disponíveis no estabelecimento e mecanismos de remuneração. O índice de renovação ou giro de rotatividade representa a utilização da capacidade instalada.

**Tabela 1.** Descrição dos indicadores hospitalares de *case-mix*, recursos financeiros, produção, estrutura, perfil demográfico e desempenho

Indicadores	Descrição
<b>Case-mix</b>	
% de internações de alta complexidade	Proporção de internações de alta complexidade em relação ao total de internações
% de pacientes acima de 60 anos	Proporção de idosos sobre o total de atendimentos da AIH
% de ICSAP	Proporção de internações hospitalares que constam na lista de condições sensíveis à atenção primária sobre o total de internações
Gasto médio da AIH (US\$)	Gasto médio com procedimentos de internação por mês
<b>Indicadores de produção</b>	
Gasto total da SIA (US\$)	Gasto total com procedimentos ambulatoriais por mês
Número total de internações	Número de internações por hospital
<b>Infraestrutura</b>	
Número de leitos	Número de leitos por hospital
Número de profissionais por leito	Número de profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares) e do setor administrativo padronizados por número de leitos do hospital
% de equipamentos de alta complexidade	Proporção de equipamentos de imagem e manutenção da vida em relação ao total de equipamentos disponíveis
<b>Abrangência geográfica</b>	
% pacientes que moram fora do município	Proporção de pacientes que moram fora do município sobre o total de atendimentos hospitalares do estabelecimento
<b>Desempenho</b>	
Taxa de ocupação hospitalar (%)	Razão entre o número de dias ocupados e o número de dias totais disponíveis no ano
Tempo médio de permanência (dias)	Tempo médio em dias que os pacientes permaneceram no hospital
Taxa de mortalidade (%)	Razão entre o número de óbitos do hospital sobre o total de hospitalizações
Índice de rotatividade dos leitos	Número total de saídas (altas ou óbitos) sobre o total de leitos disponíveis

Fonte: CNES e SIH/SUS, 2018 (Brasil, 2018a; Brasil, 2018b; Brasil, 2018c).

Assinala a relação entre o número total de saídas (altas, óbitos, transferências ou encerramentos administrativos) em determinado período e o número de leitos à disposição dos clientes no mesmo período.

A taxa de mortalidade hospitalar é um indicador de resultado do cuidado ofertado, sendo mensurada por meio da razão entre o número de pacientes que vão a óbito durante a internação dividida pelo total de internações realizadas. Esse indicador depende tanto do estado geral de saúde dos pacientes, principalmente na admissão hospitalar, como da complexidade dos casos, resolubilidade e qualidade da assistência prestada (Travassos *et al.*, 1999). Nesse sentido, para ser interpretado como um indicador de resultado ou qualidade do cuidado ofertado, é necessário garantir que os estabelecimentos recebam pacientes com perfil semelhante.

Além das características dos hospitais, procedeu-se também à descrição do perfil de risco dos pacientes atendidos. Hospitais com pacientes com maior nível de gravidade podem apresentar pior desempenho se considerarmos os indicadores sem controlar para as diferenças de *case-mix*. (La Forgia & Couttolenc, 2009). A fim de controlar para essas diferenças, foram construídos indicadores referentes ao perfil etário dos pacientes, proporção de internações hospitalares de alta complexidade, proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) e valor médio da AIH. Os idosos demandam, em geral, maior volume de procedimentos, gerando impacto sobre as despesas (Costa & Ribeiro, 2005). A proporção de ICSAP pode captar tanto a presença de indução de demanda pelos prestadores hospitalares como a qualidade dos serviços de atenção primária ofertados no município (Alfradique *et al.*, 2009). A ociosidade de equipamentos hospitalares pode mudar a decisão de hospitalização de pacientes, como já observado em municípios pequenos do Rio Grande do Sul (Souza & Costa, 2011),

levando a internações desnecessárias. O gasto médio da AIH, por refletir o número de procedimentos realizados em uma internação, pode ser interpretado como uma *proxy* da complexidade de atendimentos realizados no estabelecimento.

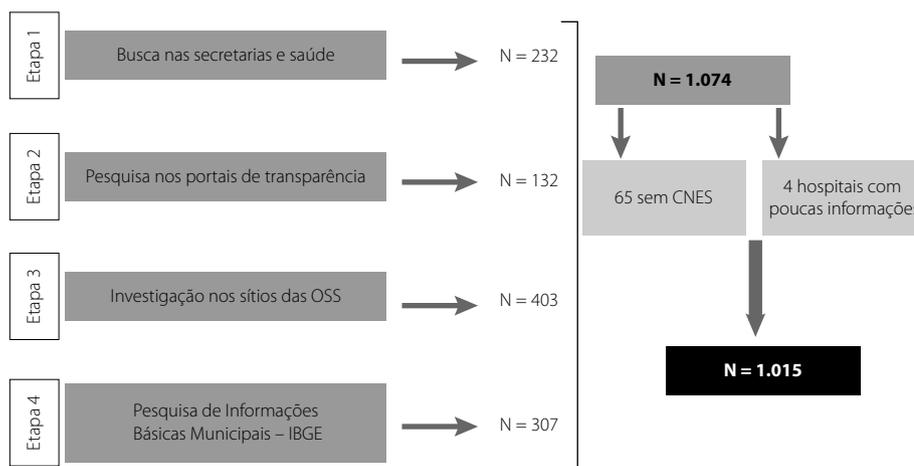
A análise descritiva considerou o cálculo das médias e desvio-padrão para a gestão por OSS e por AD, com teste de diferença de médias por *t-Student*. Os cálculos foram realizados no *software* Stata versão 14.2. A construção dos mapas foi realizada no QGIS versão 3.12.0.

## Resultados

### Caracterização geral das OSSs no Brasil

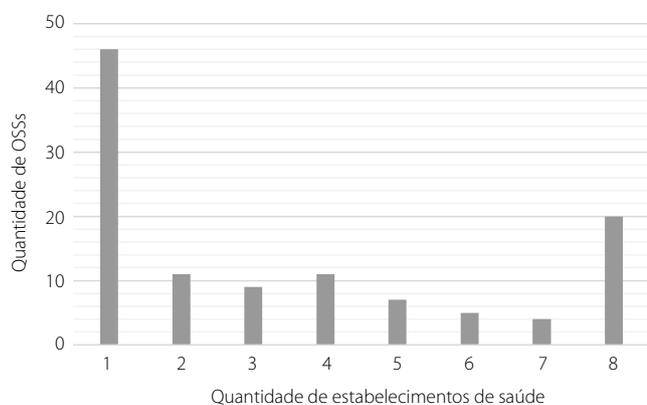
A Figura 1 ilustra o fluxograma das etapas com o respectivo número de estabelecimentos encontrados em cada etapa. Foram identificados 1.074 estabelecimentos em 2018, e 65 desses não foram encontrados no CNES, e quatro hospitais, embora possuíssem cadastro ativo, apresentavam informações faltantes. A base final incluiu 1.015 hospitais geridos por OSS, o que representa 1,4% dos 70.462 estabelecimentos públicos. Procurar nos sítios das organizações de responsabilidade social das OSSs foi o procedimento que rendeu quantidade maior de resultados do censo levantado.

Cada uma das OSSs participa de editais de licitação para gerir estabelecimentos de saúde no modelo de contrato de gestão com base em suas preferências. A Figura 2 apresenta um gráfico com a quantidade de OSSs que gerenciam determinado número de estabelecimentos de saúde, com oito blocos que variam de um até oito ou mais estabelecimentos por OSS. Essa informação foi encontrada para 767 unidades na identificação. Essas unidades são geridas por 114 OSSs; e essas organizações, em sua maioria, administram poucos estabelecimentos (46 OSSs são responsáveis por apenas um único estabelecimento cada uma). Outras 20 organizações, que administram oito ou mais, representam 69,36% dos



Fonte: Etapa 1: sítios das secretarias de saúde estaduais e municipais. Etapa 2: Portal da Transparência e Acesso à Informação estadual e municipal. Etapa 3: sítio do IBROSS e das OSSs não vinculadas ao Instituto. Etapa 4: Pesquisa de Informações Básicas do IBGE (IBGE, 2019).

**Figura 1.** Fluxograma com o número de OSSs encontradas por etapa



Fonte: Resultados das quatro etapas do levantamento das OSSs no Brasil.

**Figura 2.** Distribuição dos estabelecimentos de saúde pelo número de OSSs que administram cada uma (Brasil, 2018)

estabelecimentos administrados por OSSs no Brasil, com destaque para a Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina (SPDM) responsável pela administração de 158 estabelecimentos. As 19 OSSs vinculadas ao IBROSS administram 349 estabelecimentos de saúde, o que representa 32,49% do universo total levantado.

A Tabela 2 mostra os estados e o número de municípios que possuem regulamentação própria para OSSs, a quantidade de estabelecimentos OSS que constam em unidades no IBGE e aqueles levantados neste estudo. Mesmo com a lei federal e as estaduais para as OSS, alguns municípios, por todo o Brasil, ainda trabalham com regras próprias para o funcionamento das OSS no seu território. O número de OSSs informado pelo IBGE é superior ao levantamento aqui realizado. Parte disso se dá pela dificuldade de obter as informações sobre as OSSs (apenas 71 municípios responderam à solicitação e alguns, que afirmaram possuir contratos com OSSs, na verdade

**Tabela 2.** Estados e número de municípios que possuem regulamentação com OSS e número de OSSs por UF (Brasil, 2018)

Estado	Lei	Nº munic. com lei	Nº de OSSs – IBGE	Nº de OSSs – Levantamento
Acre	Não possui	0	0	0
Alagoas	Lei nº 7.777/16	0	4	4
Amapá	Lei nº 599/01	0	2	2
Amazonas	Lei 3.900/13	0	0	2
Bahia	Lei Ordinária nº 8.647/03	3	55	32
Ceará	Lei nº 12.781/97	5	23	14
Distrito Federal	Lei nº 4.081/08	-	1	1
Espírito Santo	Lei Complementar nº 489/09	4	13	12
Goiás	Lei nº 15.503/05	3	17	18
Maranhão	Lei nº 7.066/98	0	13	36
Mato Grosso	Lei Complementar nº 150/04	2	7	8
Mato Grosso do Sul	Lei nº 4.698/15	1*	4	2
Minas Gerais	Lei nº 23.081/18	12	162	36
Pará	Lei nº 5.980/96	2	24	16
Paraíba	Medida Provisória nº 178/11	3	9	10
Paraná	Lei Complementar nº 140/11	5	20	8
Pernambuco	Lei nº 15.210/13	5	41	39
Piauí	Lei Ordinária nº 5.519/05	1	0	0
Rio de Janeiro	Lei nº 5.498/09	13	302	135
Rio Grande do Norte	Lei Complementar nº 27/04	1	0	0
Rio Grande do Sul	Projeto de Lei nº 44/16	6	42	12
Rondônia	Lei nº 3.122/13	1	1	1
Roraima	Não possui	0	0	0
São Paulo	Lei Complementar nº 846/98	51*	1.196	595
Santa Catarina	Lei nº 12.929/04	5	24	36
Sergipe	Lei nº 5.217/03	1	28	0
Tocantins	Lei nº 2.472/11	1	3	0

Fonte: IBROSS e Pesquisa de Informações Básicas (IBGE, 2019).

\* Os municípios de Santa Bárbara do Oeste-SP e Chapadão do Sul-MS possuem projetos de lei em tramitação para instituir as organizações sociais.

possuem outros tipos de parceria que não se encaixam como um contrato de gestão). No geral, o levantamento se aproxima proporcionalmente do número de OSSs informado pelo IBGE. Alguns estados, como Amazonas, Maranhão e Santa Catarina, apresentaram um número maior de OSSs no levantamento do que o informado pelo IBGE.

A Figura 3 apresenta o total de estabelecimentos de saúde ativos geridos por OSSs por Unidade da Federação (UF) e sua proporção entre os estabelecimentos públicos, independentemente do tipo de gestão. Dos 26 estados brasileiros, 16 possuem contrato com OSSs, além do Distrito Federal, e, entre as capitais brasileiras, 16 registraram a presença de OSSs. A presença de estabelecimento geridos por OSSs é maior nas UFs 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. O estado da Bahia foi um dos primeiros a implementar o modelo de organização, contudo nesta localidade as OSSs não se expandiram como em São Paulo. O foco da gestão por OSSs na Bahia foi o cuidado hospitalar: dos 32 estabelecimentos encontrados, 23 eram hospitais. No Rio de Janeiro, a maior parte dos serviços geridos por OSS são centros de saúde e unidades básicas,

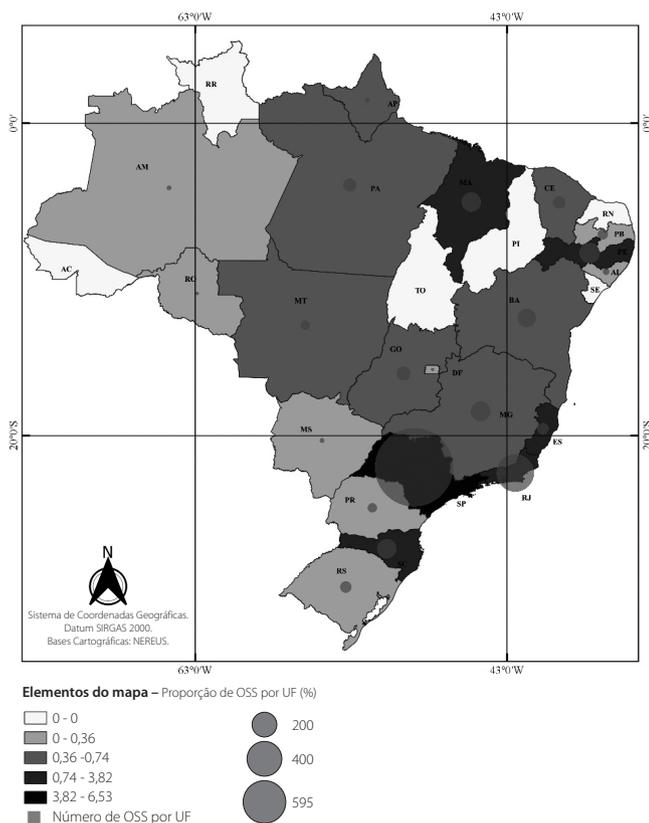
seguidos dos serviços de prontos atendimentos e prontos-socorros gerais e especializados (ver Apêndice 1A).

Conforme discutido, a presença de OSSs no Brasil não é disseminada; sua distribuição ocorre de maneira heterogênea entre as UFs. Os estados do Maranhão, Pernambuco, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo registraram a participação dessas organizações como gestoras de mais de 1% dos estabelecimentos, e São Paulo e Rio de Janeiro são os estados que apresentam maior participação de estabelecimentos geridos por OSSs, 6,5% e 3,8%, respectivamente, embora, em termos absolutos, o volume observado em São Paulo (595) seja superior ao observado no Rio de Janeiro (135). Serviços de farmácia (0,1%), laboratório de saúde pública (0,1%), consultório (0,1%), telessaúde (0,3%) e unidade de atenção à saúde indígena (0,2%) não foram incluídos no somatório total dos estabelecimentos, pois em número não apresentam participação relevante para a análise.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos tipos de estabelecimento públicos de saúde geridos por OSS e por AD identificados no CNES em julho de 2018. Nas duas distribuições, a maior parte dos estabelecimentos é composta de centros de saúde e unidades básicas (41,7% OSS e 50,2% AD). Chama a atenção a importância dos hospitais (23,0%) e dos prontos atendimentos (14,4%) na distribuição das OSS. As clínicas/centros de especialidade, policlínicas e centros de atenção hemoterápica e/ou hematológica apresentam também grande frequência de gestão por AD. Os serviços com maior frequência de gestão por OSS são os hospitais-dia, (32,8% do total desses estabelecimentos), seguidos pelos prontos atendimentos (10,5%) e hospitais (10,2%).

A Tabela 4 categoriza os tipos de serviços gerenciados pelas OSSs e pela AD segundo a esfera administrativa. A maior parte das OSSs tem contrato com a gestão municipal (69,1%), seguida da estadual (29,7%) e mista (1,2%). No geral, embora a maior parte dos contratos das OSSs seja realizada com municípios, percebe-se uma presença expressiva da gestão estadual. Nos casos dos hospitais, por exemplo, 63,7% dos contratos firmados estão sob a gestão estadual, enquanto na AD somente 16% estão sob a gestão estadual. Nos centros de saúde, as OSSs possuem 99,8% desses estabelecimentos de origem municipal, semelhante ao observado na AD (95,3%).

A Figura 4 mostra a distribuição dos contratos segundo o ano de início da parceria entre os entes públicos e as OSSs. Essa informação está disponível somente para 739 estabelecimentos. A regulamentação oficial que permite esse tipo de gestão no Brasil é de 1998, quando observamos um leve crescimento dos contratos celebrados no estado de São Paulo (inauguração de 12 hospitais). Contudo, mesmo antes do marco regulatório, existem contratos desse tipo registrados no Brasil. A maior quantidade dos contratos teve início em 2008, e os anos entre 2014 e 2016 apresentaram o início do maior número de contratos.



Fonte: CNES, 2018 (Brasil, 2018). Núcleo de Economia Regional e Urbana da Universidade de São Paulo (NEREUS, 2018).

**Figura 3.** Distribuição espacial da proporção de OSSs em relação ao total de estabelecimentos de saúde e sua quantidade nominal por UF (Brasil, 2018)

**Tabela 3.** Estabelecimentos de Saúde geridos por OSS e pela AD categorizados por tipos de serviço

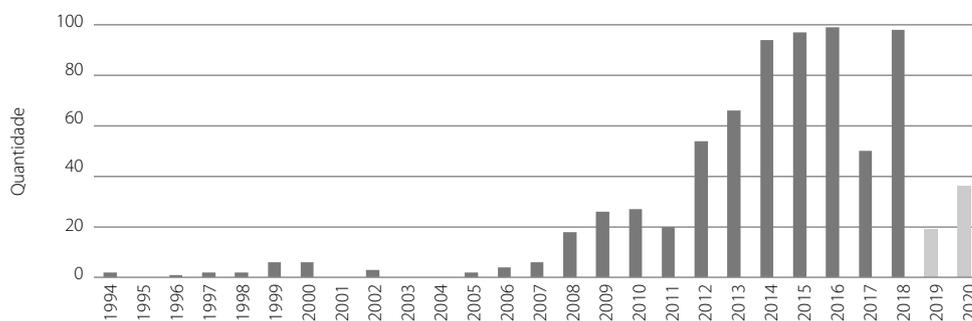
Estabelecimento	OSS		AD		OSS/Total (%)
	Quantidade	(%)	Quantidade	(%)	
Central de Regulação do Acesso e Médica das Urgências e Unidade de Vigilância	9	0,9	3.598	5,0	0,2
Centro de Atenção Psicossocial	35	3,4	2.931	4,0	1,2
Centro de Saúde/Unidade Básica	419	41,2	36.362	50,2	1,1
Clínica/Centro de Especialidade, Policlínica e Centro de Atenção Hemoterapia e/ou Hematológica	105	10,3	6.576	9,1	1,6
Farmácia	1	0,1	1.965	2,7	0,1
Hospital	234	23,0	2.052	2,8	10,2
Hospital/Dia – Isolado	19	1,9	39	0,1	32,8
Laboratório de Saúde Pública	1	0,1	34	0,0	2,9
Posto de Saúde	12	1,2	8.995	12,4	0,1
Telessaúde	3	0,3	63	0,1	4,5
Unidade de Apoio a Diagnose e Terapia	7	0,7	1.448	2,0	0,5
Unidade Mista	4	0,4	578	0,8	0,7
Unidade Móvel	19	1,9	4580	6,3	0,4
Pronto Atendimento, Pronto-socorro Geral e Especializado	146	14,4	1.231	1,7	10,6
Consultório	1	0,1	960	1,3	0,1
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	2	0,2	1.023	1,4	0,2
<b>Total</b>	<b>1.015</b>	<b>100</b>	<b>72.435</b>	<b>100</b>	<b>1,4</b>

Fonte: CNES, 2018 (Brasil, 2018a).

**Tabela 4.** Distribuição dos serviços geridos por OSS e AD por tipo de gestão

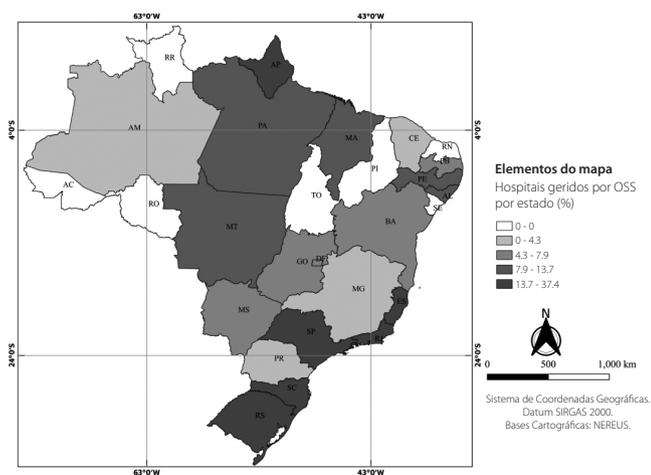
Estabelecimento	OSS Gestão (%)			AD Gestão (%)		
	Municipal	Estatal	Mista	Municipal	Estatal	Mista
Central de Regulação do Acesso e Unidade de Vigilância	11,1	33,3	0,0	94,6	5,1	0,4
Centro de Atenção Psicossocial	100,0	0,0	0,0	91,4	7,2	1,4
Centro de Saúde/Unidade Básica	99,8	0,2	0,0	95,3	0,9	3,8
Clínica/Centro de Especialidade, Policlínica e Centro de Atenção Hemoterapia e/ou Hematológica	30,5	68,6	0,0	81,9	8,2	9,9
Farmácia	0,0	100,0	0,0	92,8	6,5	0,7
Hospital	32,1	63,7	4,3	62,9	16,0	21
Hospital/Dia – Isolado	100,0	0,0	0,0	82,1	12,8	5,1
Laboratório de Saúde Pública	100,0	0,0	0,0	61,8	29,4	8,8
Posto de Saúde	100,0	0,0	0,0	99,4	0,2	0,4
Telessaúde	0,0	100,0	0,0	71,4	23,8	4,8
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia	42,9	28,6	0,0	75,4	18,4	6,4
Unidade Mista	75,0	25,0	0,0	68,7	9,5	21,8
Unidade Móvel	89,5	10,5	0,0	77,5	18,4	4,1
Pronto Atendimento, Pronto-socorro Geral e Especializado	63,0	34,9	1,4	85,1	4,0	11,0
Consultório	100,0	0,0	0,0	99,7	0,3	0,0
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	100,0	0,0	0,0	99,7	0,1	0,2
<b>Total</b>	<b>69,1</b>	<b>29,3</b>	<b>1,3</b>	<b>91,9</b>	<b>4,2</b>	<b>4,3</b>

Fonte: CNES, 2018 (Brasil, 2018a).



Fonte: Etapa 1: sítios das secretarias de saúde estaduais e municipais. Etapa 2: Portal de Transparência e Acesso à Informação estadual e municipal. Etapa 3: sítio do IBROSS e das OSSs não vinculadas ao instituto. Etapa 4: Pesquisa de Informações Básicas do IBGE (IBGE, 2019).

**Figura 4.** Início dos contratos nos estabelecimentos geridos por OSSs no Brasil de 1994 a 2020



Fonte: CNES, 2018 (Brasil, 2018). Núcleo de Economia Regional e Urbana da Universidade de São Paulo (NEREUS, 2018).

**Figura 5.** Distribuição espacial do total de hospitais geridos por OSSs pelo total de hospitais por UF

Visto que as OSSs possuem uma participação expressiva na gestão dos serviços hospitalares, a Figura 5 mostra a distribuição espacial dos hospitais geridos por OSSs segundo a UF. Todas as UFs brasileiras que possuem contratos com OSSs fizeram também parcerias para gestão de serviços hospitalares, com exceção de Rondônia. Novamente, o estado de São Paulo se destaca, apresentando a maior proporção de hospitais geridos por OSSs (38,9%). Rio Grande do Sul e Santa Catarina, apesar de possuírem poucos estabelecimentos públicos geridos por OSSs, apresentam uma elevada proporção de hospitais – 25% e 21,4%, respectivamente. Quando comparado com outros tipos de estabelecimento de saúde, o estado do Rio de Janeiro não mostrou participação expressiva de OSSs nos serviços hospitalares (16,1%).

### Indicadores hospitalares das OSSs e AD

Em 2018, dos 2.290 hospitais públicos, 234 eram geridos por OSSs. A Tabela 5 apresenta os hospitais públicos segundo o tipo de gestão, detalhados por porte e finalidade do hospital

(geral ou especializado). A maior parte de hospitais é de pequeno porte (1.282), sendo 3,0% geridos por OSSs. As OSSs estão mais presentes nos hospitais gerais de grande porte (31,82%), seguidos pelos de médio porte (18,99%). A distribuição das OSSs em hospitais especializados é mais homogênea, independentemente do porte hospitalar.

A análise de desempenho foi restrita ao conjunto dos hospitais gerais. Os hospitais especializados são mais heterogêneos em termos de procedimentos realizados, sendo, portanto, menos comparáveis. Essa análise, por ser realizada em um recorte transversal, pode apresentar problemas de endogeneidade, uma vez que, por um lado, existe uma seleção de quais unidades serão oferecidas para serem geridas por OSSs. Por outro lado, as OSSs também escolhem os estabelecimentos que lhes interessam gerenciar. Feita essa ressalva, procedemos à comparação dos indicadores hospitalares entre os dois grupos, a fim de caracterizar os resultados obtidos com ambos os tipos de gestão no segmento hospitalar.

Para os hospitais de pequeno porte, as diferenças entre OSS e AD são importantes. As OSSs são responsáveis por um volume mensal de internações superior ao da AD, executam um gasto ambulatorial mais elevado e são mais intensivas em recursos humanos (médicos, enfermeiros, auxiliares, técnicos de enfermagem e administrativo) e tecnologia (equipamentos). O volume de atendimentos a não residentes (30,71%) indica que esses hospitais têm relevância regional. Em relação aos indicadores de desempenho, os hospitais de pequeno porte gerenciados por OSS apresentam desempenho insatisfatório, mas ainda superior ao observado para a AD. A taxa de ocupação das OSSs, por exemplo, foi de 42,65% contra 18,93%; o índice de rotatividade dos leitos foi de 46,2 contra 22,72 na AD. Em relação ao tipo de atendimento, os hospitais geridos por OSS recebem relativamente menos idosos, realizam menos ICSAP e possuem um gasto médio da AIH menor.

Os resultados para os hospitais de médio porte são similares ao observado para os de pequeno porte. No geral, os indicadores apresentaram resultados favoráveis às OSS, pois elas realizam menos ICSAP, registram um maior volume

**Tabela 5.** Distribuição do porte e tipo de hospital entre OSS e AD

Porte	Tipo de Hospital	OSS	AD	Total	OSS/Total (%)
Pequeno	Geral	34	1.299	1.333	2,55
	Especializado	8	57	65	12,31
	<b>Total Pequeno</b>	<b>38</b>	<b>1.244</b>	<b>1.282</b>	<b>3,00</b>
Médio	Geral	90	384	474	18,99
	Especializado	17	105	122	13,93
	<b>Total Médio</b>	<b>107</b>	<b>489</b>	<b>596</b>	<b>17,95</b>
Grande	Geral	77	165	242	31,82
	Especializado	8	42	50	16,00
	<b>Total Grande</b>	<b>86</b>	<b>209</b>	<b>295</b>	<b>29,11</b>
<b>Total</b>		<b>234</b>	<b>2.052</b>	<b>2.286</b>	<b>10,24</b>

Fonte: CNES, 2018 (Brasil, 2018a).

mensal de internação e maiores gastos por internação, são mais intensivas em recursos humanos e equipamentos, e recebem maior proporção de pacientes não residentes. O número de enfermeiros por leito nas OSSs é elevado comparado à AD, com 0,42 enfermeiro/leito contra 0,25. O perfil do paciente também apresentou diferenças. As OSSs de médio porte apresentam proporcionalmente menos ICSAP (10,01%) que a AD (13,31%).

A comparação dos indicadores dos hospitais de grande porte geridos por OSS e AD mostra resultados mais similares do que foi observado para os dois outros portes. A diferença entre as médias foi significativa apenas para a quantidade de equipamento de suporte à vida por leito, o índice de rotatividade de leitos e o tempo médio de permanência. Em comparação aos hospitais dos demais portes, os indicadores das dimensões de *case-mix* (exceto internação de idosos), produção e recursos financeiros mostram esse segmento com elevado volume de internações por mês, alta proporção de atendimentos de alta complexidade, elevado gasto médio por internação e maior tempo médio de permanência. A participação das OSSs é mais expressiva nesse segmento (Tabela 5).

## Discussão

Este trabalho apresenta evidências sobre a caracterização das OSSs no Brasil. Foram encontrados 1.074 estabelecimentos geridos por OSS, dos quais 1.015 com contratos ativos em 2018. Esse levantamento avança em relação à maioria dos estudos anteriores, por investigar também todos os estados do Brasil e verificar alguns dos números levantados sobre as OSSs pelo IBGE. Até então a maior quantidade de OSSs identificadas era a disponível no sítio do IBROSS, que contém 19 organizações que administram 800 estabelecimentos (IBROSS, 2020).

Os estudos precedentes se dedicaram, em sua maioria, ao estado de São Paulo, seja pelo maior tempo de existência do fenômeno, pela maior concentração de estabelecimentos ou pela disponibilidade de dados (Ibañez *et al.*, 2001; Costa &

Ribeiro, 2005; World Bank, 2006; La Forgia & Harding, 2009; La Forgia & Couttolenc, 2008; Quinhões, 2009; Barbosa & Elias, 2010; Greve & Coelho, 2017; Mendes & Bittar, 2017). Nesse estado, foram identificados 26 hospitais estaduais de grande porte, número superior ao investigado nos estudos de Barbosa & Elias (2010) e Costa & Ribeiro (2005), 10 e 12 hospitais respectivamente. Para o estado de Santa Catarina, Rodrigues & Sallum (2017) já haviam identificado os mesmos seis hospitais que foram encontrados em nossa base. No Espírito Santo, em 2018, havia quatro hospitais estaduais gerenciados por OSS, número superior ao trabalhado por Turino *et al.* (2016), três hospitais, e Gagher & Teixeira (2017), um hospital. Para as demais UFs, não foi encontrada nenhuma publicação em periódico indexado sobre o tema.

A caracterização do perfil das OSSs mostrou que, para além dos serviços hospitalares, as OSSs já estão presentes em outros tipos de serviços de saúde, principalmente Unidades Básicas de Saúde/Centros de Saúde e Clínicas Especializadas. Do ponto de vista da distribuição espacial, nota-se concentração em algumas regiões do país, principalmente Sudeste e Sul, e poucas na região Norte, o que claramente parece guardar relação com as condições socioeconômicas.

Embora a maioria dos serviços contratados seja de responsabilidade da gestão municipal, a presença da esfera estadual também já se faz importante. O papel dos governos estaduais na expansão das OSSs já havia sido mencionado por Carneiro Junior & Elias (2006) ao observarem a importância dos gestores estaduais para a garantia do acesso aos serviços de saúde e a efetivação do controle público das OSSs do estado de São Paulo. O comprometimento do gestor de saúde com a fiscalização das OSSs pode ser assegurado a partir da regulamentação no município e no estado, que representa a preocupação do poder público com a transparência e fiscalização, mas nem sempre isso é suficiente (Sano & Abrucio, 2008; Pahim, 2009; Baggenstoss & Donadone, 2014; Coelho & Greve, 2016). As responsabilidades atribuídas aos setores público e privado são difusas e alegavam a falta de

**Tabela 6.** Resultados dos indicadores hospitalares entre hospitais geridos por OSS e pela AD por porte

Porte	Pequeno			Médio			Grande		
	OSS	AD	p-valor	OSS	AD	p-valor	OSS	AD	p-valor
Número de hospitais	34	1299		90	384		76	166	
<b>Case-mix</b>									
Internações de alta complexidade (%)	0,58 (2,28)	0,15 (2,39)	0,33	1,45 (4,87)	1,37 (7,23)	0,13	6,04 (11,82)	7,46 (9,40)	0,31
Número de hospitais	30	1190		90	379		76	166	
Internações de idosos (%)	26,05 (18,00)	31,75 (15,06)	0,04	26,23 (13,69)	24,76 (14,42)	0,38	27,01 (11,81)	26,08 (9,75)	0,52
ICSAP (%)	15,65 (14,34)	23,19 (13,12)	0,00	10,01 (7,92)	13,31 (10,93)	0,01	8,10 (6,29)	7,03 (4,52)	0,13
Gasto médio (US\$/internação hospitalar)	159,34 (98,04)	116,61 (26,66)	0,00	224,4 (102,17)	179,48 (100,87)	0,00	433,83 (621,89)	412,54 (210,89)	0,7
<b>Indicador de produção</b>									
Internações mensais	142,41 (109,14)	54,04 (53,93)	0,00	374,67 (222,13)	253,33 (167,87)	0,00	1027,4 (469,18)	919,25 (544,83)	0,14
Número de hospitais	34	1272		86	378		75	165	
Gasto ambulatorial total (mil US\$)	280,04 (235,79)	143,91 (258,38)	0,00	666,97 (537,41)	530,48 (608,51)	0,06	2273,3 (2824,8)	2791,95 (3719,09)	0,28
Número de hospitais	35	1300		90	384		76	166	
<b>Indicadores estruturais</b>									
Leitos	33,47 (12,93)	26,56 (11,35)	0,00	93,54 (26,53)	81,21 (29,10)	0,00	268,37 (134,89)	295,73 (159,67)	0,20
Médicos/lt	1,74 (7,51)	0,24 (0,65)	0,00	0,48 (0,33)	0,39 (0,39)	0,05	0,84 (0,58)	1 (0,67)	0,06
Enfermeiros/lt	0,63 (1,60)	0,22 (0,35)	0,00	0,42 (0,26)	0,25 (0,19)	0,00	0,48 (0,18)	0,47 (0,27)	0,75
Técnicos e auxiliares de saúde/lt	1,70 (3,91)	0,78 (1,32)	0,00	1,25 (0,71)	0,95 (0,65)	0,00	1,48 (0,54)	1,42 (0,58)	0,48
Administração/lt	0,11 (0,42)	0,03 (0,06)	0,00	0,03 (0,03)	0,02 (0,02)	0,00	0,02 (0,02)	0,01 (0,02)	0,11
Equip. imagem/lt	0,18 (0,46)	0,08 (0,15)	0,00	0,06 (0,03)	0,05 (0,03)	0,00	0,05 (0,01)	0,06 (0,02)	0,16
Equip. man. vida/lt	3,09 (12,54)	0,35 (0,74)	0,00	1,34 (1,33)	0,60 (0,74)	0,01	2,11 (1,12)	1,56 (1,09)	0,00
<b>Abrangência geográfica</b>									
Número de hospitais	30	1190		90	379		76	166	
% de pacientes que moram fora do município	30,71 (26,15)	9,41 (12,54)	0,00	41,75 (26,46)	24,94 (22,86)	0,00	34,4 (25,13)	34,6 (21,81)	0,95
<b>Indicadores de desempenho</b>									
Taxa de mortalidade (%)	3,31 (3,88)	2,20 (2,84)	0,04	5,60 (3,91)	3,94 (4,56)	0,00	6,12 (3,72)	6,12 (3,77)	0,99
Taxa de ocupação (%)	42,65 (24,10)	18,93 (15,27)	0,00	60,07 (22,62)	42,79 (25,60)	0,00	72,7 (19,42)	69,41 (16,02)	0,17
Índice de rotatividade	46,20 (29,36)	22,72 (18,56)	0,00	45,70 (20,86)	36,00 (20,33)	0,00	45,69 (17,84)	35,44 (12,62)	0,00
Tempo médio de permanência (dias)	3,70 (1,97)	3,34 (1,81)	0,28	2,78 (25,85)	4,29 (8,71)	0,36	6,04 (2,51)	7,41 (3,16)	0,00

\* Câmbio Médio de 2018, Séries Históricas do Banco Central do Brasil.

transparência, o que dificulta a participação social (Dualibe, 2012; Pacheco *et al.*, 2016; Graf *et al.*, 2019).

O avanço das OSSs no estado de São Paulo se deveu à Lei Camata, predecessora da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) de 2002. A LRF veio como um incentivo à terceirização na gestão da força de trabalho no setor público, uma vez que grande parte dos gastos é direcionada para salários e aposentadorias (Costa & Ribeiro, 2005). A Resolução nº 40, por exemplo, estabelece que os estados com a Dívida Consolidada Líquida duas vezes maior que a Receita Corrente Líquida não podem solicitar à União novos empréstimos. O relativo sucesso observado nas OSSs em São Paulo e a LRF foram as grandes precursoras do modelo de contrato de gestão para todo o Brasil (Costa & Ribeiro, 2005). Um possível efeito dessa lei é observado com o aumento do início de contratos a partir de 2007, com pico entre os anos de 2014 e 2016, período da crise brasileira.

Dada a grande presença de hospitais administrados por OSSs no Brasil e a importância desse serviço na saúde pública brasileira, foi realizada também uma caracterização do desempenho desses estabelecimentos por meio da construção de indicadores. Um dos principais resultados apontou redução das disparidades entre as OSSs e AD à medida que o porte dos hospitais aumenta. Para os hospitais de grande porte, as diferenças observadas nos indicadores hospitalares são menos significativas. As diferenças entre os dois tipos de gestão nesse porte são verificadas para o índice de rotatividade e tempo médio de permanência, que evidenciaram maior giro de pacientes nas OSSs. Para os hospitais de pequeno e médio portes gerenciados por OSS, as diferenças são mais importantes, embora nessas organizações haja menor participação de OSs. Os estabelecimentos geridos por OSSs apresentaram menor proporção de internações por ICSAP, maior abrangência geográfica e índice de rotatividade dos leitos e taxas de ocupação mais elevadas. Embora a taxa de ocupação seja superior à observada nos estabelecimentos sob gestão da AD, essas ainda são bastante inferiores ao recomendado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – de 75% a 85%. Há trabalhos comparando indicadores hospitalares das OSSs com outras instituições, mas ou não se desagregaram por porte ou se estudaram apenas os hospitais de grande porte (Ibañez *et al.*, 2001; Costa & Ribeiro, 2005; World Bank, 2006; La Forgia & Couttolenc, 2008; Sano & Abrucio, 2008; La Forgia e Harding, 2009; Quinhões, 2009; Barbosa & Elias, 2010; Coelho & Greve, 2016; Greve & Coelho, 2017; Mendes & Bittar, 2017; Rodrigues & Sallum, 2017). Essa desagregação é fundamental, haja vista a presença de economias de escala e escopo no cuidado hospitalar (Botega *et al.*, 2020). É importante investigar em que medida a complexidade exigida por um estabelecimento de maior porte altera os resultados dependendo do tipo de gestão. Embora os demais estudos tenham apontado para uma menor utilização de recursos humanos nas OSSs (Costa & Ribeiro, 2005;

World Bank, 2006; La Forgia & Couttolenc, 2008; Quinhões, 2009; Barbosa & Elias, 2010; Mendes & Bittar, 2017), o presente trabalho observou um maior volume médio de profissionais por leito. Apenas Quinhões (2009) indicou uma maior concentração de médicos por leito. Chama a atenção esse resultado, uma vez que a iniciativa de ampliação das OSSs foi para a contenção de gastos dada pela LRF. É preciso atentar que, se comparado ao que se gasta com funcionários públicos, o gasto com profissionais terceirizados é inferior (World Bank, 2006).

É importante ressaltar que, como este estudo se propõe a ser um censo e caracterização das OSSs no Brasil, aqui não houve uma análise de seletividade desses estabelecimentos. As OSSs não se cadastram para gerir os estabelecimentos de maneira aleatória pelo país. Elas participam de editais que consideram atrativos, por já possuírem uma certa *expertise* nos serviços solicitados ou identificarem áreas com condições mais favoráveis. Outro ponto da seletividade das OSSs é o fato de, em sua maioria, estarem localizadas no estado de São Paulo, local onde esse tipo de gestão se encontra mais consolidada. O estado de São Paulo apresenta, em sua maior parte, cidades com elevada densidade demográfica, grande volume de recursos humanos e rede de serviços adequada para ser contratada.

Embora o levantamento seja fundamental para uma discussão aprofundada sobre as OSSs no Brasil, o presente censo apresenta algumas limitações. A primeira limitação se refere aos dados levantados: ainda que tenha sido feita uma busca minuciosa em todas as fontes de informações existentes, não há como afirmar que tenha sido possível exaurir todas as OSSs existentes no Brasil e os seus contratos. Alguns municípios não responderam à solicitação, outros não preencheram o item a respeito das OSSs na pesquisa do IBGE. As informações providas pelos municípios são muito heterogêneas, não se tem conhecimento de treinamento para o preenchimento dessa base do IBGE, o que pode ter levado à grande variação temporal entre municípios. Observaram-se, em alguns casos, municípios que afirmaram ter presença de OSSs quando, na realidade, se tratava de parcerias com organizações filantrópicas para auxílio de serviços ou convênios. Esse tipo de erro de informação mostra um desconhecimento de quem presta a informação no município e a dificuldade para utilizar essa base com vista a dimensionar a presença de OSSs no Brasil. Ocorreram também problemas de consistência nas informações prestadas pelos municípios: alguns casos, apesar de terem confirmado que possuíam contratos com OSSs na pesquisa do IBGE, informaram não possuí-los mais em resposta à solicitação via *e-sic* em uma das etapas deste estudo. Por fim, vale ressaltar que as cláusulas contratuais não são uniformes, variando segundo o município. As informações orçamentário-financeiras, por estarem disponíveis em diferentes sítios e base de dados, além de não possuírem um padrão para todos os contratos, representam mais uma limitação.

Foram encontradas diferenças entre estabelecimentos gerenciados por OSS e AD, no que diz respeito a sua localização, gerenciamento e tipos de serviços ofertados. O levantamento e a análise mostram que ainda há muito a ser investigado, discutido e aperfeiçoado sobre as OSSs. A listagem de OSSs realizada consiste em um instrumento para futuros trabalhos. No entanto, ainda se faz necessária uma base de dados administrativa que permita um acompanhamento temporal dos estabelecimentos, uma vez que esses dados não são estáticos: alguns contratos podem ser iniciados e outros encerrados com o passar do tempo.

Os resultados fornecem subsídios para o debate sobre a reforma administrativa na esfera pública de saúde, uma vez que a autonomia de gestão das OSSs parece ser o motivo de sua melhor *performance* (La Forgia & Couttolenc, 2008). É importante chamar atenção para a forma como são celebrados os contratos, pois isso pode contribuir para uma maior eficiência e transparência, desde que o gestor público acompanhe e fiscalize os relatórios publicados pelas OSSs – o que nem sempre ocorre, gerando falta de consenso sobre a temática. Enquanto a relativa facilidade de administração das OSSs em ampliar seus serviços com agilidade foi um aspecto decisivo para o estado e o município de São Paulo no enfrentamento da COVID-19 (Chamamento Público nº 002/2020 – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo), as inadequações observadas no estado do Rio de Janeiro determinaram a saída de suas OSSs sancionada pela Lei nº 8.986/2020.

## Conclusão

O estudo contribui com um levantamento exaustivo das OSSs. Mostrou resultados relevantes quanto à distribuição e ao grau de importância na gestão da rede hospitalar pública no país. Foram identificados mais de 1.000 estabelecimentos gerenciados por OSSs por todo o Brasil, localizados principalmente nas regiões Sudeste e Sul, e 114 OSSs que as gerem. Estão concentrados em 23 tipos de serviços de saúde, com foco nos hospitais-dia, centros de saúde/unidades básicas e hospitais. A tendência crescente dos estados e municípios por esse tipo de gestão está diretamente ligada ao contingenciamento fiscal na esfera pública iniciado nos anos 1990, apresentando pico de contratos entre 2014 e 2016.

O trabalho fez também uma análise comparativa entre OSS e AD a partir de indicadores do setor hospitalar. Os resultados mostraram que as diferenças em termos de gestão diminuem à medida que se aumenta o porte hospitalar. É interessante destacar que os hospitais de pequeno e médio porte gerenciados por OSSs apresentaram, no geral, indicadores melhores em relação àqueles administrados por AD, mas em todos há espaço para aperfeiçoamento.

A listagem das OSSs consiste em um importante instrumento para futuros trabalhos. Os resultados encontrados nas OSSs demonstram a necessidade de uma base de dados

administrativa que permita um acompanhamento temporal dos estabelecimentos.

## Referências bibliográficas

- Alfradique ME, Bonolo PDF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP-Brazil). *Cad Saúde Pública*. 2009;25(6):1337-49.
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde. Brasil: National Agency of Supplementary Health (ANS). Essential Hospital Indicators Datasheets. Available from: [http://www.ans.gov.br/texto\\_lei\\_pdf.php?id=1575](http://www.ans.gov.br/texto_lei_pdf.php?id=1575). Accessed on: Jan 30, 2020.
- Ashton T. Contracting for health services in New Zealand: a transaction cost analysis. *Soc Sci Med*. 1998;46(3):357-67.
- Ashton T, Cumming J, McLean J. Contracting for health services in a public health system: the New Zealand experience. *Health Policy*. 2004;69(1):21-31.
- Banco Central do Brasil. Taxa de Câmbio (R\$/US\$). Brasília. 2018. Available from: <https://www3.bcb.gov.br/expectativas/publico/en/serieestatisticas>.
- Bittar OJ, Nogueira V. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. *Rev Saúde Pública*. 1996;30(1):53-60.
- Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Datasus; 2018a [citado 2020 jan. 1]. Available from: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/servicos2/transferencia-de-arquivos>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Datasus; 2018b [citado 2020 jan. 1]. Available from: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/servicos2/transferencia-de-arquivos>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Datasus; 2018c [citado 2020 jan. 1]. Available from: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/servicos2/transferencia-de-arquivos>.
- Bresser-Pereira LC. A reforma do aparelho do Estado e a Constituição brasileira. Brasília: MARE/ENAP; 1995.
- Caballer-Tarazona M, Clemente-Collado A, Vivas-Consuelo D. A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain. *Health Econ Rev*. 2016;6(1):17.
- Carneiro Junior N, Elias PE. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(5):914-20.
- Coeelho VSP, Greve J. As Organizações Sociais de Saúde e o desempenho do SUS: um estudo sobre a atenção básica em São Paulo. *Dados Rev Ciênc Sociais*. 2016;59(3):807-901.
- Comissão Parlamentar de Inquérito das Organizações Sociais da Saúde. Relatório Final. Available from: [http://www.albatroz.org.br/arquivos/relatorio\\_final\\_cpiooss.pdf](http://www.albatroz.org.br/arquivos/relatorio_final_cpiooss.pdf).
- Costa NR, Ribeiro JM. Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social [report for the World Bank]. 2005.
- Dualibe FDB. Os mecanismos de controle previstos para as organizações sociais de saúde no Brasil: a comparação de mecanismos correlatos no controle de serviços de saúde [Dissertação]. São Paulo; Universidade de São Paulo; 2012.
- Gaigher MBS, Teixeira A. "Organização Social de Saúde e Administração Direta: um estudo comparativo da gestão em dois hospitais estaduais no Espírito Santo". *EnANPAD*; 2017. p. 1-15.

- Graf RR, Malik AM, Uehara KMUM. Planejamento em organizações de saúde – uma análise da aplicação de métodos de planejamento em quatro hospitais. *Rev Gestão Sistem Saúde*. 2019;8(3):313-25.
- Greve J, Coelho VS. Evaluating the impact of contracting out basic health care services in the state of São Paulo, Brazil. *Health Policy Plan*. 2017;32(7):923-33.
- Ibañez N, Bittar OJNV, Sá ENC, Yamamoto EK, Almeida MF, Castro GCJ. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001;6(2):391-404.
- Ibañez N, Vecina Neto G. Modelos de gestão e o SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(Suppl):1831-40.
- Jack W. Contracting for health services: an evaluation of recent reforms in Nicaragua. *Health Policy Plan*. 2003;18(2):195-204.
- La Forgia GM, Couttolenc BF. Hospital performance in Brazil: the search for excellence. Washington DC: The World Bank; 2008.
- La Forgia GM, Harding A. Public-private partnerships and public hospital performance in São Paulo, Brazil. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(4):1114-26.
- Loevinsohn B, Harding A. Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries. *Lancet*. 2005;366(9486):676-81.
- McIntosh N, Grabowski A, Jack B, Nkabane-Nkholongo EL, Vian T. A public-private partnership improves clinical performance in a hospital network in Lesotho. *Health Aff (Millwood)*. 2015;34(6):954-62.
- Mendes JDV, Bittar OJNV. Hospitais Gerais Públicos: Administração Direta e Organização Social de Saúde. BEPA. 2017;14:33-47.
- Odendaal WA, Ward K, Ueneke J, Uro-Chukwu H, Chitama D, Balakrishna Y, et al. Contracting out to improve the use of clinical health services and health outcomes in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;4(4):CD008133.
- Pahim MLL. Organizações Sociais de Saúde do Estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
- Quinhões TA. O Modelo de Governança das Organizações Sociais de Saúde e a Qualidade do Gasto Público Hospitalar Corrente. Brasília, DF: Prêmio Tesouro Nacional Euclides; 2009.
- Ramos ALP, Seta MH. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(4):e00089118.
- Ramos MCA, Cruz LP, Kishima VC, Pollara WM, Lira ACO, Couttolenc BC. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2015;49(43):1-10.
- Ravioli AF, Soárez PC, Scheffer MC. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). *Cad Saúde Pública*. 2018;34(4):e00114217.
- Rocha TAH, Silva NCD, Barbosa ACQ, Thumé ER, Rocha JV, Facchini LA. National Registry of Health Facilities: data reliability evidence. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(1):229-40.
- Rodrigues AFO, Sallum SB. 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, Diretoria de Atividades Especiais; 2017. p. 1-124.
- Saldanha RF, Bastos RR, Barcellos C. Microdatus: pacote para download e pré-processamento de microdados do Departamento de Informática do SUS (Datusus). *Cad Saúde Pública*. 2019;35(9):e00032419.
- Sano H, Abrucio FL. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Rev Admin Direta*. 2008;48(3):64-80.
- Santos Zago SA. Indicadores e Resultado econômico de hospitais estaduais paulistas: Estudo comparativo entre a gerência da administração direta e da organização social de saúde a partir de dados publicamente disponíveis. 2012. Available from: [https://www4.tce.sp.gov.br/sites/default/files/producao-academica/stanislaw\\_a\\_s\\_zago.pdf](https://www4.tce.sp.gov.br/sites/default/files/producao-academica/stanislaw_a_s_zago.pdf)
- Sekhri N, Feachem R, Ni A. Public-private integrated partnerships demonstrate the potential to improve health care access, quality, and efficiency. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(8):1498-507.
- Silva VC, Barbosa PR, Hortale VA. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(5):1365-76.
- Simonet D. New public management and the reform of French public hospitals. *J Public Aff*. 2013;13(3):260-71.
- Souza LLD, Costa JSDD. Hospitalization for primary care-sensitive conditions in regional health districts in Southern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(4):765-72.
- Travassos C, Noronha JC, Martins M. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):367-81.
- World Bank. Latin America and the Caribbean Regional Office. Brazil Country Management Unit. Brazil: Enhancing Performance in Brazil's health sector: Lessons from Innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba. World Bank; 2006.

**Apêndice 1A**

Tipos de serviço	Estado																	Total					
	RO	AM	PA	AP	MA	CE	PB	PE	AL	BA	MG	ES	RJ	SP	PR	SC	RS		MS	MT	GO	DF	
Posto de Saúde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	8	0	0	0	0	0	0	0	0	12
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	19	4	65	307	0	23	0	0	0	0	0	0	419
Clínica/Centro de Especialidade, Policlínica e Centro de Atenção Hemoterapia e/ou Hematológica	0	0	2	0	7	0	1	8	0	2	2	0	0	81	0	1	0	0	0	0	1	0	105
Hospital	0	1	13	1	20	5	6	13	2	23	4	5	24	76	5	9	7	2	8	13	1	1	238
Hospital/Dia – Isolado	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	19
Laboratório de Saúde Pública, Telessaúde, Consultório e Farmácia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Unidade Mista	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	4
Unidade Móvel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	14	0	0	1	0	0	0	0	0	19
Pronto Atendimento, Pronto-socorro Geral e Especializado	0	1	1	1	7	9	3	15	2	6	10	3	36	40	3	3	4	0	0	2	0	0	146
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	32	0	0	0	0	0	0	0	0	35
Central de Regulação do Acesso e Médica das Urgências e Unidade de Vigilância	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	1	0	0	9