Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Gestão em ato: público e privado no sistema de saúde no Maranhão

Management in action: public and private healthcare in Maranhão

Gestión en acción: público y privado en la salud en Maranhão

Douglas Moraes Campos[1], Judith Rafaelle Oliveira Pinho[1], Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves[1], Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho[1].

RESUMO

Objetivo: Analisa os discursos de gestores públicos, gerentes e empresários acerca da relação entre o sistema público e o subsistema privado de saúde no Maranhão. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, integrante de pesquisa multicêntrica, baseado em 14 entrevistas realizadas entre 2018 e 2020 com atores da gestão, da gerência pública e privada e do empresariado do setor saúde. A análise das falas foi orientada por um referencial que considera as decisões e práticas cotidianas como respostas situadas às limitações estruturais, tensões e disputas no sistema de saúde. **Resultados:** Há tensões persistentes entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o setor privado, associadas à expansão seletiva do mercado privado e à intensificação da demanda sobre os serviços públicos. As Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e as Clínicas Populares de Saúde emergem nos discursos como soluções pragmáticas para fragilidades do SUS, embora operem segundo lógicas distintas e mantenham dependência estrutural do sistema público, sobretudo para absorver demandas não resolvidas. **Conclusão:** Tais arranjos ultrapassam a ideia de complementaridade funcional, reconfigurando as fronteiras entre público e privado, produzindo dependências institucionais e impactos sobre a organização das redes, a universalidade e as desigualdades em saúde no Maranhão.

Palavras-chave: Sistema único de saúde, Setor privado, Parcerias público-privadas, Gestão em saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the discourses of public administrators, managers, and entrepreneurs regarding the relationship between the public and private healthcare systems in Maranhão. **Methods:** This is a qualitative study, part of a multicenter research project, based on 14 interviews conducted between 2018 and 2020 with actors in administration, public and private management, and entrepreneurship in the healthcare sector. The analysis of the statements was guided by a framework that considers daily decisions and practices as responses to structural limitations, tensions, and disputes in the healthcare system. **Results:** There are persistent tensions between the Unified Health System (SUS) and the private sector, associated with the selective expansion of the private market and the intensification of demand for public services. Civil Society Organizations of Public Interest (OSCIPs) and Popular Health Clinics emerge in the discourse as pragmatic solutions to the weaknesses of the SUS, although they operate according to different logics and maintain structural dependence on the public system, especially to absorb unresolved demands. **Conclusion:** Such arrangements go beyond the idea of functional complementarity, reconfiguring the boundaries between

[1] Universidade Federal do Maranhão, São Luís – MA.

SUBMETIDO EM: 12/2025 | **ACEITO EM: 1/2026** | **PUBLICADO EM: 2/2026**

public and private, producing institutional dependencies and impacts on the organization of networks, universality, and health inequalities in Maranhão.

Keywords: Unified health system, Private sector, Public-private sector partnerships, Health management.

RESUMEN

Objetivo: Analiza los discursos de gestores públicos, gerentes y empresarios sobre la relación entre el sistema público y el subsistema privado de salud en Maranhão. **Métodos:** Se trata de un estudio cualitativo, parte de una investigación multicéntrica, basado en 14 entrevistas realizadas entre 2018 y 2020 con actores de la gestión, la administración pública y privada y el sector empresarial de la salud. El análisis de las declaraciones se orientó por un marco de referencia que considera las decisiones y prácticas cotidianas como respuestas situadas a las limitaciones estructurales, tensiones y disputas en el sistema de salud. **Resultados:** Existen tensiones persistentes entre el Sistema Único de Salud (SUS) y el sector privado, asociadas a la expansión selectiva del mercado privado y a la intensificación de la demanda de servicios públicos. Las Organizaciones de la Sociedad Civil de Interés Público (OSCIP) y las Clínicas Populares de Salud surgen en los discursos como soluciones pragmáticas a las debilidades del SUS, aunque operan según lógicas distintas y mantienen una dependencia estructural del sistema público, sobre todo para absorber las demandas no resueltas. **Conclusiones:**Estos acuerdos van más allá de la idea de complementariedad funcional, reconfigurando las fronteras entre lo público y lo privado, produciendo dependencias institucionales e impactos en la organización de las redes, la universalidad y las desigualdades en materia de salud en Maranhão.

Palabras clave: Sistema único de salud, Sector privado, Asociación entre el sector público-privado, Gestión en salud.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como um arranjo público nacional orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, organizado territorialmente por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica como porta de entrada preferencial e eixo ordenador do cuidado. A gestão é compartilhada entre União, estados e municípios, em um modelo descentralizado e cooperativo, mediado por comissões intergestores e conselhos de saúde. Esses dispositivos reforçam a coordenação interfederativa e buscam garantir coerência nacional sem suprimir as especificidades locais (NORONHA JC et al., 2012; MACHADO CV et al., 2014).

No campo da Saúde Coletiva, distingue-se o sistema de saúde das RAS a partir de seus níveis de organização e operação. O sistema de saúde corresponde a uma macroestrutura institucional que envolve políticas, financiamento, regulação e múltiplos atores, definindo as bases do cuidado. As RAS, por sua vez, constituem arranjos organizativos que integram ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas. Essa integração ocorre por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, materializando a dinâmica operacional do sistema (GIOVANELLA L e MACHADO CV, 2018).

Esse modelo organizativo busca assegurar acesso universal orientado pelas necessidades das pessoas, diferenciando-se de propostas de cobertura baseadas na lógica de seguros. O funcionamento do SUS ocorre em um ambiente político marcado por disputas entre Executivo, Legislativo e Judiciário, além de tensões federativas que complexificam os processos decisórios. A direção única prevista em lei convive com demandas sociais crescentes e com a judicialização da saúde. Nesse contexto, os gestores assumem papel central na sustentabilidade e coordenação do sistema (NORONHA JC et al., 2012; MACHADO CV et al., 2014; GIOVANELLA L e MACHADO CV, 2018).

A coexistência entre os setores público e privado adiciona novas camadas de complexidade ao SUS, conformando uma rede mista de atenção. O setor privado atua de forma complementar ou suplementar,

seja por contratação pública, seja por serviços financiados diretamente pelos usuários (BAHIAL e SCHEFFER M, 2012). A expansão da terceirização via Organizações Sociais (OSs) e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), associada à precarização do trabalho e à liberalização das relações laborais, impacta a organização dos serviços e a força de trabalho (DRUCK; FRANCO, 2007; POCHMANN M, 2012; DRUCK G et al., 2018). No Maranhão, esse processo antecedeu o fortalecimento da EMSERH (Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares), sendo marcado por fragilidades de controle estatal e posterior reconfiguração da gestão pública (MARANHÃO, 1998; 2021; CARREIRO GS, 2022; CRUZ RRN, 2009; ALCOFORADO F, 2010; VIANA DL et al., 2018). Diante desse cenário, o presente artigo analisa os discursos de gestores públicos, gerentes e empresários sobre a relação entre o sistema público e o subsistema privado de saúde no Maranhão.

MÉTODOS

Este estudo integra a etapa qualitativa da pesquisa multicêntrica “Como a atual crise reconfigura o sistema de saúde no Brasil?”, que analisa os efeitos da crise econômica sobre os serviços de saúde e o trabalho médico nos estados de São Paulo e Maranhão. A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA (Número de parecer: 3.051.875; CAAE 00761118.2.0000.5087). O material analisado refere-se ao trabalho de campo realizado no Maranhão entre 2018 e 2020. As entrevistas foram conduzidas por pesquisadores com experiência em Saúde Coletiva junto a gestores, gerentes públicos e privados e empresários de Clínicas Populares de Saúde, permitindo captar diferentes posições no campo da saúde estadual.

A definição dos critérios de inclusão baseou-se na distinção conceitual entre gestão e gerência. A gerência refere-se à administração de unidades prestadoras de serviços, como ambulatórios e hospitais, enquanto a gestão diz respeito à direção de sistemas de saúde nos níveis municipal, estadual ou nacional (BRASIL, 1996). Esta última envolve atividades de coordenação, planejamento, negociação e avaliação de políticas. Essa diferenciação orientou a composição dos participantes, contemplando distintas funções e responsabilidades institucionais.

Os participantes foram previamente contatados e entrevistados após anuência, de forma presencial ou virtual, com gravação em áudio ou áudio e vídeo. No caso dos gerentes de Clínicas Populares de Saúde, os convites ocorreram nos próprios estabelecimentos. Em todas as situações, aplicou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas seguiram roteiro semiestruturado, foram integralmente gravadas e posteriormente transcritas.

Por se tratar de um projeto guarda-chuva, a pesquisa que originou este manuscrito contou com um total de 14 entrevistas. A seleção dos interlocutores buscou contemplar diferentes contextos do sistema de saúde maranhense, incluindo gestão, gerência pública e privada e empresariado, bem como diferenças entre capital e interior.

Para a análise das falas, adotou-se o enquadramento conceitual de Bonet OAR (2014) e Tavares FRG e Bonet OAR (2024), que compreendem o cotidiano do SUS como atravessado por “políticas da vida”, expressas nos modos concretos de lidar com incertezas, limites estruturais e demandas urgentes. Nessa perspectiva, o improviso não é entendido como falha moral, mas como princípio prático de tomada de decisão situada, no qual gestores reinterpretam normas e protocolos para viabilizar o funcionamento do sistema. Embora ancoradas nas redes de atenção à saúde, essas decisões produzem arranjos e percursos inesperados que expandem os limites operacionais do SUS. Assim, ao examinar os discursos de gestores públicos, gerentes de serviços e empresários no Maranhão, buscou-se compreender como esses atores constroem sentidos sobre a relação entre o sistema público e o subsistema privado, legitimando e explicando os ajustes cotidianos que sustentam o campo da saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados em duas seções analíticas. A primeira, **Tensões entre o SUS e o setor privado no Maranhão**, examina como gestores e gerentes, situados em distintos lugares institucionais,

interpretam os efeitos da crise econômica sobre a retração dos planos vinculados ao emprego formal, o crescimento seletivo do mercado privado e a ampliação da demanda sobre o SUS, evidenciando tensões estruturais e discursivas. A segunda, **OSCIPs e Clínicas Populares de Saúde: arranjos, disputas e interdependências com o SUS**, analisa os sentidos atribuídos à atuação desses arranjos no estado, explorando tanto suas justificativas operacionais quanto as críticas relacionadas à fragmentação do cuidado, à mercantilização da saúde e à redefinição das fronteiras de responsabilidade estatal no campo sanitário maranhense.

Tensões entre SUS e setor privado no Maranhão

Nesta seção, os participantes analisam como o setor público e o subsistema privado de saúde se reorganizaram diante dos desafios impostos pela conjuntura político-econômica. As falas se concentram sobretudo nos serviços localizados na capital, uma vez que a região metropolitana de São Luís reúne a maior parte dos beneficiários de planos de saúde no Maranhão. Ainda assim, referências ao interior do estado tensionam a narrativa que apresenta a iniciativa privada como principal afetada pela crise, relativizando seus efeitos. Observou-se que os gerentes vinculados ao subsistema privado enfatizam os impactos negativos da crise sobre seus estabelecimentos, buscando evidenciar perdas econômicas e instabilidade institucional.

> *"[...] em um determinado momento da crise econômica, quando esses funcionários realmente começaram a perder seus empregos, eles vinham dizendo: - Doutora, eu preciso fazer logo essa cirurgia enquanto meu plano está vigente, porque eu fui demitido. Reduziu muito [a clientela de usuários de planos de saúde no Maranhão], porque essas empresas fecharam, elas perderam mesmo a capacidade de bancar, de fornecer essa assistência à saúde para seus funcionários."*[08, gerente de serviço privado de saúde na região metropolitana de São Luís – MA]

Dois marcos econômico-sociais estruturam o pano de fundo dos discursos analisados: a liquidação da Unimed (Confederação Nacional das Cooperativas Médicas) em São Luís, em 2014, e o encerramento das atividades industriais da Alumar (Consórcio de Alumínio do Maranhão), na capital, em 2015. Esses eventos são mobilizados pelos participantes como evidências de uma conjuntura adversa, associada à retração do mercado de planos de saúde e ao aumento da demanda sobre o SUS. Ao serem reiteradamente acionados, funcionam como elementos explicativos que conectam crises produtivas e institucionais às transformações nos fluxos de usuários entre os subsistemas público e privado de saúde.

Embora parte dos gerentes sustente suas interpretações nesses acontecimentos, outros participantes destacaram um movimento distinto, marcado pela expansão do subsistema privado na região metropolitana, mesmo em meio às crises política e econômica.

> *"Tenho visto crescendo muito [subsistema privado de saúde no Maranhão]. Nós temos o Hospital 1 [hospital privado] que muitos dizem que dá show perto de alguns hospitais, e a gente vê que cresceu em termos de estrutura, né? Mas enfim, eu tenho visto que eles têm crescido sim, bastante. O Hospital 1 [hospital privado], principalmente, tem expandido o atendimento em vários pontos da cidade."* [E12, gestor público de saúde municipal no interior do estado]

Por outro lado, os desafios enfrentados pelo SUS aparecem de forma secundária, mobilizados sobretudo como termo comparativo, especialmente no que se refere à resposta do governo estadual ao aumento da demanda nos serviços públicos em um contexto de restrição financeira.

> *"A política econômica provoca uma recessão e perda de dinheiro das pessoas, o que provoca no plano de saúde um certo esvaziamento. No SUS, por outro lado, há um aumento de usuários. Portanto, o [subsistema] privado é uma coisa inversa [...] se você reparar na propaganda de televisão de plano de saúde que fala assim: - Estamos oferecendo serviço de Atenção Básica. Eles já chamam de atenção básica o*

> *serviço [de baixa densidade tecnológica] que eles estão oferecendo, ou seja, o privado é capaz de transformar outros produtos, agregar outros valores para continuar tendo lucro"* [E13, gestor público de saúde estadual]
>
> *"Nós abrimos concorrência para todos os serviços. Então, fornecimento médico, tem licitação; limpeza e higienização, tem licitação; RH [recursos humanos], tem licitação [...] então, esses são os exercícios que a gente [estado] tem feito, é um exercício da gestão: reorganizar com o que temos."*[E5, gestora pública de saúde estadual]

A partir das falas dos entrevistados, identifica-se no Maranhão um fenômeno particular marcado pela retração dos planos privados vinculados ao emprego formal e por sua substituição por planos de menor cobertura ou pela migração direta para o SUS. Essa dinâmica evidencia a forte dependência entre mercado de trabalho e acesso à saúde suplementar, especialmente em um estado onde 130 dos 217 municípios dependem exclusivamente dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2023). Nesse contexto, o SUS reafirma-se como principal rede de proteção social frente à instabilidade dos arranjos privados. Sua centralidade não resulta de escolha individual, mas da insuficiência estrutural das alternativas disponíveis.

O crescimento da demanda por serviços públicos, associado ao desemprego e à limitação das coberturas privadas, explicita um problema estrutural do SUS no Maranhão: o persistente desequilíbrio entre oferta e demanda. Esse quadro é agravado pela baixa capacidade de resposta do sistema a choques econômicos e políticos, revelando fragilidades do federalismo sanitário brasileiro e a dependência dos entes subnacionais em relação à União. Conforme aponta Vieira FS (2016), contextos de crise intensificam a procura pelo sistema público devido à precarização das condições de vida e à redução da capacidade de pagamento das famílias. No Maranhão, essa dinâmica manifesta-se de forma particularmente intensa e contínua.

A aceleração da demanda sem a correspondente expansão da oferta precariza o cuidado e sustenta discursos que apresentam as parcerias público-privadas como soluções inevitáveis ou emergenciais, especialmente em contextos de escassez. Essas narrativas tendem a naturalizar a transferência de responsabilidades do Estado para o setor privado, ao mesmo tempo em que deslocam o debate sobre o financiamento estrutural do SUS e obscurecem os limites dessas parcerias para assegurar acesso universal e equitativo. Paradoxalmente, apesar da crise, o subsistema privado ampliou sua presença no Maranhão, contrariando a ideia de retração generalizada do mercado. Segundo Silva DS, et al. (2023), a partir de 2017, observou-se crescimento no número de beneficiários de planos de saúde no estado, em contraste com a tendência nacional de queda. Os autores argumentam esse movimento ocorreu em um contexto social vulnerável, marcado por altas taxas de desemprego em São Luís e pela geração de empregos em regiões do interior, como Imperatriz e Campestre do Maranhão, revelando uma reconfiguração do mercado, e não sua retração uniforme (SILVA DS, et al., 2023).

Tal contexto, segundo Bonet OAR (2014) e Tavares FRG e Bonet OAR (2024), permite compreender essas transformações como parte das chamadas "políticas da vida", isto é, processos nos quais decisões e práticas de gestão são produzidas no cotidiano, sob limites materiais, pressões institucionais e necessidades concretas.

Nesse cenário, o improviso assume papel central como categoria analítica, sendo entendido não como desorganização ou exceção, mas como uma forma situada de decisão que se ancora nas regras existentes do sistema e de suas redes de atenção, ao mesmo tempo em que as reinterpreta na prática. A percepção de que o setor privado preserva sua lucratividade enquanto o SUS opera sob cortes e escassez revela uma assimetria estrutural entre os subsistemas (LIMA CMC e COELHO AC, 2015).

À luz do improviso, os dados mostram que gestores e profissionais ampliam os limites formais do SUS por meio de arranjos contingenciais que tornam o sistema operacional, ainda que à custa de tensões, fragilidades e disputas permanentes.

OSCIPs e clínicas populares de saúde: arranjos, disputas e interdependências com o SUS

Nesta seção, analisamos como serviços públicos, empresas privadas e entidades do terceiro setor se articulam no sistema de saúde do Maranhão. O termo "integrar" refere-se aos discursos construídos por atores da gestão, gerência e assistência sobre coexistência e disputa por espaços no sistema. Embora privadas, OSCIPs e Clínicas Populares operam segundo lógicas distintas: as primeiras gerenciam serviços públicos com recursos estatais, enquanto as segundas ofertam diretamente serviços pagos, sobretudo de baixo custo. As falas evidenciam fragilidades dos serviços públicos, mas também revelam que ambos os arranjos privados mantêm dependência estrutural do SUS. Empresários de Clínicas Populares de Saúde e gerentes de OSCIPs argumentaram sobre como esses serviços contribuem para a melhoria da saúde pública no estado.

> *"Em que ponto que nós chegamos? A gente vê isso aqui no Maranhão também. O estado fala assim: - eu não tenho capacidade de tocar isso por administração direta, vou lançar mão de um instrumento que é o terceiro setor, porque eu consigo ser gestor de política pública, pensar em política pública, mas, não vou tocar o dia a dia. Eu já fui gestor [público] de saúde, né? Eu penso assim, o secretário de saúde fica mais preocupado com o pneu da ambulância que furou, com o rolamento da cadeira do dentista que quebrou do que com política pública [...] nós criamos esse facilitador para [o estado] poder ser gestor."*[E6, Gerente OSCIP]

> *"Houve um crescimento muito grande [de Clínicas Populares de Saúde] por duas coisas: uma, pela ineficiência do setor público; e a outra, pelo encarecimento dos planos de saúde. Os planos de saúde, com algumas exceções, quando perdem mercado, procuram uma outra vertente, trabalham com clínicas próprias [assemelham-se as Clínicas Populares de Saúde], com hospitais próprios. Assim eles conseguem sobreviver."* [E15, empresário de Clínica Popular de Saúde]

É válido destacar que o participante gerente de OSCIPs e os empresários de Clínicas Populares evidenciaram em seus discursos uma noção que valoriza a capacidade que essas empresas têm para melhorar a capacidade de gerenciamento dos serviços públicos de saúde e diminuir problemas assistenciais, como as grandes filas de espera, dando agilidade ao atendimento no SUS.

Particularmente as Clínicas Populares de Saúde, em São Luís – MA, apresentam um movimento de expansão para bairros que possuem poder aquisitivo mais alto. Esse movimento, para além de uma expansão em termos geográficos, procura desvincular o produto dessas empresas a ideia de que estes são voltados para as classes sociais mais populares.

> "*Nas novas unidades a gente está botando um padrão de estrutura melhor, tanto é que a gente não chama mais de Clínica Popular, né? Porque eu atendo hoje classe B. Então eu estou melhorando a minha estrutura e eu vou buscar esse mercado."* [E15, empresário de Clínica Popular de Saúde]

> *"Eu particularmente não gosto de chamar de [clínica] popular [...] nós chamamos só de clínica de saúde. Porque o 'popular' dá um pouco de... fica pejorativo."* [E9, gerente de Clínica Popular de Saúde]

Entre os gestores e gerentes públicos de saúde, a percepção sobre OSCIPs e Clínicas Populares de Saúde revela certo grau de inconformidade com o local que ocupam nas redes de atenção à saúde.

> *"Elas [Clínicas Populares de Saúde] só estão me dando problema, vou lhe dizer o porquê. O que acontece com a Clínica Popular: tu faz uma consulta barata, acessível, você consegue fazer um exame, só que aí, na hora de fazer a cirurgia, na hora de precisar fazer um procedimento mais complexo, ele vem aonde? Tem que recorrer [para o SUS], é como um funil. O funil tem a boca muito grande, mas a saída é estreita [...] então elas [Clínicas Populares de Saúde] causam, de uma certa forma,*

> *uma dificuldade para nós, porque eu tenho que enxergar o todo. A oferta de atendimento para o meu usuário, começa em uma consulta e termina naquilo que pode ser uma cirurgia, entendeu?"* [E1, gerente de serviço público de saúde]

> *"Na minha visão, aqui no estado, o que impactou diretamente as OSCIPs foi a gestão que a secretaria do estado tinha com essas instituições. Isso gerou vários processos, prisões e tudo. Hoje, a relação atual com as OSCIPs é mais republicana. Há uma exigência de prestação de contas e a secretaria exige que seja feita uma concorrência mínima entre fornecedores. Então, a gente percebe que o que aconteceu, o que provocou o a diminuição da atuação das OSCIPs aqui no estado foi justamente esses escândalos."*[E3, gerente de serviço público de saúde estadual]

As Clínicas Populares de Saúde são apresentadas, nos discursos empresariais, como respostas rápidas às limitações do SUS e ao alto custo dos planos privados, reivindicando caráter complementar. Entretanto, evidenciam um modelo mercantil centrado em consultas breves e exames pontuais, com fraca articulação com a rede pública.

Conforme Campos DM, et al. (2023), trata-se de uma assistência fragmentada que transfere ao SUS as demandas de maior complexidade. Jurca RL (2018) destaca que essa dinâmica reforça a medicalização e o consumo de serviços, afastando-se do cuidado integral. A expansão dessas clínicas para áreas de maior renda e a rejeição do termo "popular" indicam estratégias de reposicionamento no mercado. Esse movimento busca associar os serviços a padrões percebidos como mais qualificados, reconfigurando seu lugar no sistema de saúde.

Do ponto de vista da gestão pública, as Clínicas Populares de Saúde não apenas deixam de aliviar a pressão sobre o SUS, como produzem fricções importantes nos fluxos assistenciais. Os relatos indicam que usuários atendidos nessas clínicas recorrem posteriormente ao SUS para cirurgias, internações e procedimentos complexos, contribuindo para a formação de uma "dupla porta de entrada" no sistema público (CAMPOS DM, et al., 2023).

Fenômeno semelhante foi observado em outras regiões, como na Região Metropolitana de Belém, onde a expansão dessas clínicas esteve associada ao desfinanciamento do SUS e à fragmentação da Atenção Primária (GODOY CV e ROCHA GM, 2024). O resultado é o aumento da sobrecarga dos serviços públicos e a descontinuidade do cuidado.

No caso das OSCIPs, os discursos destacam sua atuação como solução para a incapacidade do Estado de gerir diretamente os serviços de saúde, enfatizando eficiência, agilidade e foco na política pública. Essa narrativa sustenta uma visão gerencialista da saúde, alinhada às políticas de terceirização e à privatização não clássica do SUS. Como apontam Torres R (2011) e Santos CEF, et al. (2025), embora esse modelo possa ampliar a flexibilidade administrativa, ele tende a enfraquecer o controle social, reduzir a transparência e deslocar responsabilidades centrais do Estado. Os escândalos envolvendo OSCIPs no Maranhão reforçam esses riscos e explicam a recente retração de sua atuação.

Os dados indicam que, mesmo com o fortalecimento de mecanismos de controle e prestação de contas, a atuação das OSCIPs continua marcada por disputas sobre a condução concreta dos serviços de saúde. Essa dinâmica pode ser interpretada, à luz de Bonet OAR (2014) e Tavares FRG e Bonet OAR (2024), a partir da compreensão de que as políticas não se realizam apenas nos desenhos institucionais, mas são continuamente produzidas no cotidiano do trabalho em saúde.

Nesse plano, a gestão emerge como um processo de coprodução entre regras, pessoas, contratos e urgências, no qual diferentes atores negociam responsabilidades e sentidos da ação pública. As OSCIPs passam a operar nesse espaço híbrido, em que o público e o privado se entrelaçam por meio de arranjos práticos que tornam o sistema funcional. Esses arranjos não eliminam conflitos, mas revelam como o SUS é sustentado por acomodações instáveis que evidenciam, simultaneamente, sua capacidade de adaptação e suas fragilidades estruturais.

CONCLUSÃO

As falas analisadas indicam que o debate sobre o sistema de saúde no Maranhão é atravessado por disputas em torno de projetos, interesses e formas de organização do cuidado, sobretudo na atuação de clínicas populares, OSCIPs e grandes redes privadas. Esses arranjos são frequentemente apresentados como respostas pragmáticas às insuficiências do SUS, tensionando o papel regulador do Estado e naturalizando soluções privadas para problemas estruturais. Tais dinâmicas não se restringem à complementaridade funcional, mas configuram processos ativos de reconfiguração das fronteiras entre público e privado, que produzem dependências institucionais e reorganizam fluxos assistenciais. Em contextos de crise econômica e retração do emprego formal, essas iniciativas ganham legitimidade ao ocupar vazios deixados por políticas públicas fragilizadas, ao mesmo tempo em que deslocam para o SUS a absorção de demandas não resolvidas. A reconfiguração de nomenclaturas e estratégias discursivas expressa a busca por reconhecimento público e estabilidade política. Compreender essas relações exige analisar seus efeitos sobre a rede de atenção, as desigualdades produzidas e os desafios impostos à universalidade.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Agradecemos o apoio e financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001 e pelo edital n. 009/2018 Confap-MRC – Call For Health Systems Research Networks; Fapema Processo COOPI-00709/18.

REFERÊNCIAS

1. ALCOFORADO F. As organizações sociais e o seu controle. In: MEDEIROS PC, LEVY E (Org.). Construindo uma nova gestão pública. Natal: SEARH/RN, 2010.
2. ANDREAZZI MFS, et al. Novos agentes econômicos fomentados pela contrarreforma liberal na saúde: um panorama das Organizações Sociais atuantes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. In: BRAVO MIS, et al. A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ – Rede Sirius, 2015; 61-67.
3. ANDREAZZI MFS e BRAVO MIS. Privatização da gestão e Organizações Sociais na atenção à saúde. Trabalho, Educação e Saúde, 2014; 12(3): 499-518.
4. AZEVEDO R. Dasa compra Grupo São Domingos por R$ 400 milhões e R$ 125 milhões em ações. Valor Econômico, 15 mar. 2021. Disponível em: https://valor.globo.com. Acessado em: 30 maio 2025.
5. BAHIA L, SCHEFFER M. Planos e seguros privados de saúde. In: GIOVANELLA L, ESCOREL S, LOBATO LVC, et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012; 427-456.
6. BONET O. Itinerações e malhas para pensar os itinerários de cuidado: a propósito de Tim Ingold. Sociologia & Antropologia, 2014; 4(2): 327-350.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Maranhão: estado possui 130 municípios que dependem exclusivamente do SUS. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/maranhao/2023/marco/maranhao-estado-possui-130-municipios-que-dependem-exclusivamente-do-sus. Acessado em: 09 maio 2025.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acessado em: 10 maio 2025.
9. CAMPOS DM, et al. Processo de trabalho em Clínicas Populares de Saúde na perspectiva de médicos. Interface (Botucatu), 2023; 27: e230031.
10. CARREIRO GS e CARREIRO PKS. A Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH): a estratégia do Maranhão para a gestão da saúde pública do Estado. Revista Pós Ciências Sociais, 2022; 19(1): 195-220.

11. CESTARI CA, et al. O que o lugar de fala quer dizer: (des)construções bourdieusianas. Revista Liceu On-line, 2021; 11(1): 29-47.
12. CRUZ RRN. Análise da motivação dos empreendedores no novo paradigma do século 21: um estudo de caso com empreendedores do primeiro, segundo e terceiro setor de Brasília. 2009.
13. DRUCK G e FRANCO T. Terceirização e precarização: o binômio antissocial em indústrias. In: DRUCK G e FRANCO T. A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo, 2007.
14. DRUCK G, et al. A terceirização no serviço público: particularidades e implicações. In: CAMPOS AG (Org.). Terceirização do trabalho no Brasil: novas e distintas perspectivas para o debate. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea, 2018; cap. 6: 113-141.
15. ESTADÃO. Rede D'Or chega a 5 hospitais no Nordeste com compra do UDI do Maranhão. Estadão, 21 nov. 2023. Disponível em: https://www.estadao.com.br. Acessado em: 30 maio 2025.
16. GIOVANELLA L e MACHADO CV. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Ciência & Saúde Coletiva, 2018; 23(6): 1763-1776.
17. GODOY CV e ROCHA GM. A territorialidade da Atenção Básica à Saúde do SUS: a difusão das clínicas médicas populares na Região Metropolitana de Belém, Pará, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2024; 29(4): e19742022.
18. JURCA RL. Individualização social, assistência médica privada e consumo na periferia de São Paulo. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018; 215 p.
19. LIMA CMC e COELHO AC. Alocação e mitigação dos riscos em parcerias público-privadas no Brasil. Revista de Administração Pública, 2023; 49(2): e2021.
20. MACHADO CV, et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. Revista de Saúde Pública, 2014; 48(4): 642-650.
21. MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2020–2023. São Luís: SES/MA, 2020.
22. NORONHA JC, et al. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA L, ESCOREL S, et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012; 365-393.
23. PESSOA LS. O SUS e a crescente mercantilização dos serviços de saúde no Brasil nos anos 2010. Revista de Economia Contemporânea, 2023; 27: e232709.
24. POCHMANN M. Nova classe média? O trabalho na base da pirâmide social brasileira. São Paulo: Boitempo, 2012; 123 p.
25. SANTOS CEF, et al. Gestão na saúde pública: uma breve análise sobre os seus respectivos desafios e sobre a participação do terceiro setor, OSCIP's e fundações públicas. In: LEITÃO AS e PIERDONÁ ZL. Seguridade social sustentável: o futuro das políticas de proteção social. Porto: Iberojur, 2025; 122-126.
26. SILVA DS, et al. Pandemia, crise econômica e desigualdade social em saúde no Maranhão: breve análise da cobertura de saúde suplementar. Observatório Latino-Americano, 2023; 3(4): 1-17.
27. SOUSA MN, et al. Clínicas populares de saúde a partir da perspectiva de empresários e de representantes da classe médica. Saúde e Sociedade, 2024; 31(3): e210504pt.
28. TAVARES FRG e BONET OAR. Políticas de saúde e antropologia da vida na Estratégia Saúde da Família. Saúde e Sociedade, 2024; 33(3): e240337pt.
29. TORRES R. Público e privado na gestão da saúde. Portal EPSJV/Fiocruz. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br. Acessado em: 30 maio 2025.
30. VIANA DL, et al. Gestão do trabalho em saúde: sentidos e usos da expressão no contexto histórico brasileiro. Trabalho, Educação e Saúde, 2017; 15(1): 1763-1776.
31. VIEIRA FS. Nota técnica nº 26: crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea, 2016.