



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas

Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais (CCA)

Bacharelado em Ciências Contábeis

EDUARDA CRISTINA FREIRE CARDOSO

**ANÁLISE DA RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA E A UTILIZAÇÃO DE OPME
NO SUS**

BRASÍLIA

2019

Professora Doutora Márcia Abrahão Moura
Reitora da Universidade de Brasília

Professor Doutor Sergio Antonio Andrade de Freitas
Decano de Ensino de Graduação

Professora Doutora Adalene Moreira Silva
Decana de Pós-graduação

Professor Doutor Eduardo Tadeu Vieira
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Professor Doutor Paulo César de Melo Mendes
Chefe do Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais

Professor Doutor César Augusto Tibúrcio Silva
Coordenador do Programa Pós-graduação em Ciências Contábeis

Professora Doutora Danielle Montenegro Salamone Nunes
Coordenador de Graduação do curso de Ciências Contábeis – Diurno

Professor Mestre Elivânio Geraldo de Andrade
Coordenador de Graduação do curso de Ciências Contábeis – Noturno

EDUARDA CRISTINA FREIRE CARDOSO

**ANÁLISE DA RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA E A UTILIZAÇÃO DE OPME
NO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) apresentado ao Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília como requisito à conclusão da disciplina Pesquisa em Ciências Contábeis e obtenção do grau de Bacharel em Ciências Contábeis.

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Mariana Guerra

Linha de Pesquisa:

Contabilidade para Tomada de Decisão

Área de Concentração:

Contabilidade Financeira

BRASÍLIA

2019

FREIRE CARDOSO, Eduarda C.

Análise da relação público-privada e a utilização de OPME no SUS –
Brasília, 2019. P. 33

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mariana Guerra

Trabalho de conclusão de curso (Monografia – Graduação) –
Universidade de Brasília, 1º semestre letivo de 2019.

Bibliografia.

1. Relação público-privada; 2. Órteses; 3. Próteses; 4. Materiais
Especiais; 5. SUS.

EDUARDA CRISTINA FREIRE CARDOSO

**ANÁLISE DA RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA E A UTILIZAÇÃO DE OPME
NO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) apresentado ao Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília como requisito à conclusão da disciplina Pesquisa em Ciências Contábeis e obtenção do grau de Bacharel em Ciências Contábeis.

Prof. Dr.^a Mariana Guerra
Professora Orientadora
Universidade de Brasília

Prof. Dr.^a Andréa Gonçalves
Professora Examinadora
Universidade de Brasília

BRASÍLIA

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha mãe que com todo seu esforço e dedicação sempre investiu em mim e na minha educação independente de qualquer circunstância. Agradeço aos colegas que fiz durante curso e que diversas vezes me ajudaram nos momentos de dúvidas. Agradeço aos meus amigos que me apoiaram e me incentivaram, principalmente àqueles que me acompanharam de perto nos últimos anos.

Sou grata a todos os professores com os quais já tive oportunidade de estudar, em especial à minha orientadora, professora Mariana Guerra pelo tempo e orientação dedicados a mim. Por fim, agradeço à esta instituição a qual tenho orgulho e sempre foi um sonho fazer parte.

RESUMO

As Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) são dispositivos que ajudam a melhorar a qualidade de vida e a reduzir a mortalidade de pacientes. O consumo de OPME cresceu nos últimos anos, mas por se tratar de um material de alto custo, parte da população não tem acesso a esses dispositivos. Outro fator de destaque é o modelo de financiamento atual que incentiva indiretamente a realização de procedimentos mais complexos, tanto no setor público quanto no setor privado. Diante da escassez de estudos sobre o tema e do impacto que causa na parte financeira do setor de saúde, esta pesquisa tem como objetivo analisar a relação público-privada do SUS e o acesso a OPME. Para tanto, procedeu-se a análise de dados através do DATASUS para obter os resultados regionais, limitados aos procedimentos de OPME e por tipo de prestador. Dentre os resultados, destaca-se que: (i) a região Sudeste possui a maior quantidade e o maior valor aprovado de OPME, enquanto a região Norte apresenta os menores valores; (ii) mesmo o sistema público sendo responsável por maior parte dos procedimentos que utilizam OPME, os valores repassados aos hospitais privados conveniados ao SUS são maiores; (iii) embora a região Nordeste tenha quantidade aprovada inferior à região Sul, o valor aprovado foi maior, indicando uma possível variação de preço de acordo com a região onde ocorre a utilização de OPME. Assim, concluiu-se que não há, em nenhuma das regiões, dependência do sistema de saúde privado para realização de procedimentos com OPME e que quando o usuário do SUS é atendido por um prestador de serviço privado, os custos desses procedimentos são maiores do que os custos quando realizados em hospitais públicos.

Palavras-chave: Relação público-privada; Órteses; Próteses; Materiais Especiais; SUS.

ABSTRACT

Orthotics, Prostheses and Special Materials (OPSM) are devices that help to improve quality of life and reduce patient mortality. The consumption of OPSM has grown in recent years, but due to be a high-cost material, part of the population does not have access to such devices. Another important factor is the current financing model that indirectly encourages the implementation of more complex procedures, both in the public sector and in the private sector. Given the scarcity of studies on the subject and the impact it causes on the financial part of the health sector, this research aims to analyze the SUS public-private relationship and access to OPSM. To do so, we analyzed data extracted from DATASUS to obtain the regional results, limited to the OPSM procedures and by type of provider. Among the results, we highlight that: (i) the Southeast region has the highest quantity and the highest OPSM value, while the North region presents the lowest values for both results; (ii) even though it is responsible for most of the procedures that use OPSM (82.67%), the public system receives less than the private hospitals that are contracted with the SUS, corresponding to only 35.86% of the total value approved; (iii) although the Northeastern region has an approved quantity lower than the South region, the approved value was higher, indicating a possible price variation according to the region where OPSM is used. It was concluded that in neither region is there a dependence on the private health system for performing procedures with OPSM, and when the SUS user is treated by a private service provider, the costs of these procedures are higher than the costs performed in public hospitals and those costs may vary according to the region where the procedure is performed.

Keywords: Public-private relationship; Orthoses; Prostheses; Special Materials; SUS.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Quantidade aprovada de OPME por região - Jan/2010 a Dez/2015.....	22
Tabela 2 - Valor aprovado de OPME por região - Jan/2010 a Dez/2015	23
Tabela 3 - Quantidade e valor aprovado de OPME <i>per capita</i> por região - Jan/2010 a Dez/2015.....	24
Tabela 4 - Quantidade aprovada de OPME por região e por prestador - Jan/2010 a Dez/2015.....	24
Tabela 5 - Valor aprovado de OPME por região e por prestador - Jan/2010 a Dez/2015	25

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REVISÃO DA LITERATURA	12
3. METODOLOGIA	19
3.1 Coleta e tratamento dos dados	20
3.2 Limitações do estudo	21
4. RESULTADOS	22
4.1 Análise descritiva de OPME por região.....	22
4.2 Análise descritiva de OPME por região e por prestador.....	24
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

1. INTRODUÇÃO

As Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) são dispositivos que colaboram para uma melhor qualidade de vida e redução da mortalidade de pacientes (JUNIOR et al., 2013). Machado (2018) define órteses como dispositivos permanentes ou transitórios que são utilizados para auxiliar as funções de um membro, órgão ou tecido. Por outro lado, as próteses são dispositivos permanentes ou transitórios que podem substituir total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Por fim, são chamados de materiais especiais, os instrumentos utilizados em processos cirúrgicos e diagnósticos, relacionados ou não à implantação de próteses.

As OPME são utilizadas na assistência à saúde para fins de intervenção médica ou odontológica, de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica. Trata-se de um grupo complexo, pois envolve diversos interesses e interessados: pacientes, médicos e demais profissionais da saúde, hospitais, fabricantes e fornecedores de materiais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). São produtos de alto custo, que possuem grande impacto financeiro e ainda é passível a superfaturamentos (ALENCAR, 2016). A assimetria de informações no setor de OPME atrapalha a eficiência dos sistemas de saúde público e privado e prejudica financeiramente a gestão da saúde (SOBRAL, 2014).

O consumo de OPME cresceu 44% entre 1999 e 2008. Apesar do crescimento, por se tratar de material de alto custo, grande parte da população não tem acesso a esses dispositivos (GTT HEALTHCARE, 2017). Dado que a oferta adequada de serviços de saúde é um desafio no sistema de saúde no Brasil, a discussão entre acesso e a distribuição geográfica desses serviços é crucial (ROCHA et al., 2017).

Martins (2018) fez uma avaliação da relação público-privada quanto ao acesso a procedimentos de alta complexidade financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e evidenciou que a maior parte das internações ocorreu em instituições privadas contratadas, exceto na Região Norte que teve maior acesso à rede SUS. Para a autora, o SUS é dependente do setor privado e a relação público-privada, nos anos analisados, não foi suficiente para garantir acesso equitativo para os procedimentos analisados e nem eficiente do ponto de vista dos valores das internações financiadas pelo SUS tanto em hospitais públicos quanto privados.

Rocha et al. (2017) também observam tal desequilíbrio na oferta de serviços. Tais autores utilizaram dados coletados em 9.429 hospitais pequenos e de alta complexidade, por meio dos quais se buscou analisar a distribuição geográfica das instituições além de identificar

os municípios dependentes. Pelos resultados, 14 milhões de pessoas estavam a 120 km de distância de hospitais de alta complexidade com unidade de terapia intensiva (UTI) e 30 milhões estavam à mesma distância de uma UTI pediátrica. Enquanto 81% da população vive a 1 hora ou menos de uma maternidade, 12% da população vive a mais de 120 km de uma UTI neonatal. Os números obtidos destacam a desigualdade na distribuição de unidades de saúde no território brasileiro: existe uma polarização de hospitais nas áreas urbanas que possuem maior desenvolvimento, enquanto nas regiões rural e amazônica existem lacunas de acesso.

Ou seja, há diferenças na assistência prestada em cada localidade, relacionadas à quantidade de leitos disponíveis, às especialidades disponíveis e ao acesso às tecnologias. Além disso, o modelo de financiamento atual incentiva indiretamente a realização de procedimentos mais complexos, tanto no setor público quanto no privado, por conta da maior remuneração - no modelo brasileiro, os procedimentos são remunerados de acordo com os materiais consumidos, por isso quando os serviços são prestados pelo setor privado, há interesse na utilização de materiais e medicamentos que custam mais caro (MALIK, 2007).

Nesse contexto, Delgado (2015) afirma que a análise de um grupo de materiais especiais, tais como OPME, é essencial, pois há implicações jurídicas, contábeis e tributárias que refletem na parte financeira, causando impacto no setor de saúde. E, diante da escassez de evidências sobre o assunto (PEREIRA, 2011), o objetivo do presente trabalho é analisar a relação público-privada do SUS e o acesso a OPME. Ou seja, busca-se responder a seguinte questão: Os usuários do SUS que utilizam OPME são assistidos por hospitais públicos ou por prestadores privados de serviços ao SUS?

2. REVISÃO DA LITERATURA

Em 2016, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) elaborou uma pesquisa para mostrar a diferença dos preços praticados em OPME no setor de saúde suplementar. Foram avaliados os preços que as operadoras de planos de saúde pagavam em dois grupos de dispositivos implantáveis usados na circulação sanguínea arterial. Para fazer as comparações, foram analisadas as Unidades Federativas (UFs) e a maneira como os produtos foram adquiridos. Os resultados mostram que a maior variação chegou a 3.108,33% do preço médio praticado nas UFs. Esperava-se que houvesse diferença nos preços das localidades por conta do transporte, armazenagem, tributação e a capacidade de negociação. Entretanto, o nível de

variação observado nesse mercado atingiu níveis muito elevados, indicando possivelmente condutas antiéticas, anticoncorrenciais e até mesmo ilegais.

Conflitos de interesses e irregularidades na comercialização e na utilização de OPME já são tópicos discutidos na literatura científica desde 2001, ainda que de maneira incipiente, em que pese o impacto de tais dispositivos nas despesas de pacientes, de planos de saúde e do sistema público. Para demonstrar o histórico dos trabalhos que tratam direta ou indiretamente de OPME, na presente seção, apresenta-se uma revisão da literatura abrangendo artigos de língua inglesa e portuguesa publicados entre 2001 e 2018. A busca se deu a partir das expressões “órteses; próteses; SUS; financiamento; recursos; gestão; acesso; distribuição”, sendo selecionados 22 trabalhos disponíveis com texto completo no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e no Google Acadêmico, quais sejam: Brinkman, Seipel e Juers (2001), Magalhães et al. (2001), Silva (2003), Jardim (2008), Moura (2008), Nardino, Dalcul e Gil (2011), Pereira (2011), Galvão, Barroso e Grutt (2013), Ferreira Junior et al. (2013), Mocelin (2013), Caro et al. (2014), Cruz e Emmel (2015), Castro, Andrade e Stone (2015), Martins, Dahinten e Dahinten (2016), Souza et al. (2016), Afonso (2016), Silva (2016), Camargo (2017), Gandolfi et al. (2018), Chagas e Santos (2018), Mattos e Mallmann (2018) e Moraes, Rabin e Viégas (2018).

Em ordem cronológica, os primeiros trabalhos identificados problematizavam OPME pelo alto valor e pelas dificuldades na gestão de estoque de tais dispositivos; posteriormente, passou-se a incluir tais dispositivos na discussão de acesso a serviços de saúde pública, sendo os tópicos mais recentes a questão da judicialização e o impacto financeiro no SUS.

Iniciando as publicações, na análise da literatura feita por Brinkman, Seipel e Juers (2001), observou-se que mudanças como a diminuição de fornecedores, padronização dos implantes, contratos com cláusulas limitadoras de preços, aumento de compras consignadas que também melhoram o giro do estoque, negociação de descontos baseados no volume de compra e reavaliação de despesas com frete não só diminuíram os custos, mas também a necessidade de mão-de-obra e melhoraram o espaço de armazenamento desses materiais.

Magalhães et al. (2001), por sua vez, estimaram a carga de impostos indiretos que incidem sobre o setor da saúde no Brasil. O foco principal não foi dado às OPME, mas os resultados ressaltaram que tais dispositivos são os produtos que possuem menor carga tributária. Por outro lado, a tributação indireta de órteses e próteses, segundo tais autores, destacava-se ainda como um fator significativo nos custos do sistema de saúde pública no Brasil.

Jardim (2008) identificou os processos de controle de custos de implantes ortopédicos para coluna lombar utilizados em diferentes modalidades por operadoras de planos de saúde. Todas as operadoras que participaram do estudo afirmaram que o pedido era feito pelo hospital por meio de prescrição médica, mas os valores de materiais variavam de acordo com a modalidade da operadora. À época, apenas 19 empresas brasileiras possuíam os materiais registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e eram habilitadas para comercializar implantes para coluna. Segundo o autor, por conta da existência de cartéis e fraudes, não existia um sistema ideal para o controle de custos de implantes ortopédicos para coluna lombar.

No mesmo ano, Moura (2008) identificou as possibilidades de redistribuir a margem de comercialização de OPME, entre os demais itens da conta hospitalar de um hospital com Parceria Público-Privada (PPP) de Porto Alegre/RS. Verificou-se que as OPME representavam 22,16% do custo hospitalar total. O autor propôs, em casos de perda na margem de lucro, alíquotas proporcionais ao valor da fatura do hospital, por exemplo: quando a fatura mensal for até R\$ 550.000,00, sugere-se um aumento de 11%; faturas de R\$ 550.000,00 a R\$ 735.000,00 aumentariam 17,2%; e, aquelas acima de 913.000,00, teriam uma alíquota de 23%.

Nardino, Dalcul e Gil (2011) elaboraram um estudo de caso do gerenciamento do setor de suprimentos de um hospital privado de Porto Alegre/Rio Grande do Sul para identificar qual o custo-benefício de ter um controle de estoque de OPME. Por meio de consulta documental e entrevistas não estruturadas, observou-se que apesar de serem parte de um processo de trabalho complexo, as OPME tinham um bom custo-benefício. A adoção de um sistema de gestão de estoque não só possibilita a contenção de gastos, mas também permite maior envolvimento dos profissionais que atuam no sistema. A possibilidade de haver um controle do fluxo de estoque possibilita a utilização de processos gerenciais na administração de OPME.

Camargo (2017), diferentemente, analisou os custos de OPME relacionados exclusivamente ao ato cirúrgico e que não constam na Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Materiais (SIGTAP) do SUS. O estudo foi desenvolvido em um Hospital Público Universitário, no qual se identificaram 11 dispositivos não listados na SIGTAP, cujos valores unitários variam de R\$ 178,00 a R\$ 17.460,00. Os resultados obtidos correspondem a 3% do total de internações com utilização de OPME. O custo total do procedimento, incluindo a internação e as OPME não incluídas na Tabela SUS, é maior do que o valor ressarcido pelo SUS na maioria dos casos estudados pela autora.

Por fim, Moraes, Rabin e Viégas (2018) também desenvolveram um estudo em um hospital, no qual se avaliaram as possíveis falhas que podem ocorrer durante o processo de trabalho envolvendo OPME. Segundo os autores, o processo exige controle de entrada, preparo, uso, devolução e faturamento dos materiais e, mesmo quando há um erro em alguma fase desse processo, os custos continuam ativos e ainda geram outros custos, além de provocar insegurança nos pacientes. No estudo, utilizou-se a ferramenta de Análise de Modos de Falhas e Efeitos (FMEA) e, como resultado, não foi encontrada nenhuma falha de alto risco. Além disso, foram propostas medidas corretivas de baixo e moderado risco que foram implementadas e ajudaram a diminuir o risco, aumentar a segurança e melhorar a qualidade do serviço.

Inaugurando a discussão sobre conflitos de interesse e irregularidades no setor, Silva (2003) percebeu que as situações que envolviam materiais, tais quais órteses e próteses, apresentavam grande número de distorções envolvendo glosas ou faturamento indevido. As órteses e próteses eram gargalos na relação entre as operadoras de planos de saúde e fornecedores, pois a comercialização desses materiais tinha se tornado uma atividade dos hospitais – no mercado, aplicava-se taxa para cobrir a comissão dos médicos, superfaturamento de notas fiscais e grandes descontos. Em alguns casos, os médicos negociavam diretamente com os pacientes, mesmo essa prática sendo vedada pelo código de ética da profissão. Tudo isso contribuiu para aumento dos custos, segundo o autor, sendo as operadoras responsáveis por pagar esse valor. Tendo em vista que os custos adicionais não tinham como beneficiário o paciente, as operadoras começaram a cobrar soluções. As taxas de comercialização começaram a cair, mas não houve solução para o problema.

Mattos e Mallmann (2018) retrataram a realidade dos crimes praticados por médicos em conluio com indústrias de materiais cirúrgicos. O problema dos procedimentos com OPME que ocorre quando a utilização é feita de forma irresponsável e criminosa. Os danos econômicos dessas práticas são exorbitantes. Ao atingir a saúde pública, o orçamento público é afetado e os beneficiários do SUS são prejudicados. O orçamento privado também é comprometido, uma vez que os planos de saúde repassam esses custos aos seus usuários, fazendo com que as pessoas precisem desembolsar valores maiores.

Seguindo esse mesmo raciocínio, Silva (2016) afirma em seu estudo que a prescrição abusiva de OPME, visando atender os interesses individuais dos profissionais da saúde que são aliciados por fornecedores de materiais, reflete em custos exorbitantes que prejudicam a saúde financeira do mercado de saúde privada e colocam em risco a saúde física dos pacientes. De acordo com os dados obtidos, o desperdício no setor privado de saúde chega a

30%. As causas são diversas: procedimentos desnecessários, utilização de equipamentos de maior complexidade do que o ideal, fraudes e outras. O modelo de pagamento de serviços médico-hospitalares adotado no Brasil, o *Fee For Service* (Pagamento por Procedimento) corrobora para o aumento dos desperdícios com gastos hospitalares, já que não considera se houve resolução do problema e nem analisa se o atendimento foi bem executado.

Galvão, Barroso e Grutt (2013) elaboraram um estudo, a partir de uma análise documental, para caracterizar a demanda de dispositivos de assistência para locomoção e descrever o processo de licitação e entrega do Programa de Concessão de Órteses e Próteses do SUS no Rio Grande do Norte. Pelos resultados, a concessão de órteses e próteses era feita em curto prazo, porque o governo do Estado já se planejava para repasses orçamentários complementares para as aquisições feitas mediante processos, para os municípios onde a demanda fosse maior do que o repasse do SUS. Os resultados também demonstraram a importância do trabalho de especialistas em indicar os equipamentos corretos para cada paciente.

Junior et al. (2013) abordaram, por sua vez, os usos e abusos envolvendo a utilização de OPME, uma vez que, segundo os autores, esses materiais representavam parcela significativa dos custos na saúde, tanto no setor público quanto no setor privado. Os gestores de hospitais veem esses dispositivos como uma fonte de receita no setor privado, em que existem comissões e outros pagamentos inclusos no valor de OPME. Para os autores, a problemática das órteses e próteses está pautada na existência de conflitos de interesse envolvendo a prescrição dos dispositivos por uma equipe médica que prioriza seus interesses em detrimento do bem-estar dos pacientes. A redução dos custos com OPME geraria uma economia de recursos e esses seriam repassados para a remuneração de hospitais e médicos, tornando o processo mais transparente. Outra questão eram as diferenças regionais de preço e de importação, que, impossibilitavam a delimitação de um padrão de preços de OPME.

Martins, Dahinten e Dahinten (2016) discutiram a problemática que envolve as indicações de OPME na área dos planos de saúde. Utilizando princípios e decisões judiciais acerca do tema, os autores defendem que a indicação desses materiais não deve ser feita apenas pelo profissional assistente, pois existem interesses que vão além da saúde do paciente. Esse conflito de interesses na saúde suplementar é resultado do crescimento da mercantilização desses materiais. No que tange à saúde pública, o SUS compra materiais e contrata serviços, muitas vezes superfaturados, em meio a existência de cartéis de fabricantes e fornecedores de OPME, fraudes em licitações, entre outras práticas corruptas e antiéticas. A

indicação de marcas específicas é um problema presente no sistema de saúde como um todo, nos âmbitos público e privado.

Baseando-se no conceito e na importância da auditoria e no impacto das OPME nas contas hospitalares, Souza, Souza e Cintra (2016) fizeram uma pesquisa que avaliou o índice de glosas referente a esses materiais em um hospital privado. A glosa ocorre quando o orçamento é ilegal ou indevido, sendo que, nesses casos, não é feito o pagamento dos valores glosados, gerando, portanto, perdas econômicas ao hospital. Os autores observaram que quando as compras foram feitas sem o acompanhamento de especialistas adequados, os custos aumentaram sem que houvesse correlação com o atendimento ao paciente. Foi constatado que índice de glosa em OPME era de 15,71%, sendo o aceitável de até 10%.

Sobre os trabalhos que incluem OPME na discussão sobre acesso/cobertura de serviços de saúde pública, Caro et al. (2014) identificaram o processo de dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção pelo SUS no Departamento Regional de Saúde da 3ª Região (DRSIII) de São Paulo e realizaram um mapeamento dos serviços de reabilitação física que existiam na região. Ainda, verificaram se os dados obtidos correspondiam às leis vigentes. Através de um estudo junto aos profissionais que atuavam no processo de dispensação ou de aquisição de OPME nas cidades que fazem parte da área estudada – aplicando-se um questionário semiestruturado, identificou-se que apenas um polo assistencial era responsável por distribuir esses recursos. Consequentemente, o tempo de espera era longo, tinha-se pouca efetividade e mantinha-se o caráter assistencialista. Observou-se também, que apesar de o direito ao acesso à essa tecnologia ser garantido, ainda existiam muitos empecilhos para sua efetividade.

Castro, Andrade e Stone (2015), por sua vez, identificaram a correlação entre a prevalência de dificuldade motora no Brasil e os gastos públicos federais com OPME no ano de 2010. Os resultados apontaram a prevalência de dificuldade motora em 2010 era de 6,91% e não existia uma relação direta entre tal prevalência e o gasto público com OPME. Para os autores, os dados da distribuição de recursos investidos em OPME refletem as desigualdades presentes nos estados brasileiros. Em alguns estados localizados nas regiões Norte e Nordeste, o gasto com OPME é proporcional à prevalência de DM. Por outro lado, nos estados do Sul e Sudeste a proporção é inversa.

A partir de uma pesquisa transversal, Cruz e Emmel (2015) identificaram os recursos de tecnologia assistiva que pessoas com deficiência possuíam e como adquiriram essas tecnologias, a maneira que eram utilizadas, se eram abandonadas e qual o nível de conhecimento que esses indivíduos tinham sobre as políticas de concessão desses recursos.

Foi utilizada uma amostra com 91 pessoas, com idades entre 18 e 93 anos, que estavam cadastradas nas Unidades de Saúde da Família e que possuíam algum tipo de deficiência física. Os resultados encontrados, que possuíam relevância para o estudo, mostraram que mesmo grande parte dos dispositivos sendo concedidos pelo programa nacional de "Concessão de Órteses e Próteses" do Ministério da Saúde, as pessoas os adquiriram por conta própria ou por doações.

Segundo Gandolfi et al. (2018), existe a possibilidade de que os recursos designados para compra de OPME não sejam efetivos na reabilitação de parte da população. Para demonstrar qual o impacto orçamentário da não adesão na utilização das próteses, os autores fizeram um levantamento no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo que revelou que 37% dos pacientes não utilizam as próteses recebidas. Concluiu-se que a distribuição racional de próteses levaria a economia de recursos e os valores economizados poderiam ser aplicados em outros programas melhorando a aplicabilidade de recursos do SUS.

Inaugurando a temática sobre judicialização para acesso de OPME, Pereira (2011) abordou os prós e contras da utilização de OPME, do ponto de vista de beneficiários, prestadores de serviços e planos de saúde. Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica, cuja hipótese era de que a OPME autorizada pela operadora era registrada na ANVISA e que o prestador de serviços deveria atender à escolha independentemente do valor de comércio. Entretanto, foi constatado que as operadoras têm dificuldade nos contratos em relação à cobertura de OPME, tais como: fornecedores impõem preços excessivos e não possuem registro na ANVISA; prestadores escolhem marcas dos produtos por motivos que não sejam técnicos; e, os beneficiários dos planos confiam sempre na indicação dos prestadores e acreditam que as operadoras sempre estão procurando maneiras de se beneficiarem. Para a autora, esses conflitos apresentados levaram a ANVISA a publicar orientações sobre a utilização de OPME, mas o fato de um dispositivo estar inscrito na ANVISA não garante sua qualidade, dando brecha para prestadores e beneficiários abrirem processos judiciais e fazerem contestações.

Chagas e Santos (2018) identificaram os efeitos que o gasto com a judicialização da saúde provocou na execução orçamentária da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal entre 2013 e 2017. O estudo foi elaborado com base nos dados extraídos de processos judiciais abertos contra a Secretaria de Saúde para conseguir acesso a medicamentos e outros procedimentos médicos. Para o período analisado, o montante desse gasto foi de R\$ 122 milhões de reais em valor corrente. Do total de ações judiciais, os pedidos de órteses e

próteses representavam apenas 7,6% do total. Entretanto, R\$ 9,5 milhões de reais foram empenhados para aquisição de órteses e próteses, um valor elevado considerando a baixa quantidade de processos registrados. Embora a judicialização seja uma ferramenta para garantir os direitos dos cidadãos, ela causa transtornos na gestão do sistema de saúde. O impacto orçamentário causado afeta o cumprimento de ações e serviços já previstos no Plano de Saúde e dificulta a aplicação eficiente de recursos.

Afonso (2016) analisou 158 ações judiciais relacionadas às coberturas assistenciais na saúde suplementar durante o período de 2012 a 2015. A maioria das ações, cerca de 57%, foram pleiteadas para realização de procedimentos médicos, muitos desses não possuem cobertura nem no próprio ROL de procedimentos da ANS. Neste grupo de situações, destaca-se a solicitação de OPME, uma vez que a utilização desses dispositivos vem crescendo exponencialmente. Isso ocorre por conta da grande variedade de produtos, das possibilidades de uso e da quantidade de especialidades que eles atendem. Observou-se que as ações movidas pelos usuários do SUS, em sua maioria, são para solicitar medicamentos. Enquanto isso, nas operadoras as ações estão ligadas à realização de procedimentos médicos, a maior parte sem cobertura.

Por fim, Mocelin (2013) discutiu a judicialização da saúde pública por meio de uma pesquisa documental em um município da região central do Rio Grande do Sul. Os resultados mostraram que a judicialização da saúde pública no Brasil causa impacto na gestão e no planejamento do SUS, sendo as órteses e próteses algumas das demandas mais comuns envolvendo ações judiciais. Quando é concedida uma liminar ao usuário do SUS, segundo o autor, é determinado ao gestor fazer a compra da órtese ou prótese requisitada e é exigido dos hospitais públicos que realizem a colocação do dispositivo.

3. METODOLOGIA

Com caráter descritivo e qualitativo, o presente estudo tem foco na relação público-privada do SUS e no acesso a OPME. Os dados foram obtidos por meio do TABNET/DATASUS, em “Informações de Saúde (TABNET)”, na opção Produção Ambulatorial (SIA/SUS) por local de atendimento a partir de 2010. A abrangência geográfica inclui todas as regiões e unidades federativas do Brasil. Para atender à necessidade de se obter as informações sobre a relação público-privada nos procedimentos que utilizam OPME destinados aos usuários do SUS, também foi feita a seleção por quantidade, valor e tipo de

prestador. A seção 3.1 trata, mais detalhadamente, da coleta de dados, seguida das limitações do estudo.

Para fins da pesquisa foram analisados a quantidade aprovada de OPME em cada região e o valor aprovado de OPME por região. Foi obtido o número de residentes por região para fins de comparação e para calcular a quantidade aprovada e o valor aprovado de OPME *per capita* por região. Após essas análises, foi inserido o tipo de prestador que forneceu o serviço.

3.1 Coleta e tratamento dos dados

A coleta de dados teve início em março/2019 e foi feita mediante acesso ao DATASUS. Buscou-se o intervalo de tempo que possuía dados mais recentes disponíveis. Embora o DATASUS ofereça a opção de “Períodos Disponíveis” a partir de abril de 2019, os dados mais recentes disponíveis são referentes ao ano de 2015. Foram feitas tentativas para se obter os dados dos anos 2018, 2017 e 2016, mas não houve resultados. Logo, o período escolhido para a análise compreende os anos de 2010 a 2015.

Após definir o período, buscou-se obter os dados referentes apenas aos procedimentos que utilizam OPME. No DATASUS estão disponíveis dados referentes a oito grupos de procedimentos, foi selecionado o grupo de procedimentos número sete intitulado “Órteses, próteses e materiais especiais”. Não foi escolhido nenhum subgrupo. Portanto, no presente estudo não há distinção entre os procedimentos de OPME realizados envolvendo o ato cirúrgico ou não.

Solicitou-se, primeiramente os dados referentes à quantidade aprovada de OPME para o período, a fim de identificar a quantidade de procedimentos realizados entre 2010 e 2015 por região. Em seguida foram coletados os dados alusivos ao valor aprovado para o grupo de procedimentos referente a órteses, próteses e materiais especiais. Ambos os resultados foram filtrados por regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sul e Sudeste).

Posteriormente esses mesmos dados foram filtrados por tipo de prestador, para analisar se os procedimentos foram realizados por hospitais públicos ou por hospitais privados conveniados ao SUS.

Para fins de conhecimento do número de habitantes, ainda, no site do DATASUS através do acesso às informações de saúde classificadas como demográficas e socioeconômicas, foi coletado o número de residentes por região brasileira obtido através de um estudo patrocinado pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) para o

período de 2000 a 2015. A partir desses dados foi realizado o cálculo da quantidade aprovada *per capita* por região e do valor aprovado *per capita* por região.

Ressalta-se ainda que os dados foram analisados pelos valores brutos e percentuais, com vistas a comparar padrões por região brasileira.

3.2 Limitações do estudo

A primeira limitação do trabalho está relacionada a não existência de uma análise individualizada de OPME relacionada ao ato cirúrgico ou não. Por isso, não foi verificado se há diferença no tipo de prestador que está mais propenso a realizar esse tipo de procedimento e se há diferença de preço entre esses dois subgrupos de OPME, seja por conta da complexidade ou da disponibilidade. Também não é considerado no presente estudo a questão da disponibilidade desses materiais de acordo com a região onde são realizados os procedimentos.

A outra limitação diz respeito aos dados disponíveis no DATASUS que vão até o ano de 2015, justamente o ano em que veio à tona um grande escândalo envolvendo OPME (ALENCAR, 2016; MATTOS; MALLMANN, 2018). Como os dados posteriores a esse fato ainda não estão disponíveis, é difícil avaliar se houve algum impacto na utilização desses dispositivos após as denúncias. Ainda, existe a limitação de obter dados referentes aos processos judiciais cuja demanda era a realização de procedimentos que utilizaram OPME.

No filtro é possível identificar a região ou Unidade da Federação onde foi realizado o procedimento, mas não há informações sobre a origem do paciente que foi atendido. Isso limita o estudo, porque dificulta a estimativa da demanda real de cada região, pois não é possível identificar se o paciente atendido é residente daquela região ou de outra localidade.

Em relação à demanda ainda existe outra limitação. Os dados obtidos mostram a demanda atendida, mas não apresentam a demanda total – o que não permite inferir se toda a necessidade de atendimento foi atendida e os motivos pelos quais o atendimento, eventualmente, não foi realizado.

4. RESULTADOS

4.1 Análise descritiva de OPME por região

A análise descritiva da utilização de OPME por residentes considera todas as regiões brasileiras, inicialmente. Nesta seção, desconsidera-se o tipo de prestador e a quantidade aprovada de OPME para o SUS, que serão avaliadas na Seção 4.2. Os dados obtidos são referentes a janeiro/2010 a dezembro/2015 e estão apresentados na Tabela 1, que também expõe a população residente por Região.

Enfatiza-se que, além da questão do menor número de residentes, pode haver diferenças na quantidade de OPME aprovada por conta do perfil epidemiológico de cada região e até mesmo por conta das dificuldades no acesso aos procedimentos estudados.

Tabela 1 - Quantidade aprovada de OPME por região - Jan/2010 a Dez/2015

Região	População residente	Quantidade OPME	Percentual em relação a quantidade total de OPME (%)
Sudeste	85.745.427	14.467.377	51,48
Sul	29.230.070	5.562.709	19,80
Nordeste	56.560.034	5.011.534	17,83
Centro-oeste	17.472.646	2.030.004	7,22
Norte	15.442.203	1.030.373	3,67
TOTAL	204.450.380	28.101.997	100,00

Fonte: elaboração própria

Observa-se na Tabela 1 que os residentes da região Sudeste tiveram a maior quantidade aprovada de OPME entre janeiro/2010 e dezembro/2015, cerca de 51,48% do total. É importante ressaltar que a região Sudeste é, também, a mais populosa do país (ver também Tabela 1), o que pode influenciar na maior quantidade aprovada de OPME. Em contrapartida, a região Norte possui a menor quantidade aprovada, mesmo não sendo a região com menos residentes. A região Nordeste, que possui a segunda maior população, aparece apenas em terceiro lugar na quantidade aprovada, indicando a possível existência de problemas no acesso dos residentes dessa região aos procedimentos que utilizam OPME.

Por outro lado, a região Centro-oeste, que é a região menos populosa do país (Tabela 1), possui quase o dobro da quantidade aprovada de OPME em comparação à região Norte. Essa diferença torna-se ainda mais discrepante quando comparado o percentual do número de residentes: a região Centro-oeste é apenas 1% menos povoada do que a região Norte. A região

Sul também apresenta uma situação invertida, mesmo sendo a terceira região com mais residentes é segunda maior com acesso aos procedimentos que utilizam OPME (Tabela 1), estando à frente da região Nordeste.

Assim, é possível inferir que a utilização de OPME no SUS não é equitativa. Indaga-se a existência da garantia ao acesso de procedimentos que utilizam OPME para as pessoas que vivem nas regiões Norte e Nordeste, já que a quantidade aprovada pode não ser proporcional à população residente nessas regiões quando comparada à quantidade aprovada em outras regiões que possuem menos residentes. Na Tabela 2 está discriminado o valor aprovado de OPME para atender aos usuários do SUS, separados por região e correspondem ao período de 2010 a 2015.

Tabela 2 - Valor aprovado de OPME por região - Jan/2010 a Dez/2015

Região	Valor em R\$	Percentual (%)
Sudeste	1.551.936.942,44	48,42
Nordeste	672.091.178,73	20,97
Sul	586.802.615,53	18,31
Centro-oeste	241.864.907,05	7,55
Norte	152.412.444,67	4,76
TOTAL	3.205.108.088,42	100,00

Fonte: elaboração própria

A região Sudeste, seguindo os resultados anteriores, foi a que teve maior valor aprovado de OPME. Observa-se na Tabela 2, diferentemente da Tabela 1, o valor aprovado para a região Nordeste teve o segundo maior resultado, ficando acima da região Sul que teve quantidade aprovada de OPME maior para o mesmo período. A região Nordeste é responsável por 20,97% do valor aprovado, enquanto a região Sul que possui quantidade aprovada maior (Tabela 1) é responsável por 18,31%. Dentre as possíveis explicações para essa discrepância está a diferença de preços de OPME que pode ser causada pela complexidade dos procedimentos; pela variação de preços que existe no Brasil por questões operacionais e comerciais; pela logística praticada pelos distribuidores desses materiais; por conta da escassez de fornecedores; ou até mesmo por motivos ilícitos e fraudulentos que ocorrem na cadeia operacional desses materiais. Na tabela 3 foi analisada a quantidade e o valor aprovado de OPME *per capita* de todas as regiões.

Tabela 3 - Quantidade e valor aprovado de OPME *per capita* por região - Jan/2010 a Dez/2015

Região	Quantidade per capita	Valor per capita em R\$
Sudeste	0,1687247648	18,10
Nordeste	0,08860556908	11,88
Sul	0,190307755	20,08
Centro-oeste	0,1314581864	15,66
Norte	0,0589706333	8,72

Fonte: elaboração própria

De acordo com a Tabela 3, as regiões Norte e Nordeste tiveram os menores valores de quantidade e valor aprovado de OPME *per capita*, respectivamente. Em outras palavras, estas são as regiões com menor número de atendimentos *per capita* para esse tipo de procedimento. Em contrapartida, a região Sul ultrapassou a região Sudeste e foi a que teve maior quantidade e valor aprovado de OPME *per capita*. A diferença entre os resultados das regiões Norte e Sul é de mais de 100%.

4.2 Análise descritiva de OPME por região e por prestador

Na Tabela 4 é considerada a quantidade aprovada por região e tipo de prestador. Desse modo, é possível analisar a se os procedimentos foram realizados em hospitais públicos ou em hospitais privados conveniados ao SUS. Ou seja, a partir da Tabela 4 será analisada a relação público-privada nos procedimentos que utilizaram OPME que tinham como beneficiários pacientes do SUS.

Tabela 4 - Quantidade aprovada de OPME por região e por prestador - Jan/2010 a Dez/2015

Região	Tipo de prestador	Quantidade	Valor em %
Norte	Público	858.589	83,33
	Privado	171.784	16,67
	TOTAL	1.030.373	100,00
Nordeste	Público	4.077.614	81,37
	Privado	933.920	18,63
	TOTAL	5.011.534	100,00
Sudeste	Público	12.654.307	87,47
	Privado	1.813.070	12,53
	TOTAL	14.467.377	100,00
Sul	Público	4476329	80,47
	Privado	1.086.380	19,63

	TOTAL	5.562.709	100,00
Centro-oeste	Público	1.163.652	57,32
	Privado	866.352	42,68
	TOTAL	2.030.004	100,00
TOTAL (todas as regiões)	Público	23.230.491	82,67
	Privado	4.871.506	17,33
	TOTAL	28.101.997	100,00

Fonte: elaboração própria

Em todas as regiões, exceto a região Centro-oeste, mais de 80% da quantidade aprovada de OPME desse período estava destinada aos atendimentos realizados por hospitais públicos. Sendo as regiões Sudeste e Nordeste as que mais utilizaram os serviços públicos. Por outro lado, a região Centro-oeste teve apenas 57,32% de OPME aprovada utilizada por hospitais do SUS. Embora as regiões Norte e Centro-oeste possuam quantidades aprovadas bem próximas, há uma diferença discrepante no tipo de prestação do serviço. Diante dos dados obtidos, infere-se que a região Centro-oeste tem menor disponibilidade de hospitais públicos para realização desse tipo de procedimento e, conseqüentemente, é mais dependente do setor privado do que outras localidades do país. O resultado obtido na Tabela 4 também mostra que a maior parte desses procedimentos está sendo realizada nos hospitais públicos que têm atuado como sistema principal de oferta de OPME, enquanto o sistema privado tem atuado de forma complementar.

Na Tabela 5 é considerado o valor aprovado por região e tipo de prestador. Desse modo, é possível analisar a relação entre a quantidade e o valor aprovado para cada tipo de prestador para os procedimentos que utilizaram OPME que tinham como beneficiários pacientes do SUS em todas as regiões brasileiras.

Tabela 5 - Valor aprovado de OPME por região e por prestador - Jan/2010 a Dez/2015

Região	Tipo de prestador	Valor em R\$	Valor em %
Norte	Público	53.838.851,28	36,61
	Privado	93.201.988,75	63,39
	TOTAL	147.040.840,03	100,00
Nordeste	Público	269.486.465,47	41,53
	Privado	379.358.669,76	58,47
	TOTAL	648.845.135,23	100,00
Sudeste	Público	546.041.506,70	36,38

	Privado	954.990.064,95	63,62
	TOTAL	1.501.031.571,65	100,00
Sul	Público	170.929.316,14	30,20
	Privado	395.040.313,99	69,80
	TOTAL	565.969.630,13	100,00
Centro-oeste	Público	69.760.050,96	29,96
	Privado	163.106.863,85	70,04
	TOTAL	232.866.914,81	100,00
TOTAL (todas as regiões)	Público	1.110.056.190,55	35,86
	Privado	1.985.697.901,30	64,14
	TOTAL	3.095.754.091,85	100,00

Fonte: Elaboração própria

Embora tenham sido usadas as mesmas ferramentas de pesquisa e coleta de dados, ao acrescentar o filtro “Tipo de prestador”, o DATASUS informou um resultado diferente para o valor total aprovado por região. Essa diferença está visível na Tabela 3 quando comparada à Tabela 5, que apresenta resultados maiores.

Em todas as regiões, mais de 50% do valor aprovado foi destinado aos prestadores privados, sendo que nas regiões Centro-oeste e Sul, esses valores chegaram a 70,04% e 69,80%, respectivamente. Esse resultado se contrapõe aos dados dispostos na Tabela 4, que indica que a maior parte da quantidade aprovada de OPME foi destinada aos prestadores de serviços públicos. Assim, é possível afirmar que os procedimentos com utilização de OPME têm um custo mais alto quando realizados nos hospitais privados financiados pelo SUS.

De acordo com a análise da Tabela 5, percebe-se que, em todas as regiões, o valor que o SUS repassa para os procedimentos que utilizam OPME é maior para os hospitais privados que prestam serviços para o sistema. É importante enfatizar que tanto os hospitais públicos quanto os privados são remunerados com base na Tabela SUS. Sendo assim, pode-se afirmar que quando o usuário do SUS é atendido por uma instituição privada conveniada, o custo é maior. Esses resultados levantam o questionamento a respeito dos valores repassados ao sistema privado que mesmo possuindo menos que 20% do total da quantidade aprovada, exceto no Centro-oeste, foi remunerado com mais de 50% do valor aprovado em todas as regiões brasileiras.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para Martins, Dahiten e Dahiten (2016), observam-se práticas corruptas e antiéticas que “assombram” o setor de OPME no ambiente do SUS. Para os referidos autores, a existência de cartéis, de licitações fraudulentas e superfaturamento são algumas formas ilícitas que permeiam esse mercado de OPME e acabam atingindo todo o mercado da saúde, incluindo o setor privado. Além disso, segundo Nardino, Dalcul e Gil (2011), os gastos com OPME são responsáveis pela maior parte das despesas correntes com materiais hospitalares. O mercado de OPME abrange diversos produtos, dos mais simples aos mais complexos. Por se tratar de uma gama de produtos de alta tecnologia o custo é alto e o impacto na saúde do paciente também.

Nesse contexto, o objetivo do presente trabalho foi analisar a relação público-privada do SUS e o acesso a OPME. Ou seja, busca-se identificar se os usuários do SUS que utilizam OPME são assistidos por hospitais públicos ou por prestadores privados de serviços ao SUS. Os resultados apontaram que a região Sudeste foi a que obteve maior quantidade e maior valor aprovado de OPME, enquanto a região Norte teve os menores números para ambos os resultados.

Em relação à quantidade aprovada e o número de residentes por região, foi observada uma discrepância entre as regiões Centro-oeste e Norte. Embora a região Norte possua mais habitantes que a região Centro-oeste, aquela apresentou resultados inferiores. Isso indica a possibilidade de existir incongruências no acesso a OPME por parte da população. O mesmo aconteceu nas regiões Sul e Nordeste, sendo a região Nordeste a mais populosa entre as duas, mas com menor quantidade aprovada.

Na análise de dados, observou-se que mesmo o sistema público tendo maior quantidade aprovada, os valores repassados aos hospitais privados conveniados ao SUS foi muito maior. Infere-se, com isso, que quando o usuário do SUS é atendido por um prestador de serviço privado, os custos dos procedimentos que utilizam OPME são maiores do que os custos quando realizados em hospitais públicos.

Em outra comparação feita entre a quantidade e o valor aprovado, o resultado da região Nordeste apontou que mesmo com uma menor quantidade, a região ultrapassou o valor da região Sul, indicando a possível variação de preço de acordo com a região onde é utilizado OPME. Segundo pesquisa feita pela ANS (2016), é esperada uma variação de preços por questões comerciais e logísticas; porém o nível de variação de preços, em alguns casos, pode ser exorbitante e um possível indício de práticas ilegais e condutas anticoncorrenciais.

Segundo Castro, Andrade e Stone (2015), os recursos que o governo federal investe em OPME evidenciam as desigualdades existentes entre os estados brasileiros e, por isso, é preciso discutir o redirecionamento dos recursos públicos, visando o atendimento e o fornecimento adequado de OPME para a população que depende do sistema público de saúde. As barreiras geográficas somadas às grandes distâncias dificultam o acesso da população aos serviços de saúde. Bem como, o desconhecimento sobre a existência e a garantia do direito a esses recursos (ROCHA et al., 2017; CRUZ; EMMEL, 2015). Para Saldiva e Veras (2018), os entes públicos têm a obrigação de fazer o planejamento de saúde de acordo com as necessidades de cada região e utilizar o sistema privado apenas para suplementar as lacunas que o SUS não consegue preencher.

Ao analisar a relação público-privada, notou-se que não há dependência do sistema de saúde privado para realização de procedimentos com OPME, pois em todas as regiões, a maior quantidade aprovada de OPME para atender aos usuários do SUS foi destinada aos hospitais públicos. Embora a maior parte desses atendimentos tenha ocorrido nos hospitais públicos, os hospitais privados tiveram a maior remuneração. Para Cruz e Emmel (2015), é necessário fazer um levantamento de quais dispositivos são oferecidos pelo SUS em todas as regiões e quais as verdadeiras necessidades das pessoas que utilizam esses dispositivos. Para que dessa maneira, os dispositivos ofertados à população sejam adequados e distribuídos de maneira equitativa de acordo com as necessidades dos residentes de cada região.

Para trabalhos futuros, recomenda-se a análise individualizada de OPME relacionada ou não ao ato cirúrgico, para avaliação da real necessidade de prescrição destes dispositivos e evitar indicações desnecessárias; a análise da demanda que não é atendida pelo SUS, para promover o acesso da população aos procedimentos que necessitem utilizar OPME; análise dos efeitos das denúncias relacionadas ao uso abusivo de OPME; análise do impacto da judicialização na quantidade de procedimentos que utilizam OPME. Além disso, em consonância com Lima et al. (2017), é válido analisar os arranjos de governança regional da assistência especializada no SUS, levando em conta a participação pública e privada, a concentração assistencial, as relações de poder e os conflitos regionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, Ana Beatriz Perez. **Ações judiciais demandadas por beneficiários de uma operadora de plano de saúde.** 2016. 109 f., il. Dissertação (Mestre em Enfermagem Fundamental) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Pesquisa revela variação de até 3.108% em preços de órteses e próteses.** 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3667-pesquisa-revela-variacao-de-ate-3-108-em-precos-de-orteses-e-proteses>>. Acesso em: 26 mar. 2019.

ALENCAR, Anna Carolyne Ferreira. **Aquisição e utilização das Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME e os facilitadores do superfaturamento no sistema de saúde.** 2016. 25 f., il. Dissertação (Graduação em Gestão de Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

BRINKMAN, Peter; SEIPEL, Christine; JUERS, Alison. **Prosthetic inventory management.** Australian Health Review, vol. 24, n. 1, 2001.

CAMARGO, Telma Aparecida. **Custos de órteses, próteses e materiais especiais não contemplados no Sistema Único de Saúde (SUS) em hospital de ensino brasileiro.** 2017. 99 f., il. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.

CARO, Camila Caminha et al. A dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) no Departamento Regional de Saúde da 3ª Região do Estado de São Paulo. **Cadernos de Terapia Ocupacional.** UFSCar, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 521-529, 2014.

CASTRO, Shamyry Sulyvan; ANDRADE, Peterson Marco O.; STONE, John. **Prevalência de deficiências motoras e sua relação com o gasto federal com próteses, órteses e outros equipamentos nos estados brasileiros em 2010.** Fisioterapia e Pesquisa. 2015;22(3):261-7.

CHAGAS, Cássia Pereira; SANTOS, Fausto Pereira. **Efeitos do gasto com a judicialização da saúde no orçamento da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal entre 2013 e 2017.** Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit., Brasília, 7(2):147-172, abr./jun, 2018.

CRUZ, D. M. C.; EMMEL, M. L. G. Políticas Públicas de Tecnologia Assistiva no Brasil: Um Estudo Sobre a Usabilidade e abandono por Pessoas com Deficiência Física. **Revista FSA**, Teresina, v. 12, n. 1, art. 6, p. 79-106, jan./fev. 2015.

DELGADO, Tailane Moreno. **Práticas negociais com O.P.M.E. e alguns dos seus reflexos jurídicos, tributários e contábeis.** Conselho Federal de Medicina. 2015. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25884:2015-11-30-16-23-59&catid=46:artigos&Itemid=18>. Acesso em: 26 mar. 2019.

GALVÃO, Cláudia Regina Cabral; BARROSO, Bárbara Iansã de Lima; GRUTT, Daniela de Castro. A tecnologia assistiva e os cuidados específicos na concessão de cadeiras de rodas no Estado do Rio Grande do Norte. **Cadernos de Terapia Ocupacional.** UFSCar, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 11-18, 2013.

GANDOLFI, Claudia Barbieri Tait et al. Análise de impacto orçamentário de próteses dispensadas em um hospital do SUS. **Revista de Administração em Saúde**, vol. 18, n. 72, jul. – set. 2018

GTT HEALTHCARE. **Crescimento do consumo de OPME no Brasil.** 2017. Disponível em: <<http://gtthealthcare.com.br/blog/index.php/crescimento-do-consumo-de-opme-no-brasil/>>. Acesso em: 26 mar. 2019.

JARDIM, Diana Indiará Ferreira. **Controle de custos de implantes ortopédicos para coluna lombar por operadoras de planos de saúde.** 2008. 44 f., il. Dissertação (Especialização em Gestão em Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

JUNIOR, Walter Cintra Ferreira et al. Órteses, próteses e materiais especiais: uma discussão sobre usos e abusos. **Revista do GC Saúde da FGV-EAESP**, n. 15, jan./dez. 2013.

LIMA, Luciana Dias et al. Arranjos de governança da assistência especializada nas regiões de saúde do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 17 (Supl.1): S121-S133 out., 2017.

MACHADO, Gustavo Silveira. **Órteses e próteses no Sistema Único de Saúde. Consultoria Legislativa.** Câmara dos Deputados, abril de 2018.

MAGALHÃES, Luís Carlos G. et al. **Tributação sobre gastos com saúde das famílias e do Sistema Único de Saúde: avaliação da carga tributária sobre medicamentos, material médico-hospitalar e próteses/órteses.** 2001. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4072>. Acesso em: 25 mar. 2019.

MALIK, Ana Maria. Redes acadêmicas: aprendizagem na função pública de gestão no setor saúde. In: **XII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública.** República Dominicana, 2007.

MARTINS, Aiane Luiz. **Avaliação da relação público-privada nos procedimentos cardiovasculares de alta complexidade no SUS.** 2018. 139 f., il. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) — Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

MARTINS, P. R. N.; DAHINTEN, B. F.; DAHINTEN, A. F. O problema envolvendo as OPMEs e os planos de saúde: contornos e análise da problemática. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo v.17 n.1, p. 145-166, mar./jun. 2016.

MATTOS, Isadora Benvenuti; MALLMANN, Liana Zerbielli Trentin. **Crimes do colarinho branco: estudo criminológico do uso abusivo de tecnologias médico-cirúrgicas em procedimentos cardiológicos.** Direito, Democracia e Dano Social. Editora Fi, p.67-88, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Boas Práticas de Gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).** Brasília, 2016.

MOCELIN, Cassia Engres. Demandas judiciais na saúde pública: instrumentos para a efetivação do direito à saúde e/ou novos arranjos na gestão e organização do SUS. **Revista Gestão e Desenvolvimento em contexto – GEDECON**, vol. 1, n. 01, 2013.

MORAES, C. S.; RABIN, E. G.; VIÉGAS, K. Assessment of the care process with orthotics, prosthetics and special materials. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2018;71(3):1099-105.

MOURA, Mauro Regis Silva. **Compensação de perdas na comercialização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) em hospital terciário de Porto Alegre, RS**. 2008. 76 f., il. Dissertação (Especialização em Gestão em Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

NARDINO, Sabrina; DALCUL, Ane Lise; GIL, Paulo. Controle de estoque de OPME. **Revista Science in Health**, 2011.

PEREIRA, Milena. **Utilização de órteses, próteses e materiais especiais - OPME em operadoras de planos de saúde suplementar**. 2011. 47 f., il. Dissertação (Especialista em Gestão de Planos de Saúde) - Universidade Anhanguera, São Paulo, 2011.

ROCHA, T. A. H. et al. Access to emergency care services: a transversal ecological study about Brazilian emergency health care network. **Journal Elsevier**, vol. 153, n. 9-15, 2017.

SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento; VERAS, Mariana. **Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras**. Estudos Avançados, vol. 32, n. 92 São Paulo, Jan. – Apr. 2018.

SILVA, Alceu Alves. **Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços - um novo relacionamento estratégico**. 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/6_AAAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2019.

SILVA, Carlos André Lynch Nuno. **Uma análise dos gastos hospitalares sob o ponto de vista da saúde suplementar**. 2016. 94 f., il. Dissertação (Mestre em Economia e Gestão Pública) - Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

SOBRAL, Bruno. **Órteses, próteses e materiais especiais no setor de saúde: agenda para o debate.** Último Segundo. 2014. Disponível em: <<https://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2014-02-22/orteses-proteses-e-materiais-especiais-no-setor-de-saude-agenda-para-o-debate.html>>.

Acesso em: 26 mar. 2019.

SOUZA, Maria Gerusa Silva; SOUZA, Carla Giselly; CINTRA, Grace Mary Gomes. Glosas de materiais especiais de um hospital privado em Recife-PE. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.10, v. 30. Supl 2, Jul., 2016.