



CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES NO MARANHÃO: DESAFIOS PARA MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO

Thiago de Jesus Melo Silva, Jordana Crislayne de Lima Paiva, Karoliny Dantas Coutinho, Marina do Nascimento Sousa, Kátia Cristina de Castro Veiga Trovão, Janaína Luana Rodrigues da Silva Valentim, Theo Duarte da Costa, João Paulo Queiroz dos Santos, Ricardo Alexsandro de Medeiros Valentim, Karilany Dantas Coutinho



<https://doi.org/10.36557/2009-3578.2026v12n2p484-509>

Artigo recebido em 20 de Setembro e publicado em 19 de Outubro de 2026

ARTIGO DE ESTUDO DE CASO

RESUMO

Este artigo analisa o processo de contratualização dos serviços de saúde no Estado do Maranhão, com ênfase nos desafios relacionados ao monitoramento e à fiscalização dos contratos administrativos celebrados com estabelecimentos de saúde privados, com e sem fins lucrativos, que integram a rede complementar do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa e de caráter exploratório e descritivo, desenvolvido por meio de pesquisa documental. O corpus compreendeu contratos administrativos vigentes em 2025 no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão e 28 relatórios de fiscalização decorrentes de visitas *in loco*. Os dados foram examinados por meio de análise de conteúdo, conforme Bardin (2016), e organizados em três categorias analíticas: insuficiência de servidores capacitados e barreiras geográficas; ausência de protocolo padronizado de verificação baseado no Documento Descritivo; e inexistência de matriz de risco para priorização das ações fiscalizatórias. Os resultados evidenciaram fragilidades na capacidade operacional da fiscalização, na padronização dos procedimentos de verificação e na definição de critérios objetivos para priorizar o acompanhamento dos contratos, considerando a complexidade assistencial e os recursos financeiros envolvidos. Como contribuição aplicada, propõem-se dois produtos técnicos: um Protocolo de Verificação Contratual e uma Matriz de Risco para Priorização da Fiscalização dos Serviços de Saúde, com vistas a subsidiar o aprimoramento dos mecanismos de monitoramento e fiscalização da rede complementar do SUS no Maranhão.

Palavras-chave: Contratualização em saúde, Fiscalização de contratos, Gestão em saúde, Sistema Único de Saúde, Maranhão.



CONTRACTING OF COMPLEMENTARY HEALTH SERVICES IN MARANHÃO: CHALLENGES FOR MONITORING AND OVERSIGHT

ABSTRACT

This article analyzes the process of contracting health services in the state of Maranhão, with an emphasis on the challenges related to the monitoring and oversight of administrative contracts entered into with private, for-profit and nonprofit health facilities that are part of the complementary network of the Brazil's National Health System (Sistema Único de Saúde - SUS). This is a qualitative, exploratory, and descriptive case study conducted through documentary research. The corpus comprised administrative contracts in force in 2025 within the Maranhão State Department of Health and 28 inspection reports resulting from on-site visits. The data were examined through content analysis, following Bardin (2016), and organized into three analytical categories: insufficient numbers of trained staff and geographical barriers; absence of a standardized verification protocol based on the Descriptive Document; and lack of a risk matrix for prioritizing oversight activities. The results revealed weaknesses in the operational capacity for oversight, the standardization of verification procedures, and the definition of objective criteria for prioritizing contract monitoring, considering the complexity of healthcare services and the financial resources involved. As an applied contribution, two technical products are proposed: a Contract Verification Protocol and a Risk Matrix for Prioritizing the Oversight of Health Services, aimed at supporting the improvement of monitoring and oversight mechanisms for the complementary SUS network in Maranhão.

Keywords: Health service contracting, Contract oversight, Health management, Brazil's National Health System, Maranhão.



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



Instituição afiliada – Afiliação dos autores:

Thiago de Jesus Melo Silva: Programa de Pós-graduação em Gestão e Inovação em Saúde (Mestrado Profissional/UFRN).

Jordana Crislayne de Lima Paiva: Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS/UFRN), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil; Núcleo Avançado de Inovação Tecnológica (NAVI), Instituto Federal do Rio Grande do Norte (IFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil; Programa de Pós Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio grande do Norte, Brasil.

Karoliny Dantas Coutinho: Programa de Pós-graduação em Gestão e Inovação em Saúde (PPGGIS/UFRN); Núcleo Avançado de Inovação Tecnológica (NAVI), Instituto Federal do Rio Grande do Norte (IFRN).

Marina do Nascimento Sousa: Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA).

Kátia Cristina de Castro Veiga Trovão: Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA).

Janaína Luana Rodrigues da Silva Valentim: Centro de Estudos Globais - Universidade Aberta (CEG-UAb), Lisboa, Portugal; Núcleo Avançado de Inovação Tecnológica (NAVI), Instituto Federal do Rio Grande do Norte (IFRN), Natal, Brasil; Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS/UFRN), Natal, Brasil.

Theo Duarte da Costa: Escola de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS/UFRN), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

João Paulo Queiroz dos Santos: Núcleo Avançado de Inovação Tecnológica (NAVI), Instituto Federal do Rio Grande do Norte (IFRN), Natal, Brasil.

Ricardo Alexsandro de Medeiros Valentim: Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Brasil

Departamento de Engenharia Biomédica, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Brasil; Programa de Pós-Graduação em Gestão e Inovação em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Brasil; Centro de Estudos Globais - Universidade Aberta (CEG-UAb), Lisboa, Portugal.

Karilany Dantas Coutinho: Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS/UFRN), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil; Departamento de Engenharia Biomédica, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil; Programa de Pós-Graduação em Gestão e Inovação em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil; Centro de Estudos Globais - Universidade Aberta (CEG-UAb), Lisboa, Portugal.

Agradecimentos: Os autores agradecem à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), à Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES-MA) e à Fundação de Apoio à Educação e ao Desenvolvimento Tecnológico do Rio Grande do Norte (FUNCERN) pelo apoio institucional e pela colaboração para a realização deste estudo. Agradecem, ainda, pelo apoio decorrente do Projeto de Pesquisa Aplicado à Formação Avançada em Saúde para a Escola de Saúde Pública do Maranhão (ESP/MA), no âmbito da Carta Acordo SCON2026-00082.



INTRODUÇÃO

A realidade do processo de contratualização no Sistema Único de Saúde (SUS) aponta desafios que encontram seu berço desde o seu processo de instituição, pelas suas bases ancoradas nos dispositivos legais da Constituição de 1988, com a perspectiva de subsidiar ações previstas pela oferta de saúde através do setor público, em condições em que este necessita de complemento para que uma assistência de qualidade seja direcionada à população (Brasil, 1988).

Desse modo, a participação complementar da iniciativa privada constitui uma estratégia adotada pelo SUS para ampliar a oferta de serviços de saúde diante de limitações na capacidade instalada da rede pública, configurando-se como meio para alcançar o objetivo de ofertar tratamento hospitalar de forma mais segura, resolutiva e digna ao cidadão usuário do SUS (Tribunal de Contas da União - TCU, 2026).

Para compreender a relevância do direito à saúde como direito fundamental no Brasil, faz-se necessário considerar sua trajetória no constitucionalismo brasileiro. Embora Constituições anteriores, como as de 1934 e 1946, já apresentassem disposições relacionadas à assistência sanitária e à proteção da saúde, tais previsões eram restritas e, em grande medida, associadas à condição de trabalhador formal e à vinculação previdenciária. Durante o regime militar, entre 1964 e 1985, o acesso aos serviços de saúde permaneceu fortemente condicionado à inserção nos sistemas previdenciários, contribuindo para a exclusão de parcela significativa da população (Menicucci, 2007).

Segundo Menicucci (2007), foi no contexto da redemocratização e da forte mobilização social, especialmente por meio do movimento da Reforma Sanitária, que se consolidou a concepção da saúde como um direito universal. Esse processo foi fundamental para a construção das bases do SUS, posteriormente instituído pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990. O SUS passou a se fundamentar nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, representando um marco na organização das políticas públicas de saúde e na ampliação do acesso da população às ações e aos serviços públicos de saúde.

Com a promulgação da CF/88, a saúde passou a ser expressamente reconhecida como direito de todos e dever do Estado, conforme disposto no art. 196. Esse dispositivo



estabelece que o direito à saúde deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Nesse sentido, Feliciello *et al.* (2016) destacam a centralidade do princípio da universalidade, segundo o qual o acesso à saúde deve ser assegurado a todos, sem discriminação, como expressão de um direito fundamental.

A efetivação desse direito exige do Estado a adoção de estratégias de planejamento, organização, financiamento, execução e avaliação das ações e dos serviços de saúde, observando as diretrizes do SUS, que orientam a garantia do acesso aos serviços de saúde a todos, a oferta de uma atenção abrangente e contínua, desde a prevenção até a reabilitação, considerando as diferentes dimensões do indivíduo, e a redução de desigualdades a partir do reconhecimento das distintas necessidades e situações de vulnerabilidade (Brasil, 1990).

Nesse contexto, diante das limitações da capacidade instalada da rede pública para atender às demandas assistenciais, o Estado pode recorrer à participação complementar da iniciativa privada, com preferência por entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. Essa possibilidade está prevista no art. 199, § 1º, da Constituição Federal, mediante contrato de direito público ou convênios, observadas as diretrizes do sistema (Brasil, 1988).

A realidade do estado do Maranhão insere-se nessa conjuntura do nosso país, uma vez que a complementaridade se apresenta como alternativa diante dos desafios para assegurar a oferta e a disponibilidade dos serviços de saúde em todo o território estadual, considerando sua extensa dimensão territorial, de 329.651,463 km² (IBGE, 2025), e a distribuição das necessidades assistenciais entre diferentes regiões. Nesse contexto, a Secretaria de Estado da Saúde (SES/MA) utiliza a contratualização com a rede privada, especialmente os estabelecimentos filantrópicos, como estratégia para ampliar a oferta de serviços especializados, diante das limitações da capacidade de atendimento na rede própria.

O estado possui 19 regiões de saúde, distribuídas geograficamente em três grandes macrorregiões do Maranhão (Norte, Sul e Leste), conforme a Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/MA) nº 64, de 25 de maio de 2018. Essa organização regional orienta a distribuição dos serviços contratualizados, de modo a



articular a oferta às necessidades assistenciais e às características de cada região, contribuindo para a organização da rede de atenção à saúde.

A base normativa da contratualização complementar é constituída, inicialmente, pela Constituição Federal de 1988, especialmente pelo art. 199, § 1º, e pela Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e prevê a participação complementar da iniciativa privada no SUS. A Lei nº 8.142/1990 também integra esse arcabouço normativo, ao disciplinar a participação da comunidade na gestão do sistema e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

No âmbito infralegal, destacam-se ainda a Portaria nº 2.567/2016, que dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no SUS; e a Portaria nº 3.390/2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), contemplando a contratualização como instrumento de gestão dos serviços de saúde. Integram ainda esse conjunto normativo a Portaria GM/MS nº 1.604/2023 que institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do SUS; além das Portarias de Consolidação do Ministério da Saúde nº 01 e nº 02/2017. Esses instrumentos contribuem para delimitar as responsabilidades dos entes envolvidos e orientar a organização, a execução e o acompanhamento dos serviços contratualizados.

Nesse arranjo, a relação entre o poder público e os prestadores de serviços estabelece obrigações, responsabilidades, metas assistenciais, parâmetros de execução e mecanismos de monitoramento e avaliação, ultrapassando uma função meramente aquisitiva de procedimentos, ao estruturar compromissos voltados à garantia do acesso, à qualidade da assistência e à adequada aplicação dos recursos públicos.

Dentre as etapas da contratualização, destaca-se a fiscalização contratual, responsável por verificar se, de fato, a complementaridade dos serviços está sendo efetiva no cumprimento das metas pactuadas no contrato. Assim, a fiscalização do cumprimento dessas metas pode ser um dos principais desafios da gestão contratual.

Nesse sentido, a Lei nº 14.133/2021 fortaleceu a fiscalização dos contratos administrativos ao atribuir maior relevância ao acompanhamento da execução contratual e à verificação dos resultados esperados pela Administração Pública (Brasil,



2021).

Sob as perspectivas teórica e prática, o presente estudo justifica-se pela relevância de compreender como se desenvolve a gestão da contratualização complementar do SUS no estado do Maranhão, especialmente no que se refere aos mecanismos de monitoramento, avaliação e fiscalização dos contratos celebrados pela SES/MA.

A análise desses processos pode contribuir para identificar fragilidades institucionais e operacionais, bem como subsidiar o aprimoramento dos instrumentos de gestão e o fortalecimento da tomada de decisão por parte dos gestores e fiscais dos contratos administrativos.

Diante desse cenário, o objetivo deste estudo é analisar o processo de contratualização no estado do Maranhão, com ênfase nos desafios relacionados ao monitoramento e à fiscalização dos serviços contratualizados. Para isso, busca-se responder à seguinte questão norteadora: *“Quais são os desafios para o monitoramento e fiscalização dos serviços contratualizados com os estabelecimentos privados com fins lucrativos e as entidades filantrópicas no estado do Maranhão?”*.

Assim, faz-se necessário investigar se o quantitativo de profissionais capacitados para o desempenho das atividades de fiscalização é suficiente para assegurar o acompanhamento adequado e efetivo dos serviços assistenciais contratados. Além disso, busca-se analisar em que medida a ausência de protocolos sistematizados e de matriz de risco pode dificultar o exercício da fiscalização contratual e comprometer a capacidade de monitoramento e tomada de decisão da Administração Pública.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, desenvolvida por meio de estudo de caso e pesquisa documental. Na perspectiva de Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, crenças e valores, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações e dos processos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

O estudo de caso, conforme Yin (2001), consiste em uma investigação empírica de um



determinado fenômeno contemporâneo em seu contexto vivenciado, especialmente quando os limites entre fenômeno e contexto não estão claramente evidentes ou definidos, tendo como base múltiplas fontes de evidência, utilizando a triangulação dos dados. No presente estudo, foram utilizados como fontes de evidência os instrumentos contratuais, os documentos descritivos, os relatórios de fiscalização e os documentos normativos relacionados ao processo de contratualização e fiscalização dos serviços de saúde.

O caráter exploratório da pesquisa na concepção de Gil (2002) visa proporcionar maior familiaridade com o problema estudado, tornando-o mais explícito ou contribuindo para a constituição de hipóteses, tendo como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições; envolve, em geral, levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas envolvidas no objeto estudado e análise de exemplos que auxiliem na compreensão. Quanto ao caráter descritivo, Gil (2002) afirma que seu objetivo principal é a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Neste estudo, essas características foram aplicadas ao exame documental do processo de contratualização e dos mecanismos de acompanhamento e fiscalização dos serviços de saúde complementares ao SUS, não tendo sido realizadas entrevistas com gestores, fiscais ou representantes dos estabelecimentos contratualizados.

O caso investigado corresponde ao processo de contratualização de serviços de saúde complementares ao SUS, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA). As unidades de análise corresponderam aos instrumentos contratuais e aos documentos relacionados ao acompanhamento e à fiscalização dos serviços contratualizados.

Corpus documental

A pesquisa documental foi desenvolvida a partir de duas categorias de documentos. A primeira compreendeu os instrumentos diretamente relacionados à contratualização e ao acompanhamento da execução dos serviços, incluindo contratos administrativos, documentos descritivos, termos aditivos e documentos de acompanhamento e fiscalização. A segunda categoria contemplou documentos



normativos e legais relacionados à contratualização e à fiscalização dos serviços de saúde, tais como leis, normas, resoluções e regulamentações, utilizados para contextualizar o processo investigado e subsidiar a interpretação dos achados.

O corpus documental foi definido de forma intencional, considerando a pertinência dos documentos em relação ao objeto do estudo da pesquisa, sua vigência no período de análise e sua disponibilidade para consulta durante a realização da pesquisa. O período de análise compreendeu os meses de janeiro de 2025 a setembro de 2026.

Inicialmente, foram identificados 56 (cinquenta e seis) contratos administrativos vigentes no âmbito da SES/MA. Na etapa de análise documental, verificou-se a existência de relatórios de fiscalização, elaborados pelos fiscais dos contratos, decorrentes de visitas *in loco*, referentes a 28 (vinte e oito) desses contratos. Esses relatórios foram incorporados ao corpus documental por constituírem registros formais das atividades de acompanhamento presencial da execução contratual.

Além disso, esses documentos registram informações relacionadas à execução dos serviços e às condições verificadas pelos fiscais durante as visitas aos estabelecimentos contratualizados. Constituem, ainda, elementos utilizados nos procedimentos administrativos de acompanhamento da execução contratual e podem subsidiar a análise da documentação necessária ao processamento dos pagamentos aos prestadores, conforme os fluxos administrativos estabelecidos pela SES/MA.

A análise documental teve como finalidade identificar os mecanismos estabelecidos e utilizados para o acompanhamento e a fiscalização dos contratos, bem como as informações mobilizadas nesse processo. Foram examinados conteúdos relacionados às atribuições dos fiscais de contrato, aos procedimentos de verificação realizados durante as visitas *in loco*, às condições da estrutura física dos estabelecimentos, aos serviços e procedimentos assistenciais registrados e às informações previstas nos contratos e Documentos Descritivos utilizados para subsidiar o monitoramento da execução contratual.

O Documento Descritivo é o instrumento que contempla as exigências operacionais, as metas físicas e financeiras, além dos parâmetros assistenciais que orientam a



prestação dos serviços. Esse instrumento constitui referência para a execução, o monitoramento e a avaliação das obrigações pactuadas, ao estabelecer critérios objetivos para o acompanhamento dos resultados contratados (TCU, 2026).

De forma complementar, foram analisados os documentos legais e normativos relacionados à contratualização e à fiscalização dos serviços de saúde, com o objetivo de estabelecer o referencial normativo utilizado o interpretação dos achados documentais. A análise normativa permitiu confrontar os procedimentos identificados nos documentos institucionais com as disposições legais e regulamentares aplicáveis ao processo de contratação e fiscalização.

Análise dos dados

Para a organização, categorização e interpretação das informações textuais, foi utilizada a análise de conteúdo, conforme Bardin (2016), contemplando as três etapas metodológicas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na etapa de pré-análise, foram selecionados, organizados e sistematizados os documentos pertinentes ao objeto do estudo. Nessa etapa, realizou-se a leitura inicial dos contratos, documentos descritivos e relatórios de fiscalização, buscando identificar os conteúdos relacionados ao processo de acompanhamento e fiscalização da execução contratual.

Na fase de exploração do material, os documentos foram examinados de forma sistemática, com identificação e organização dos conteúdos relacionados às práticas de fiscalização, aos mecanismos de monitoramento, e às condições de execução dos serviços, às atribuições dos fiscais e aos instrumentos utilizados para verificar o cumprimento das obrigações contratuais.

Na terceira etapa, correspondente ao tratamento dos resultados, foram realizadas a organização, a interpretação e a articulação dos achados documentais com o referencial teórico e normativo adotado.

As categorias analíticas identificadas foram: **(1) insuficiência de servidores capacitados e barreiras geográficas; (2) ausência de protocolo padronizado baseado no Documento Descritivo; e (3) inexistência de matriz de risco para priorização da**



fiscalização. Essas categorias foram utilizadas para organizar e interpretar os principais fatores limitadores identificados no processo de acompanhamento e fiscalização dos contratos de serviços de saúde complementares ao SUS no âmbito da SES/MA.

A utilização de diferentes fontes documentais permitiu realizar a triangulação das informações, confrontando os conteúdos dos contratos e documentos descritivos com os registros constantes nos relatórios de fiscalização e com o marco legal e normativo aplicável.

Delimitação do estudo

A pesquisa concentrou-se na análise dos instrumentos de contratualização e dos mecanismos formalmente estabelecidos e utilizados para o acompanhamento e a fiscalização dos contratos de serviços de saúde complementares ao SUS. Dessa forma, o estudo não teve como finalidade avaliar diretamente o desempenho assistencial dos estabelecimentos contratualizados, a qualidade clínica dos serviços prestados ou os resultados de saúde dos usuários. A análise esteve direcionada às condições institucionais, documentais e operacionais relacionadas ao processo de fiscalização contratual, buscando identificar suas principais fragilidades e os elementos que podem limitar a capacidade da Administração Pública de acompanhar a execução das obrigações pactuadas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A organização regionalizada e hierarquizada da atenção à saúde pressupõe a articulação entre gestores e prestadores, de modo a assegurar a oferta de serviços compatíveis com as necessidades da população. Nesse sentido, Albuquerque (2014) destaca a importância dos processos de negociação entre gestores para viabilizar a formação de redes de atenção à saúde. No estado do Maranhão, essa articulação também se concretiza por meio da contratualização de serviços complementares com estabelecimentos privados com fins lucrativos e as entidades filantrópicas, com fundamento no artigo 199, § 1º, da Constituição Federal de 1988.

A SES/MA utiliza esse instrumento em diferentes áreas assistenciais, incluindo clínica médica, cirúrgica, leitos de terapia intensiva, assistência oncológica, nefrologia, cardiologia, entre outras, com o propósito de ampliar a oferta de serviços e contribuir



para a garantia do acesso dos usuários ao SUS.

Em consonância com o princípio da universalidade, Pontes (2009) afirma que este princípio se traduz como um direito de cidadania, abrangendo a cobertura, o atendimento e o acesso aos serviços do SUS, sob a perspectiva de que o Estado deve assegurar assistência à população em geral. Assim, após a formalização do processo administrativo de contratação, o estabelecimento privado passa a integrar a rede complementar do SUS, assumindo obrigações assistenciais previamente pactuadas com o poder público, conforme preconiza o art. 4º, parágrafo segundo da Lei 8.080 de 1990.

No Maranhão, essa estratégia tem contribuído para a expansão da oferta assistencial. Conforme os dados considerados neste estudo, em especial o quadro de serviços contratualizados na SES, versão 2026, bem como a Programação Anual de Saúde (PAS-2026), a rede complementar contratualizada é composta por 56 contratos celebrados com estabelecimentos terceirizados. Na perspectiva de Giovanella (2012), a contratualização assume papel estratégico na organização e na gestão do sistema de saúde, especialmente por favorecer a articulação entre a oferta de serviços, o planejamento assistencial e os mecanismos de regulação. Dessa forma, sua função não se restringe à aquisição de procedimentos, mas envolve a organização de compromissos assistenciais e a definição de mecanismos de acompanhamento dos resultados contratados.

A participação complementar da rede privada ocorre por meio de instrumentos jurídicos que estabelecem obrigações, responsabilidades, metas assistenciais e parâmetros de execução. Essa configuração relaciona-se ao entendimento de Globekner (2011), segundo o qual o reconhecimento constitucional da saúde como direito fundamental também repercute sobre a esfera privada, que pode participar da concretização das ações e dos serviços de saúde, sem afastar a responsabilidade estatal pela garantia desse direito.

O processo de planejamento para contratação dos serviços é conduzido pela Superintendência de Controle e Avaliação do Sistema de Saúde, unidade responsável pela elaboração dos documentos necessários à instrução processual e pelo acompanhamento da execução dos serviços na fase contratual.

Após a assinatura do contrato, os estabelecimentos privados passam a integrar formalmente a rede complementar do SUS, comprometendo-se com a execução dos



serviços previstos no instrumento contratual. A remuneração ocorre mediante o processamento da produção assistencial aprovada e a apresentação da respectiva documentação fiscal, observados os procedimentos administrativos aplicáveis e o atesto da execução pelo fiscal do contrato. Nesse sentido, o art. 141 da Lei nº 14.133/2021 estabelece a observância da ordem cronológica de pagamentos, conforme as categorias de contratos e as condições previstas na legislação. No modelo descrito, o pagamento está vinculado à produção aprovada, ou seja, aos procedimentos efetivamente realizados e reconhecidos nos sistemas e fluxos administrativos correspondentes.

Considerando a dinâmica dos pagamentos contratuais e dos mecanismos de fiscalização adotados no Estado do Maranhão, a análise de conteúdo, fundamentada em Bardin (2016), realizada a partir de 56 contratos vigentes na Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA), no período de 2025 até o momento da pesquisa, e de 28 relatórios de fiscalização decorrentes de visitas *in loco* realizada pelo fiscal de contrato, evidenciou fragilidades nos mecanismos de monitoramento e acompanhamento da execução contratual. Embora exista um fluxo institucional definido para a fiscalização e o processamento dos pagamentos, a análise documental revelou limitações relacionadas à sistematização das informações, à verificação das metas pactuadas e à capacidade de acompanhamento dos resultados assistenciais e financeiros.

Para compreender essas fragilidades, torna-se necessário inicialmente descrever as principais formas de acompanhamento da execução dos serviços contratualizados adotadas pela SES/MA. A primeira ocorre por meio do registro da produção assistencial pelos próprios estabelecimentos de saúde nos sistemas de informação do Ministério da Saúde, especialmente o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Esses sistemas possibilitam o registro, o processamento e a consolidação da produção ambulatorial e hospitalar, constituindo importante fonte de informação para o acompanhamento dos procedimentos realizados e para o processamento da produção apresentada pelos prestadores.

A segunda forma de acompanhamento ocorre por meio da fiscalização direta dos contratos. Para essa finalidade, são designados fiscais de contrato por meio de ato administrativo estadual, aos quais compete acompanhar a execução das obrigações



pactuadas, verificar a conformidade dos serviços prestados em relação às condições estabelecidas no instrumento contratual e registrar os resultados das ações de fiscalização. Entre suas atribuições, destacam-se as visitas *in loco* aos estabelecimentos contratualizados e a elaboração dos respectivos relatórios de fiscalização. Esses registros constituem elementos relevantes para a comprovação da execução contratual e podem subsidiar os procedimentos administrativos relacionados ao reconhecimento da despesa e ao pagamento dos serviços efetivamente prestados, observadas as disposições da Lei nº 14.133/2021.

Apesar da existência desses dois mecanismos de acompanhamento, a análise dos documentos evidencia que a fiscalização do cumprimento das metas pactuadas permanece como um desafio para a gestão contratual. A utilização dos sistemas de informação permite o registro e o processamento da produção, mas não substitui a necessidade de verificação das condições efetivas de execução dos serviços, especialmente quanto ao cumprimento das metas, dos parâmetros assistenciais e das demais obrigações estabelecidas nos instrumentos contratuais e respectivos Documentos Descritivos.

No contexto da fiscalização dos serviços de saúde contratualizados pela SES/MA, os resultados da análise de conteúdo indicam que os instrumentos atualmente utilizados apresentam limitações que podem comprometer a sistematicidade, a uniformidade e a capacidade de resposta do processo fiscalizatório. Essas limitações não estão necessariamente relacionadas à inexistência de procedimentos de fiscalização, mas à ausência ou insuficiência de mecanismos capazes de conferir maior padronização, objetividade e capacidade de priorização às atividades desenvolvidas pelos fiscais.

A partir da análise dos 56 contratos e dos 28 relatórios de fiscalização *in loco*, foram identificadas três categorias analíticas que sintetizam os principais fatores limitadores da efetividade da fiscalização contratual na SES/MA: (1) insuficiência e sobrecarga dos profissionais responsáveis pela fiscalização; (2) ausência de padronização dos instrumentos e procedimentos de verificação das metas e obrigações contratuais; e (3) ausência de uma matriz de riscos para a priorização das ações de fiscalização.



Essas categorias orientaram a análise dos documentos e permitiram organizar os achados segundo dimensões relacionadas à capacidade operacional, à estrutura dos instrumentos de fiscalização e à gestão baseada em riscos. A análise de cada categoria é apresentada a seguir, buscando relacionar as evidências identificadas nos contratos e nos relatórios de fiscalização aos desafios enfrentados pela gestão da rede complementar do SUS no Estado do Maranhão.

Categoria 1 - Insuficiência de servidores capacitados e barreiras geográficas.

A análise dos contratos e dos relatórios de fiscalização evidenciou a sobrecarga dos profissionais responsáveis pelo acompanhamento contratual, com registros de fiscais vinculados, simultaneamente, a sete ou mais contratos, além do desempenho de outras atividades setoriais no âmbito da Superintendência de Controle e Avaliação. Esse cenário constitui um fator limitador da capacidade operacional da fiscalização, especialmente diante da diversidade de serviços, da complexidade assistencial e da dispersão territorial dos estabelecimentos contratualizados.

A Lei nº 14.133/2021 estabelece, em seu art. 7º, requisitos para a designação dos agentes públicos que desempenham funções essenciais à execução das contratações, considerando aspectos relacionados às suas atribuições, à qualificação e à compatibilidade com as responsabilidades assumidas. O art. 117, por sua vez, determina que a execução do contrato seja acompanhada e fiscalizada por um ou mais fiscais, representantes da Administração, especialmente designados de acordo com os requisitos estabelecidos no art. 7º da referida lei.

A fiscalização contratual constitui, portanto, etapa essencial da gestão dos contratos administrativos, uma vez que possibilita verificar a correspondência entre os serviços efetivamente prestados e as obrigações estabelecidas nos instrumentos contratuais. Sua finalidade ultrapassa o acompanhamento meramente formal da execução, abrangendo a identificação de inconsistências, o registro de não conformidades e a



adoção das providências administrativas cabíveis, de modo a contribuir para a proteção do interesse público e para a adequada aplicação dos recursos públicos.

Nesse sentido, Almeida (2022) destaca a relevância do fiscal de contratos para a adequada execução contratual, ressaltando que sua atuação envolve o acompanhamento das obrigações assumidas pelas partes e a identificação preventiva e corretiva de eventuais inconsistências, irregularidades ou descumprimentos que possam comprometer o interesse público. Ressalta também a necessidade de que o fiscal exerça sua função com diligência, considerando as responsabilidades atribuídas pela legislação. Dessa perspectiva, a fiscalização assume caráter estratégico na promoção da legalidade, da eficiência e da economicidade da gestão contratual.

A Lei nº 14.133/2021 ampliou a sistematização das atribuições e responsabilidades dos agentes envolvidos nas contratações públicas, reforçando a importância de que a Administração disponha de estrutura adequada para o acompanhamento da execução contratual.

No contexto analisado, a acumulação de múltiplos contratos por um mesmo fiscal, associada ao desempenho de outras atividades institucionais, pode reduzir a disponibilidade necessária para o acompanhamento sistemático dos serviços. Essa limitação torna-se particularmente relevante quando a fiscalização depende da realização de visitas *in loco*, uma vez que o deslocamento até os estabelecimentos contratualizados demanda tempo, planejamento logístico e disponibilidade funcional.

No Estado do Maranhão, essa dificuldade é potencializada pela extensão territorial e pela descentralização dos prestadores que integram a rede complementar do SUS. A distribuição dos estabelecimentos contratualizados em diferentes municípios amplia a complexidade logística da fiscalização e pode contribuir para intervalos não uniformes entre as visitas técnicas. Consequentemente, a impossibilidade de realizar acompanhamento presencial com periodicidade regular pode limitar a capacidade de verificar, de forma contínua, a correspondência entre a produção registrada nos sistemas de informação e as condições efetivas de execução dos serviços.

No âmbito da participação complementar prevista no art. 199, § 1º, da Constituição Federal e regulamentada pelo art. 24 da Lei nº 8.080/1990, essa limitação apresenta implicações relevantes para a gestão pública, uma vez que a contratação de



serviços privados para complementar a oferta pública requer mecanismos capazes de acompanhar a execução das obrigações pactuadas. Assim, os achados indicam a necessidade de fortalecer a capacidade institucional de fiscalização, considerando não apenas a disponibilidade quantitativa de servidores, mas também sua qualificação, a distribuição dos contratos, a complexidade dos serviços e as características territoriais do Estado.

Categoria 2 - Ausência de protocolo padronizado baseado no Documento Descritivo.

O segundo desafio identificado na análise refere-se à ausência de um protocolo padronizado para orientar a fiscalização dos contratos celebrados pela Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA). Embora o Documento Descritivo constitua instrumento integrante da contratualização e estabeleça metas físicas, financeiras, indicadores e demais parâmetros relacionados à execução dos serviços, verificou-se a inexistência de um roteiro sistematizado que traduza essas obrigações em critérios objetivos e uniformes de verificação durante as atividades fiscalizatórias.

O Documento Descritivo constitui importante referência para o acompanhamento da execução contratual, na medida em que delimita as obrigações assistenciais assumidas pelo prestador e estabelece parâmetros para o monitoramento dos resultados pactuados. A Portaria GM/MS nº 3.410/2013 estabelece diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, contemplando a definição de metas e mecanismos de acompanhamento da execução contratual. No mesmo sentido, documentos e orientações do Tribunal de Contas da União destacam a importância da definição de critérios objetivos para o acompanhamento e a avaliação da execução dos contratos públicos (TCU, 2024).

Entretanto, os achados da análise documental indicam que a existência de metas e obrigações formalmente estabelecidas nos contratos e respectivos Documentos Descritivos não é acompanhada, necessariamente, de um instrumento operacional padronizado para sua verificação. Na prática, a ausência de um protocolo ou checklist estruturado pode fazer com que diferentes fiscais adotem procedimentos distintos para avaliar uma mesma obrigação contratual, especialmente diante da diversidade de serviços e especialidades que compõem a rede complementar.



Essa situação assume maior complexidade considerando a heterogeneidade dos serviços contratualizados pela SES/MA, que abrangem áreas assistenciais distintas, como oncologia, cardiologia, nefrologia e terapia intensiva, entre outras. Cada uma dessas áreas apresenta características próprias, diferentes níveis de complexidade e requisitos técnicos específicos. Embora essas particularidades devam ser preservadas, a fiscalização necessita de uma estrutura mínima comum que permita verificar, de maneira sistemática, as obrigações previstas em cada contrato.

Nesse sentido, a ausência de um roteiro padronizado pode favorecer a adoção de critérios diferenciados entre os fiscais, não necessariamente decorrentes das especificidades dos serviços, mas da inexistência de parâmetros institucionais uniformes para orientar a coleta, o registro e a análise das evidências. Tal situação pode gerar assimetria de informação entre a Administração Pública e os prestadores de serviços, dificultando a comparação dos resultados obtidos em diferentes fiscalizações e reduzindo a rastreabilidade das informações utilizadas para subsidiar as decisões administrativas.

A padronização, nesse contexto, não significa estabelecer um instrumento rígido e idêntico para todos os contratos. Ao contrário, um protocolo institucional poderia combinar itens gerais de verificação, aplicáveis a todos os contratos, com módulos específicos de acordo com a natureza e a complexidade do serviço contratado. Dessa maneira, seria possível conciliar uniformidade metodológica e especificidade assistencial.

A ausência desse mecanismo também pode repercutir sobre a qualidade da tomada de decisão do fiscal. Quando não estão claramente definidos os elementos que devem ser verificados, os documentos que devem ser analisados, as evidências que precisam ser registradas e os critérios para caracterização de conformidade ou não conformidade, aumenta a possibilidade de interpretações distintas acerca do cumprimento das obrigações contratuais.

Giovanella (2012) destaca que a contratualização vai além da mera aquisição de procedimentos, devendo estar associada à definição de objetivos assistenciais, metas e mecanismos de monitoramento. Nessa perspectiva, a efetividade da contratualização



depende não apenas da existência formal das metas, mas também da capacidade institucional de acompanhá-las e avaliar seu cumprimento de maneira sistemática.

Assim, o problema identificado não reside necessariamente na ausência de metas ou obrigações contratuais, mas na lacuna existente entre aquilo que foi pactuado no Documento Descritivo e os instrumentos utilizados para verificar sua execução.

Categoria 3 - Inexistência de matriz de risco para priorização.

O terceiro fator identificado na análise como limitador da fiscalização dos contratos de serviços de saúde refere-se à inexistência de uma matriz de riscos, funcionando como um instrumento da gestão, que possibilita visualizar de modo amplo contratos administrativos, observando o nível de complexidade do serviço e o volume financeiro alocado para o serviço, subsidiando assim a priorização das ações fiscalizatórias. A ausência desse instrumento dificulta a definição de critérios objetivos para estabelecer a frequência e a intensidade das fiscalizações, considerando variáveis como o nível de complexidade dos serviços prestados, a relevância assistencial, o volume financeiro dos contratos e os potenciais impactos decorrentes de eventuais não conformidades.

Globekner (2011) ressalta que o reconhecimento da saúde como direito fundamental (art. 196 da CF) mantém a responsabilidade estatal pela garantia do acesso, mesmo com participação complementar (art. 4º, § 2º, da Lei 8.080/1990). Logo, a priorização deve ser proporcional ao risco assistencial (vazio assistencial, complexidade) e financeiro.

A ausência de uma matriz de risco dificulta a adoção de critérios sistemáticos para determinar quais contratos devem receber maior frequência de visitas, quais necessitam de acompanhamento documental mais aprofundado e quais podem ser submetidos a rotinas de fiscalização menos intensivas. A consequência é que a fiscalização tende a se organizar predominantemente segundo a disponibilidade operacional dos fiscais e as demandas administrativas existentes, e não necessariamente segundo uma avaliação estruturada dos riscos associados a cada contrato. Esta isonomia segue uma lógica diferente de uma gestão baseada em risco recomendada pelo TCU (2026).



Essa limitação torna-se particularmente relevante diante dos resultados encontrados na análise documental. Dos 56 contratos vigentes analisados, foram identificados 28 contratos com relatórios de fiscalização decorrentes de visitas *in loco*, correspondendo a **50% do universo estudado**. Esse resultado evidencia uma cobertura documental presencial limitada no período analisado e reforça a necessidade de compreender quais critérios são utilizados para definir a realização das visitas e a frequência do acompanhamento presencial.

Em relação à perspectiva dos cofres públicos, a ausência da fiscalização presencial em metade da rede complementar contratada amplia os riscos de alocação ineficiente de recursos, fragilizando os mecanismos de controle financeiro e comprometendo a verificação do efetivo cumprimento das metas físicas e financeiras pactuadas, limitando a capacidade do Estado de assegurar a correta e regular aplicação dos recursos do SUS.

Na perspectiva da assistência prestada aos usuários do SUS no Estado do Maranhão, a falta desta verificação presencial e sistemática pode resultar em solução de continuidade na oferta dos serviços, existência de não conformidades assistenciais e possíveis prejuízos à qualidade e à segurança do atendimento de saúde prestado à população, reforçando a necessidade do aprimoramento dos instrumentos de controle e avaliação contratual.

Nesse contexto, uma matriz de riscos poderia constituir instrumento de apoio à tomada de decisão, permitindo classificar os contratos segundo critérios previamente definidos e estabelecer diferentes níveis de prioridade para as ações de fiscalização. Entre os critérios possíveis, destacam-se a complexidade assistencial, o volume financeiro contratado, a quantidade de usuários atendidos, a essencialidade do serviço para a rede de atenção, o histórico de não conformidades, a frequência de glosas ou inconsistências, a existência de demandas ou reclamações e o impacto potencial de eventual interrupção do serviço.

Os achados deste estudo, portanto, indicam que a inexistência de uma matriz de riscos constitui uma fragilidade relevante para a gestão da fiscalização contratual na SES/MA. A proposição desses instrumentos busca fortalecer a capacidade institucional



da SES/MA de transformar os resultados da fiscalização em informações sistematizadas para a tomada de decisão, contribuindo para maior racionalidade na alocação da equipe disponível, maior padronização dos procedimentos de verificação e aprimoramento dos mecanismos de controle sobre a execução dos serviços contratualizados

Diante desse cenário, os resultados da análise documental subsidiaram a proposição de dois produtos técnicos destinados ao aprimoramento da gestão contratual: **(1) Protocolo de Verificação Contratual**, estruturado a partir das obrigações, metas e parâmetros estabelecidos no Documento Descritivo; e **(2) Matriz de Risco para Priorização da Fiscalização dos Serviços de Saúde**, destinada a classificar os contratos segundo critérios de risco assistencial, financeiro e operacional e, a partir dessa classificação, orientar a periodicidade e a intensidade das ações fiscalizatórias.

A proposição desses instrumentos busca fortalecer a capacidade institucional da SES/MA de transformar os resultados da fiscalização em informações sistematizadas para a tomada de decisão, contribuindo para maior racionalidade na alocação da equipe disponível, maior padronização dos procedimentos de verificação e aprimoramento dos mecanismos de controle sobre a execução dos serviços contratualizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa alcançou o objetivo proposto de analisar o processo de contratualização de serviços de saúde complementares ao SUS, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA), com ênfase nos desafios relacionados ao monitoramento e à fiscalização dos serviços contratualizados. A análise do universo de 56 contratos e dos 28 contratos vigentes para os quais foram identificados relatórios de fiscalização decorrentes de visitas *in loco* permitiu identificar aspectos da dinâmica de acompanhamento da execução contratual e evidenciou fragilidades nos mecanismos utilizados para subsidiar a fiscalização dos serviços prestados por estabelecimentos privados com fins lucrativos e entidades filantrópicas.

Os achados apontaram três desafios centrais no processo analisado. (A) O primeiro refere-se à necessidade de capacitação específica dos servidores designados para a função de fiscal de contrato, considerando a complexidade das atribuições relacionadas ao acompanhamento da execução de serviços de saúde. (B) O segundo diz



respeito à inexistência de um roteiro padronizado que sistematize os procedimentos, critérios e informações a serem observados durante as atividades de fiscalização. A ausência dessa referência pode resultar em diferentes formas de condução das atividades e favorecer assimetrias na produção e no registro das informações utilizadas no acompanhamento contratual. (C) O terceiro desafio relaciona-se à ausência de um mecanismo estruturado de avaliação e classificação de riscos que possibilite estabelecer prioridades para as ações de fiscalização, considerando aspectos como a complexidade dos serviços contratualizados, o volume de recursos financeiros envolvidos e a localização dos prestadores em regiões caracterizadas por vazios assistenciais.

Em conjunto, esses achados indicam que os desafios identificados não se restringem à realização das atividades de fiscalização, mas envolvem também aspectos relacionados à preparação dos agentes responsáveis, à padronização dos procedimentos e à definição de critérios para orientar a alocação dos esforços de acompanhamento.

Nesse sentido, os resultados contribuem para ampliar a compreensão sobre os mecanismos de fiscalização dos contratos de serviços de saúde complementares ao SUS e fornecem elementos para o aprimoramento dos processos de gestão e acompanhamento da execução contratual no contexto investigado.

Como contribuição aplicada, os resultados da pesquisa fundamentam a proposição de dois produtos técnicos voltados ao aprimoramento da fiscalização contratual: um Protocolo de Verificação Contratual, destinado à sistematização e padronização dos procedimentos a serem observados pelos fiscais, e uma Matriz de Risco, concebida para apoiar a classificação dos contratos e a definição de prioridades para as ações de fiscalização, a partir de critérios relacionados ao volume financeiro, à complexidade dos serviços e à localização dos prestadores em áreas de vazio assistencial.

A adoção desses instrumentos poderá favorecer maior uniformidade na execução das atividades de fiscalização, qualificar a produção e o registro das informações e apoiar uma atuação orientada por critérios objetivos de priorização.

Quanto às limitações do estudo, destaca-se a natureza documental da investigação, que restringiu a análise às informações registradas nos contratos e nos documentos produzidos no processo de acompanhamento e fiscalização, não



contemplando a percepção dos diferentes atores envolvidos na contratualização, como fiscais, gestores e prestadores de serviços.

Além disso, por se tratar de um estudo de caso circunscrito à realidade institucional da SES/MA, os achados estão relacionados às características organizacionais e normativas do contexto analisado, o que requer cautela quanto à sua transferência para outras instituições ou unidades federativas.

Como desdobramento futuro da pesquisa, recomenda-se o desenvolvimento e a aplicação dos produtos técnicos propostos, acompanhados de avaliação de sua aplicabilidade no cotidiano da fiscalização. Estudos posteriores poderão verificar em que medida esses instrumentos contribuem para a padronização dos procedimentos, a qualificação das informações produzidas e a priorização das ações de fiscalização, bem como analisar sua adequação a diferentes contextos de contratualização de serviços de saúde no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso; MORAIS, Heloísa Maria Mendonça de; LIMA, Luci Praciano. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1827-1836, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.11862014>. Acesso em: 12 ago. 2026.

ALMEIDA, Carlos Wellington Leite de. Fiscalização contratual na Lei 14.133/2021: Governança e resultado na execução de contratos administrativos. **Revista do TCU**, Brasília, v. 150, n. 150, p. 85–111, 2023. Disponível em: <https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/1814>. Acesso em: 7 set. 2026.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 1 ago. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 1 ago. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da



comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 2 ago. 2026.

BRASIL. **Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.** Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14133.htm. Acesso em: 12 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2017]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017_comp.html. Acesso em: 7 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017_comp.html. Acesso em: 7 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023.** Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/view>. Acesso em: 9 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.567, de 25 de novembro de 2016. Dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2016]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/regulacao/arquivos/portaria2567.pdf/view>. Acesso em: 9 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 12 set. 2026.

FELICIELLO, D. et al. **Contratualização de serviços de saúde:** guia prático para gestores públicos e gerentes de serviços de saúde do SUS. Campinas: Unicamp, 2016. p. 46. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/373752909_GUIA_PRATICO_PARA_GESTORES_PUBLICOS_E_GERENTES_DE_SERVICOS_DE_SAUDE_DO_SUS. Acesso em: 13 set.



2026.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf. Acesso em: 20 ago. 2026.

GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 113. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-00.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2026.

GLOBEKNER, Osmir Antonio. A saúde entre o público e o privado: o desafio da alocação social dos recursos sanitários escassos. São Paulo: Juruá, 2011.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Maranhão: panorama: área territorial. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma.html>. Acesso em: 18 set. 2026.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB/MA nº 64, de 25 de maio de 2018. São Luís: SES, 2018. Disponível em: <https://www.saude.ma.gov.br/cib/resolucoes-2018/>. Acesso em: 19 set. 2026.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **Programação Anual de Saúde (PAS - 2026)**. São Luís: SES/MA, 2026.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000200012>. Acesso em: 3 ago. 2026.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

PONTES, Ana Paula Munhen de et al. O princípio da universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 500-507, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000300007>. Acesso em: 13 set. 2026.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Guia de contratualização hospitalar centrada no cidadão. Brasília, DF: TCU, 2026. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/uploads/TCU_Guia_de_contratualizacao_hospitalar_centrada_no_cidadao_V2_WEB_2_ca04a97a21.pdf. Acesso em: 1 ago. 2026.

YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.