



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Pinto Machado, Sérgio; Kuchenbecker, Ricardo

Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, núm. 4, julho-agosto, 2007, pp. 871-877

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012406>

- ▶ How to cite
- ▶ Complete issue
- ▶ More information about this article
- ▶ Journal's homepage in redalyc.org

Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil

University hospitals in Brazil: challenges and future perspectives

Sérgio Pinto Machado¹
Ricardo Kuchenbecker¹

Abstract *The changing process of health care services affects the University Hospitals (UH) in a particular manner. This paper aims to analyse the challenges and future perspectives of the Brazilian UH. In order to do so, only the UH affiliated to the Brazilian Federal Teaching Institutions were analysed. There is a substantial heterogeneity amongst UH in Brazil, in terms of size and organizational structure as well as in the type of health care provided. Brazilian UH represent core elements of two State policies: Education and Health. Consequently, the existing tensions between these two policies, to some extent, often reflect on the UH. Also, the UH must frequently address challenges that go beyond their purpose. Organizational sustainability remains a crucial issue to the UH. This concept entails effective financial and management skills, outcomes monitoring and evaluation mechanisms, and accountability. UH in Brazil have two main roles: providing health care and integrating the National Health System. From a future perspective, the UH shall be conceived from a much broader perspective than that of institutions that only provide health care. The future of Brazilian UH relies on their capacity to provide effective support to the State Health and Education policies.*

Key words *University hospital, Teaching hospital, National health system*

¹ Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rua Ramiro Barcelos 2350, Born Fim. 90035-903 Porto Alegre RS. spmachado@hcpa.ufrgs.br

Resumo *A mudança das instituições hospitalares verificada internacionalmente envolve particularmente os Hospitais Universitários (HU). O presente artigo objetiva promover uma reflexão acerca de desafios dos HU brasileiros. O texto atém-se à análise daqueles hospitais vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior. Há substantiva heterogeneidade entre os HU, envolvendo desde os perfis assistenciais, porte e modelos de gestão. No Brasil, os HU são agentes nucleares de duas políticas de Estado - educação e saúde. É no âmbito dos HU que se manifestam os tensionamentos inerentes à complexidade de articulação de tais políticas. Os HU têm sido incitados a oferecer respostas a problemas que transcendem sua capacidade. Cabe fortalecer a sustentabilidade organizacional dos HU, incluindo a capacidade de implantação de mecanismos de saneamento financeiro, de indicadores de avaliação e gestão, a incorporação das questões afetas à qualidade dos serviços prestados, a transparência e a responsabilidade social. Aos HU cabem melhorar as condições de saúde da população. A efetivação desses papéis é mais ampla do que conceber os HU somente como instituições prestadoras de serviços. O futuro e a afirmação dos HU dependerá da sua capacidade de contribuir para ações integradoras nas políticas de Estado para a saúde e educação.*

Palavras-chave *Hospitais universitários, Sistema único de saúde*

Introdução

As últimas décadas testemunharam uma série de avanços do conhecimento e da tecnologia em saúde cujo impacto ainda está por ser melhor compreendido. A terapia gênica, as técnicas minimamente invasivas e a telemedicina são alguns dos inúmeros exemplos da transformação do conhecimento e sua capacidade em elevar a qualidade de vida das populações. Entretanto, tais avanços coexistem com a persistência de doenças como hanseníase, tuberculose, malária e AIDS, cuja estreita vinculação com os contextos sócio-sanitários em que vivem as populações dificulta enormemente a capacidade de resposta dos serviços de saúde.

Neste contexto de profunda transformação e concomitante iniquidade, os hospitais têm sido confrontados com múltiplas e simultâneas demandas que – somadas à necessidade de constante incorporação tecnológica – impõem substantivos desafios de organização e gestão. Colaboraram para esse cenário de constantes mudanças as novas modalidades assistenciais que, em tempo recente, ultrapassam os limites dos tradicionais níveis de complexidade de atenção à saúde⁴ concebidos a partir de Alma Ata. Como resultado, há vasta gama de estudos documentando o processo de transformação dos hospitais com o intuito de adaptá-los às mudanças vivenciadas pelos sistemas de saúde nos últimos anos¹.

Hospitais têm sido descritos como algumas das organizações sociais mais complexas conhecidas². Instituições hospitalares são analisadas a partir de múltiplos e diferenciados enfoques: porte, vinculação com o sistema de saúde, assistência prestada, nível de complexidade, modelo organizacional, entre outras. Além disso, os hospitais têm sido considerados sob a perspectiva de sua contribuição na formação de profissionais de saúde, seu papel na incorporação de novas tecnologias, entre tantos outros aspectos. A multiplicidade de abordagens possíveis com relação à temática relacionada aos hospitais universitários impõe a necessidade de delimitação do enfoque da análise do presente artigo.

Cabe uma consideração inicial: o que define um hospital? A literatura provê distintas conceituções. Uma definição cabível é de instituição que provê leitos, alimentação e uma rotina de cuidados para pacientes enquanto estes são submetidos a procedimentos investigativos e terapêuticos, em processo que visa, em última instância, restaurar suas condições de saúde¹. Desde a Idade Média, hospitais são instituições com múltiplas

funções sociais, envolvendo desde um caráter asilar até organizações que funcionam como campo de práticas de pesquisa avançada em saúde. Talvez até mesmo o conceito de hospital careça melhor definição. Do contrário, como conceber a existência de instituições hospitalares com número de leitos variando entre 10 e 1.500? Hospitais podem ainda ser únicos ou situados num complexo múltiplo de edificações e serviços, situados ou não em uma mesma área geográfica. Para que se tenha uma idéia da heterogeneidade do conceito de hospital, o Reino Unido, por exemplo, adota desde a década de 90 a denominação *trusts* (organizações, corporações) ao invés de hospitais para fins censitários, dadas as múltiplas formas das instituições hospitalares existentes no sistema de saúde¹.

Essa imprecisão conceitual aplica-se igualmente aos hospitais universitários (HU). Segundo Médici³, a concepção “tradicional” define um hospital universitário como uma instituição caracterizada por: “(a) um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde (de uma faculdade de medicina, por exemplo); (b) prover treinamento universitário na área de saúde; (c) ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; (d) propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população”. Tomada como ponto de partida para a reflexão acerca do papel dos hospitais universitários brasileiros, a própria definição proposta por Médici já denota as múltiplas atribuições, vínculos e atores envolvidos na organização e funcionamento dessas instituições.

O presente artigo objetiva promover uma reflexão crítica acerca dos desafios e perspectivas dos HU brasileiros em relação à assistência à saúde, ensino e pesquisa acadêmica. A postulação de uma reflexão crítica sobre as perspectivas futuras dos HU envolve a necessidade de reconhecer, na trajetória histórica dessas instituições, um esforço coletivo visando adequá-las às constantes mudanças e desafios no contexto sócio-sanitário do Brasil. Neste sentido, há uma vasta gama de experiências exitosas entre os 45 HU brasileiros. Para fins de elaboração da presente análise, partiu-se da pressuposição de que não há modelos ou soluções acabadas e sim experiências bem sucedidas cujo aprendizado talvez mereça ser melhor compreendido e valorizado.

Além disso, o propósito de buscar construir uma reflexão crítica sobre as perspectivas futuras dos HU somente adquire sentido se a dimensão futura não é compreendida como mero exercício

de previsão ou prospecção e sim como meta, como imagem-objetivo a ser buscada.

Delimitação do tema

No presente artigo, nos restringimos aos hospitais universitários (HU) vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) no Brasil. Foge ao escopo da presente análise os hospitais de ensino não vinculados às IFES. Esta delimitação deveu-se meramente a razões de cunho teórico-metodológico. A notória heterogeneidade das instituições hospitalares universitárias e de ensino existentes no Brasil implicaria, na prática, uma análise cuja extensão transcende o espaço delimitado a esse texto. Isso não significa desconhecer que o Ministério da Saúde⁴ e a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), por exemplo, adotem classificações mais abrangentes de hospitais formadores de profissionais de saúde, envolvendo instituições universitárias e de ensino⁵.

A caracterização dos hospitais de ensino brasileiros deu-se a partir da criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária (FIDEPS), em 1991. Para fins do FIDEPS, foram definidos como hospitais de ensino aqueles reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC) com funcionamento regular há pelo menos cinco anos e caracterizado como centro de referência nacional no Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade⁶.

Mais recentemente, as Portarias Interministeriais dos Ministérios da Educação e da Saúde números 1.000, 1005 e 1.006^{7,8,9} estabeleceram a certificação dos hospitais de ensino, definindo-os como aquelas instituições que servem de "campo para a prática de atividades curriculares na área de saúde, sejam hospitais gerais ou especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou ainda, formalmente, conveniados com Instituição de Ensino Superior"^{7,8,9}. Segundo o Ministério da Saúde, o "processo de certificação" se fez necessário dadas as "impropriedades de inclusão e de exclusão dos hospitais nas categorias de universitários e de ensino"¹⁰.

Ainda que limitado o escopo da presente análise aos HU públicos federais, cabe enfatizar que há substantiva heterogeneidade entre essas instituições, como será demonstrado a seguir. Essa heterogeneidade envolve desde a existência de instituições com diferentes naturezas jurídico-legais, perfis assistenciais, níveis de complexidade, porte,

modelos de gestão até a vinculação com as Universidades e com o Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o Sistema de Informações dos HU da Secretaria de Ensino Superior do MEC, a heterogeneidade dos HU começa pela sua distribuição entre as cinco regiões do País (Tabela 1). As regiões norte e sul apresentam a mais baixa e a mais alta proporção de leitos de HU por 100.000 habitantes, respectivamente, 3,4 e 8,0. A proporção média de leitos por hospital também permite ter uma noção do porte dos HU, que varia substancialmente entre as regiões brasileiras. Os HU de maior porte estão situados nas regiões sul e sudeste, conforme expresso na Tabela 1. Há também importante variação no perfil docente-assistencial dos HU e no dimensionamento de pessoal envolvido na assistência direta. Considerando uma média nacional de 6,1 funcionários por leito, há uma variação entre 4,2 (valor mínimo) e 9,4 (valor máximo). Em relação ao percentual de docentes com mestrado ou doutorado, por exemplo, as proporções mais baixa e mais alta correspondem a, respectivamente, 34,3% e 94,5%, perfazendo uma média nacional igual a 60,7%. Da mesma maneira, a relação docente residente varia entre 0,5 e 3,1¹¹.

Os HU também diferem markedly em relação ao perfil da assistência prestada. Segundo a Secretaria de Ensino Superior do MEC, 11 HU são caracterizados como prestadores de atenção de baixa complexidade, 14 de média complexidade, 7 de alta complexidade e 8 não foram definidos¹¹. Segundo o Ministério da Saúde, em 2003, os HU e hospitais de ensino, somados, corresponderam a 10,3 % do total de leitos do SUS no país, 11,8% das internações hospitalares (afetadas através das AIH), 11,6% do total da produ-

Tabela 1. Distribuição dos hospitais universitários e respectivos leitos nas regiões brasileiras.

Região	Hospitais	Leitos	Leitos/hospital	Leitos/100.000 habitantes
Norte	3	506	168,7	3,4
Nordeste	16	2.798	174,9	5,5
Centro-oeste	4	913	229,2	7,0
Sudeste	6	3.889	648,2	4,9
Sul	6	2.150	358,3	8,0

Fonte: IBGE - Estimativa populacional, 2005 e Ministério da Educação/SESU, 2006.

ção ambulatorial nacional, 25,6 % dos leitos de UTI, 37,6 % dos procedimentos de alta complexidade realizados no país e realizaram autorizações de internação hospitalar com valor médio equivalente a R\$ 779,99¹⁰.

Relação ensino-assistência à saúde

O processo de mudança das instituições hospitalares verificado em escala internacional em tempo recente e a discussão referente à vinculação das mesmas com os sistemas de saúde envolvem os HU de modo particular. Desde a emergência da medicina flexneriana nos Estados Unidos, no início do século XX, os hospitais – em especial aqueles vinculados à formação de profissionais de saúde – têm sido implicados de modo crescente na tradução do conhecimento científico em práticas capazes de incidir sobre a saúde das populações. Na perspectiva brasileira, essa condição denota, *a priori*, a necessidade, por parte dos HU, de responder resolutivamente às demandas de saúde da população. Possivelmente esse presente o mais importante dos desafios vivenciados pelos HU brasileiros, qual seja, desempenhar sua vocação de formação de profissionais de saúde num contexto em que as demandas sócio-sanitárias são múltiplas e crescentes. Parcela substantiva da população brasileira ainda não possui, por exemplo, acesso à assistência básica. Para muitos, a porta de entrada do sistema de saúde permanece sendo através dos serviços de emergência, num contexto onde há sérios problemas de integração entre os diferentes níveis de complexidade. Nesta perspectiva, freqüentemente cabe aos HU o desempenho de atribuições que fogem da sua vocação mais primordial de prover assistência especializada num contexto de formação de profissionais de saúde.

No Brasil, a quase totalidade dos profissionais de saúde tem nas instituições hospitalares um campo prioritário de formação acadêmica. Pesquisa realizada em catorze faculdades de medicina brasileiras, selecionadas entre as oitenta existentes em 1995, evidenciou que 86% do tempo de treinamento prático de médicos em formação é realizado nos hospitais e 14% nas demais modalidades assistenciais dos serviços de saúde¹². Como resultado, há intenso debate em relação à participação do ensino ministrado nos hospitais na formação de profissionais de saúde no Brasil, especialmente os médicos. Talvez mais importante que a polarização do debate entre a desospitalização do ensino em oposição ao mo-

delo “hospitalocêntrico” seja a necessidade de contextualizá-lo numa perspectiva mais ampla.

A transição epidemiológica e a mudança nos perfis e cargas de doenças no Brasil¹³ não apenas estão a exigir uma discussão mais abrangente acerca da formação de recursos humanos como também desafiam a configuração tradicional dos níveis de complexidade de atenção à saúde. Com efeito, programas direcionados a doenças específicas têm incorporado mudanças concretas na forma de integração entre os diferentes níveis de complexidade. Exemplos dessas iniciativas são as novas modalidades assistenciais não-tradicionais como os serviços de atendimento domiciliar, hospital-dia, serviços de aconselhamento, entre outros tantos, criados em tempo recente. Além disso, progressivamente os HU têm incorporado outras funcionalidades, sejam modalidades assistenciais não-tradicionais como aquelas já citadas, seja infra-estrutura destinada à pesquisa básica, clínica e outros equipamentos sociais destinados à integração com os sistemas loco-regionais de saúde. Muitos dos HU brasileiros já assumiram a condição de complexos hospitalares, por exemplo, incorporando outros serviços e configurações.

Um amplo debate capaz de subsidiar uma política estrutural para o ensino em saúde e o papel dos HU como instância formadora ainda está em evolução no Brasil. Da mesma maneira, desde a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, aprovada em 1996, a formação de profissionais de saúde no país está a merecer uma abordagem mais ampla que contemple as suas características sócio-sanitárias, bem como a necessidade de formação de docentes e pesquisadores. No Brasil, os HU são agentes nucleares de duas políticas de Estado - educação e saúde. Em consequência, é no âmbito dos HU que se manifestam os tensionamentos inerentes à complexidade de articulação de tais políticas. Assim, os HU têm sido incitados a oferecer respostas a problemas que muitas vezes transcendem sua capacidade e vocação. A integração entre o ensino e a assistência no contexto do SUS é estreitamente relacionada à capacidade dos serviços e modalidades assistenciais em responder às demandas de saúde das populações. Para que seja possível caracterizar o papel dos HU no contexto do ensino, é necessário compreendê-lo na perspectiva da organização dos serviços e sistemas e sua capacidade de resposta às necessidades da população. Trata-se de reconhecer as especificidades dos HU sem que, no entanto, os mesmos sejam isentados de suas responsabilidades em relação aos sistemas de

saúde. Essa questão, por sua vez, nos remete ao compromisso inalienável de parte dos HU em, no exercício de sua missão, contribuir para a qualificação da oferta de serviços e aperfeiçoamento do próprio funcionamento do SUS enquanto sistema.

No Brasil, as dificuldades de relação dos HU com o SUS têm sido identificadas por diferentes estudos^{3,10}. Nos últimos anos, várias iniciativas foram propostas com o intuito de promover mudanças no modelo de assistência hospitalar e fortalecer a participação dos HU no SUS. Tais iniciativas incluem programas de regionalização da assistência de urgência e emergência, terapia intensiva, humanização, FIDEPS, INTEGRASUS, acreditação hospitalar, entre outras¹⁰. Entretanto, com freqüência, há um descompasso entre a dimensão normativa representada pelas iniciativas supracitadas e sua incorporação operacional, seja em função das disparidades regionais em termos de ações e serviços, seja pela heterogeneidade dos contextos de gestão dos sistemas regionais de saúde. Em consequência, o impacto dessas iniciativas no modelo assistencial hospitalar e na integração dos HU no SUS é muito atenuado.

O FIDEPS é ilustrativo das limitações das políticas formuladas para promover a participação dos HU no SUS. Criado para apoiar o desenvolvimento da infra-estrutura necessária ao ensino e a pesquisa, o FIDEPS “não atingiu plenamente seus objetivos”¹⁰, sendo progressivamente incorporado ao orçamento dos hospitais, num contexto de crise financeira. Também ao FIDEPS foi atribuída a responsabilidade de “perpetuar a lógica da prestação de serviços”¹⁰, na qual os hospitais – universitários ou não – são posicionados como prestadores de serviços e não como parceiros na efetivação do sistema de saúde. Saliente-se que a conduta dos gestores, costumemente premida pelas demandas assistenciais, freqüentemente reproduz essa lógica.

Dentre as iniciativas e políticas governamentais já implantadas visando fortalecer a relação dos HU com o SUS, merece destaque a certificação e a contratualização dos hospitais de ensino¹⁰. A elaboração de contratos de gestão envolve metas quantitativas e qualitativas afetas à assistência à saúde, ensino, pesquisa e gestão, definidas mediante compromisso firmado entre ambas as partes, hospital e gestor do SUS. O instituto do contrato de gestão foi previsto no artigo 37, parágrafo 8º da Constituição Federal, visando ampliar “a autonomia gerencial, orçamentária e financeira [de órgãos] da adminis-

tração direta e indireta” através de “contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade”¹⁴. Os contratos de gestão, dão materialidade ao processo de acompanhamento e avaliação sistemática de desempenho. Pressupõem o desenvolvimento da capacidade de gestão e avaliação de desempenho seja de parte dos gestores do SUS, seja de parte dos hospitais, além de sistemas apurados de informação e respectivos indicadores de maneira a conferir maior transparência e acurácia avaliativa.

De responsabilidade dos gestores dos sistemas locais de saúde, a contratualização pressupõe razoável grau de desenvolvimento das práticas de gestão e também a existência de mecanismos organizados de referência e contra-referência entre os níveis de complexidade. Tais condições ainda não foram razoavelmente equacionadas no SUS. Além disso, o “papel de norteador das necessidades locais de formação de recursos humanos”¹⁰ atribuído aos gestores locais do SUS através do processo de contratualização necessita levar em conta eventuais conflitos de competência decorrentes da articulação com as demais instâncias formadoras de profissionais de saúde.

A contratualização deve ainda pressupor o aperfeiçoamento dos mecanismos existentes de controle e avaliação. O monitoramento das metas pactuadas pelos contratos firmados entre os HU e os gestores do SUS cabe à Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos. De forma mais ampla, questões como transparência, controle social e compromisso com resultados (**accountability**)¹⁵ ainda estão por ser melhor compreendidas e exercidas na conformação das políticas públicas. Uma vez mais, a singularidade dos HU, especialmente no que se refere a sua identidade acadêmica, implica conotação mais complexa a essa matéria.

Pesquisa acadêmica e incorporação tecnológica

Houve importante avanço na pesquisa em saúde no Brasil nas últimas décadas¹⁶. No entanto, ainda há inúmeras disparidades regionais e insuficiências em relação ao desempenho, capacidade instalada e habilitação de novos pesquisadores¹⁶. Acresça-se a isso a necessidade de fortalecimento da capacidade de indução das instâncias de fomento à pesquisa, incluindo CNPq, CAPES e agências estaduais¹⁷. Em tempo recente, foram reali-

zadas várias iniciativas visando fortalecer os mecanismos de coordenação entre os órgãos de fomento visando à efetivação de uma plataforma nacional de pesquisa, desenvolvimento e inovação. A 2^a Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004, estabeleceu diretrizes para uma agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. Como resultado, recentemente foram publicados diversos editais em temas prioritários da agenda de pesquisa brasileira. Merece destaque a criação, em 2006, da Rede Nacional de Pesquisa Clínica em consonância com as demandas estabelecidas por essa agenda, que envolve os HU de modo particular. Essa rede representa oportunidade ímpar para que os HU consolidem sua atuação em pesquisa acadêmica de modo sustentável e alinhado às necessidades nacionais. Por sua vez, isso implica a capacidade, por parte dessas instituições, de implantar e fortalecer mecanismos próprios de apoio e fomento à pesquisa e de elaboração de práticas colaborativas e de formação de redes envolvendo departamentos, institutos e hospitais. Outro projeto a estimular a atuação dos HU de modo colaborativo é a rede de hospitais-sentinela, iniciativa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Esta rede requer, de parte dos HU participantes, a capacidade de integração e atuação conjunta visando promover a segurança dos pacientes e o uso racional da tecnologia, não apenas no seu âmbito, mas como instância de avaliação de tecnologias em saúde para o país.

Sustentabilidade dos HU

No contexto dos desafios e perspectivas vivenciadas pelos HU, talvez o mais importante passo a ser dado seja o fortalecimento da sua sustentabilidade organizacional. Concebida como o resultado de práticas efetivas de gestão e planejamento, equilíbrio financeiro, orçamentação, preservação da capacidade de investimento e de gestão de pessoas, a **sustentabilidade organizacional** dos

HU é conceito-chave no exercício de sua missão e compromisso social. Há inúmeros desdobramentos inerentes ao conceito de sustentabilidade organizacional. Estes incluem a capacidade de implantação de mecanismos de saneamento financeiro dos HU, o desenvolvimento de sistemas de indicadores de avaliação e gestão, a incorporação das questões afetas à qualidade dos serviços prestados, a transparência e a responsabilidade social, entre outros.

Considerações finais

Ao longo do presente texto, foram enumeradas diferentes razões pelas quais acreditamos haver, no que tange aos HU, condições e responsabilidades específicas que configuram sua identidade institucional. Essas, em síntese, representam a materialização do caráter acadêmico dos HU. É o acervo intangível que os habilita, em função de sua peculiar condição, buscar sempre uma posição de centralidade na proposição e indução de políticas públicas no campo da saúde. As condições para tal devem sustentar-se numa clara, consistente, decidida e prioritária política de Estado.

As instituições hospitalares cabem primordialmente dois papéis: o primeiro, melhorar as condições de saúde da população, o que – no contexto dos HU – os remete também ao ensino e à pesquisa. Segundo, integrar de modo efetivo os sistemas de saúde de maneira que não sejam considerados isoladamente, fora de um espectro mais amplo de cuidados e de proteção social. Vislumbrado sob uma perspectiva futura, a efetivação desses papéis nos parece ser muito mais ampla do que conceber os HU somente como instituições prestadoras de serviços.

O futuro e a afirmação dos HU dependerá sempre da capacidade dos mesmos em contribuir efetivamente para ações criativas e integradoras no âmbito das políticas de Estado para a saúde e educação, cenário no qual a visibilidade e a importância dessas instituições resulta inconteste.

Colaboradores

SP Machado e R Kuchenbecker participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. McKee M, *et al. Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: European Observatory on Health Care Systems Series. Oxford University Press; 2002.
2. Glouberman S, *et al.* Managing the Care of Health and Curing the Disease, Part I: Differentiation. *Healthcare Management Review* 2001;56-69.
3. Medici AC. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. *Rev Ass Med Brasil* 2001;47(2):149-156.
4. Brasil. *Portaria SNES/Ministério da Saúde número 15*. Ministério da Saúde 1991 Jan 8.
5. Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino. *Relação dos Hospitais Universitários e de Ensino*. Brasília: ABRAHUE; 2004.
6. Brasil. *Portaria SNES/Ministério da Saúde número 15*. Ministério da Saúde 1991 Jan 8.
7. Brasil. *Portaria 1.000*. Ministério da Educação/Ministério da Saúde 2004 Abr 15.
8. Brasil. *Portaria 1.005*. Ministério da Educação/Ministério da Saúde 2004 Mai 27.
9. Brasil. *Portaria 1.006*. Ministério da Educação/Ministério da Saúde 2004 Mai 27.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira. *Cadernos de Atenção Especializada*. Brasília: MS; 2004.
11. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Sistema de Informação de Hospitais Universitários. Brasília: Ministério da Educação; 2006
12. Campos GWS. Educação Médica, Hospitais Universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 15:187-193.
13. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Rev C S Col* 2004; 9:897-908.
14. Brasil. *Constituição Federal*. República Federativa do Brasil 1988.
15. Emanuel EJ, Emanuel LL. What is Accountability in Health Care? *Annals of Internal Medicine* 1996; 124:229-239.
16. Guimarães J. A pesquisa médica e biomédica no Brasil. Comparações com o desempenho científico brasileiro e mundial. *Rev C S Col* 2004; 2:303-327.
17. Guimarães R. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. *Rev C S Col* 2004; 2:375-387.