



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E  
CONTABILIDADE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ECONOMIA**

**WILSON ALVES BORBA JUNIOR**

**ASPECTOS FINANCEIROS E ECONÔMICOS DA PESQUISA  
MÉDICA: A EXPERIÊNCIA DO HUB.**

**Brasília - DF  
2015**

**WILSON ALVES BORBA JUNIOR**

**ASPECTOS FINANCEIROS E ECONÔMICOS DA PESQUISA  
MÉDICA: A EXPERIÊNCIA DO HUB.**

Dissertação Aprovada como requisito para obtenção do título de Mestre em Economia, Gestão Econômica de Finanças Públicas. Curso oferecido pelo Programa de Pós-Graduação em Economia – Departamento de Economia da Universidade de Brasília, por intermédio da Coordenadoria de Capacitação (PROCAP), do Decanato de Gestão de Pessoas (DPG).

**Comissão Examinadora: Prof. Dr. Jorge Madeira Nogueira; Prof. Dr. Roberto de Góes Ellery Junior e Prof. Dr. Hervaldo Sampaio Carvalho**

Brasília - DF  
2015

## **ASPECTOS FINANCEIROS E ECONÔMICOS DA PESQUISA MÉDICA: A EXPERIÊNCIA DO HUB.**

Dissertação Aprovada como requisito para obtenção do título de Mestre em Economia, Gestão Econômica de Finanças Públicas. Curso oferecido pelo Programa de Pós-Graduação em Economia – Departamento de Economia da Universidade de Brasília, por intermédio da Coordenadoria de Capacitação (PROCAP), do Decanato de Gestão de Pessoas (DPG). Comissão examinadora formada por:

---

Prof. Dr. Jorge Madeira Nogueira  
Departamento de Economia – UnB

---

Prof. Dr. Roberto de Góes Ellery Junior  
Departamento de Economia - UnB

---

Prof. Dr. Hervaldo Sampaio Carvalho  
Departamento de Medicina – UnB

Brasília, 14 de julho de 2015.

## AGRADECIMENTOS

De forma especialíssima à minha mãe Marta Emília Teixeira que é a referência viva dentro da Universidade de Brasília em matéria de ciências sociais e ícone na administração da mesma, à minha adorada filha que trilha desde jovem os caminhos do pai e se torna meu reflexo e continuidade do que sou Julia Gomes Borba, aos meus irmãos que me inspiram Marcus Vinícius, Luis Humberto, Paulo Henrique e Raphael Borba.

Ao meu orientador Professor Jorge Madeira Nogueira, que atuou de forma indispensável na confecção deste ensaio e me conduziu a um novo olhar no que se refere à pesquisa acadêmica e aos caminhos da economia, me ajudou nas severas dificuldades e, demonstrou de forma excepcional como se deve cumprir o poder e o dever de um professor universitário de qualidade que merece cumprimentos dignos de um imperador e, sem sua participação este trabalho não seria apenas uma pilha amontoada de papéis.

A todos meus professores (as) deste curso de mestrado em economia, em especial Prof<sup>ª</sup>. Dra. Milene Takasago.

A todos os colegas de curso sem qualquer exceção em uma turma tão diversa quanto se esperava de uma turma em excelência de mestrado em economia.

Aos meus colegas de trabalho, em especial, Administrador Luis Cláudio Gregório Chefe da Divisão Administrativa e Financeira do HUB e Contador Jader Cabral de Almeida Chefe do Setor de Contabilidade do HUB que incentivaram e que indiretamente colaboraram em todos os momentos deste trabalho. Também à Waneska do CEEMA/UnB que foi o elo de ligação com todos do Departamento de Economia da UnB e colaborou de forma excepcional de forma paciente durante o percurso deste trabalho.

Por fim, agradeço à Universidade de Brasília, que continuamente vem abrindo as portas do conhecimento e de oportunidades para o crescimento e desenvolvimento, de forma contínua e intransigente, de seus servidores e colaboradores.

## RESUMO

O presente estudo analisa o impacto que a pesquisa médica gera em um hospital universitário em termos finalísticos, primordialmente financeiros e econômicos que devem ser o alicerce de representatividade de um hospital de ensino. Mostramos como se deve tratar a pesquisa médica em hospitais universitários durante estes últimos anos, onde a instituição ganha grandes contornos e transformações nesta seara utilizando de análise de dados extraídos de artigos de referência nacional e internacional e da instituição Hospital Universitário de Brasília. Para tanto não formulamos uma análise estatística basilar. Avaliamos se os impactos financeiros e econômicos dentro da instituição importam em um mero sumidouro de recursos orçamentários ou se traduz em algo que aporta maior valor agregado dentro do contexto econômico para a instituição e sociedade. Preocupamo-nos em incorporar elementos de qualidade e quantidade ao avaliarmos os recursos para pesquisa médica do HUB. Nossos resultados apresentam evidências da necessidade de uma gestão diferenciada no trato da pesquisa acadêmica médica do HUB para que se maximize o fundamento de existência da instituição, para auto sustentabilidade e primordialmente para que desperdícios de recursos, que já são escassos, sejam evitados.

**Palavras-chave:** Pesquisa Médica. Aspectos financeiros. Aspectos Econômicos. Hospital Universitário de Brasília.

## ABSTRACT

This study analyzes the impact that medical research generates in a university hospital in financial terms, primarily financial and economic factors that should be the foundation of representation of a teaching hospital. We show how to treat medical research at university hospitals over the past few years in which the Bank earns large contours and changes in this endeavor using data extracted from analysis of national and international reference articles and the University Hospital of Brasilia institution. For that we not formulated a basic statistical analysis. We evaluate if the financial and economic impacts within the institution mind a mere sink of budgetary resources or translates into something that brings greater added value within the economic context for the institution and society. We focus on incorporating elements of quality and quantity to evaluate the resources for medical research hub. Our results provide evidence of the need for a differentiated management in dealing with medical academic research to the HUB that maximize the existence of foundation of the institution for self sustainability and primarily to waste of resources, which are scarce, are avoided.

**Keywords:** Medical Research. Financial aspects. Economic aspects. University Hospital of Brasilia.

## LISTA DE SIGLAS

AMIL – Assistência Médica Internacional

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CONSUNI – Conselho Superior Universitário

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FAHUB – Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Hospital  
Universitário de Brasília

FFS – Free for service

FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FUB – Fundação Universidade de Brasília

GEP – Gerência de Ensino e Pesquisa

GDF – Governo do Distrito Federal

HE – Hospital de Ensino

HU – Hospital Universitário

HDA – Hospital Docente Assistencial

HDFPM – Hospital do Distrito Federal Presidente Médici

HUS – Hospital dos Servidores da União

HUs – Hospitais Universitários

HUB – Hospital Universitário de Brasília

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

ISI – Institute for Science Information

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PANDRH – Pan American Network for Drug Regulatory Harmonization

PIB – Produto Interno Bruto

REHUF – Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários

SUS – Sistema Único de Saúde

UnB – Universidade de Brasília

## LISTA DE SÍMBOLOS

% - Percentagem

R\$ - Real

nº. – Número



## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição dos hospitais de ensino brasileiros – fevereiro 2015 .....	20
TABELA 2: Produção de atividades de ensino nos HUs em 2008 .....	22
TABELA 3: Produção de atividades por docentes e médicos residentes nos HUs Federais em 2008 .....	26
TABELA 4: Principais causas de morte no Brasil, em 2013 .....	34
TABELA 5: Principais causas de mobilidade no Brasil em 2013.....	36
TABELA 6: Distribuição dos grupos de pesquisa por grande área no Brasil 2010 .....	37
TABELA 7: Pesquisas realizadas no HUB de 2012 a 2015 .....	38
TABELA 8: Número estimado de participante HUB 2012 a 2015 .....	39
TABELA 9: Classificação geral dos hospitais universitários (pesquisa) em 2014 .....	40
TABELA 10: Indicadores do Hospital Universitário de Brasília - 2014.....	45
TABELA 11: Discriminação das receitas e despesas do HUB - 2010 a 2014.....	48
TABELA 12: Execução das despesas do HUB - 2010 a 2014.....	49
TABELA 13: Despesas executadas de convênios - pesquisa.....	59
TABELA 14: Valores de Projetos FAHUB 2011 a 2014 .....	60

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Evolução: alguns marcos da história dos hospitais .....	19
QUADRO 2: Programas de Residência Médica.....	55

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Posição dos Hospitais Universitários na Pesquisa Médica - 2012 a 2015.....	50
GRÁFICO 2: Distribuição da Pesquisa no HUB por Área do Conhecimento no HUB - 2012 a 2015 .....	51
GRÁFICO 3: Distribuição da Pesquisa no HUB por Área do Conhecimento no HUB - 2012 a 2015 .....	52
GRÁFICO 4: Origem da Pesquisa Acadêmica no HUB - 2012 a 2015 .....	53
GRÁFICO 5: Natureza da aplicação da tecnologia em investigação no HUB - 2012 a 2015..	54

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1 ELEMENTOS ECONÔMICOS DA SAÚDE .....</b>	<b>15</b>
1.1 ECONOMIA DA SAÚDE .....	15
1.2 DEMANDA POR SAÚDE.....	15
1.3 OFERTA POR SAÚDE .....	16
1.4 “MERCADO” DE SAÚDE: DEMANDA E OFERTA SE ENCONTRAM?.....	17
<b>2 ECONOMIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....</b>	<b>18</b>
2.1 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS.....	18
2.2 OFERTA: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E O ENSINO .....	18
2.3 OFERTA: PESQUISA TÉCNICA-CIENTÍFICA E O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ..	22
2.4 OFERTA: HU E A COMUNIDADE, A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA .....	26
2.5 DEMANDA: USUÁRIOS DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS.....	27
2.6 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO COMO FONTE DE RECURSOS FINANCEIROS.....	29
<b>3 PESQUISA MÉDICA: ASPECTOS QUANTITATIVOS GERAIS.....</b>	<b>31</b>
3.1 POR QUE PESQUISA MÉDICA NOS HU?.....	31
3.2 AS PARTICULARIDADES DA PESQUISA EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS.....	33
3.3 PANORAMA DA PESQUISA MÉDICA EM HU NO BRASIL.....	36
3.4 A PESQUISA MÉDICA NO HUB .....	37
<b>4 HUB: PESQUISA MÉDICA, CUSTOS E BENEFÍCIOS .....</b>	<b>42</b>
4.1 LINHA DO TEMPO DO HUB .....	42
4.2 ALGUNS INDICADORES QUANTITATIVOS DO HUB .....	43
4.3 RECEITAS E DESPESAS DO HUB .....	46
4.4 DETALHAMENTO DA PESQUISA MÉDICA DO HUB .....	49
4.5 CARACTERÍSTICAS DOS CUSTOS DA PESQUISA NO HUB .....	54
4.6 PESQUISA MÉDICA NO HUB: RECEITAS E BENEFÍCIOS ECONÔMICOS .....	57
4.7 PESQUISA MÉDICA NO HUB COMO GERADOR DE RECEITA FINANCEIRA .....	59
4.8 PESQUISA MÉDICA NO HUB COMO FONTE DE BENEFÍCIOS ECONÔMICOS ...	60
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>66</b>

## INTRODUÇÃO

Uma das críticas mais frequentes feitas às políticas públicas relaciona-se ao uso de instrumentos aplicados a objetos isolados e que conduzem a uma visão parcial e fragmentada da realidade. Fatores estruturais - tais como o perfil de distribuição da renda, a estrutura institucional, a inserção do país no cenário internacional, entre outros - ressaltam os limites da intervenção tradicional do Estado.

As turbulências no contexto da saúde pública vêm se mostrando cada vez maiores. Entre os principais fatores ocasionadores da crise da saúde pública nacional podem ser citados: administração pública de baixa capacidade operacional, o fraco poder decisório, os controles essencialmente formais e sem qualidade, e as influências das políticas externas.

Em termos econômicos o Estado detém o dever-poder de utilizar seus recursos, que são oriundos da sociedade, de forma eficiente.

Normalmente, os gestores públicos não elaboram adequadamente a explicitação dos fatores que impedem ou dificultam o desenvolvimento da sequência lógica entre: interesse comum, tomada de consciência e ação coletiva. Consta-se que o interesse comum é necessário, mas não suficiente para a ação coletiva, que é provavelmente mais adequado mecanismo de pressão política sobre o Estado.

O limite das decisões políticas é a da legislação vigente. Nem sempre observado com propriedade, os gestores se deparam com a problemática da aplicação discricionária das políticas públicas que enseja eficiência na aplicação ponderada de seus recursos econômicos.

No contexto da avaliação do uso eficiente de recursos públicos, nesta dissertação **analisamos os aspectos financeiros e econômicos da pesquisa médica do Hospital Universitário de Brasília.**

Redes hospitalares são de elevados custo e solucionar a problemática de recursos escassos para uma instituição governamental se torna um desafio mais amplo. Para isso, receitas financeiras e benefícios econômicos significativos precisam ser gerados para justificar os custos envolvidos.

Se buscássemos uma solução eficiente dentro do contexto privado - um hospital escola de natureza empresarial -, o hospital deveria utilizar de forma inteligente seus “insumos” (alunos que ingressam nesta empresa como membros participantes de um contexto social) e “fatores de produção” (professores, técnicos, máquinas, equipamentos, prédios e instalações) no intuito de gerar seu produto primordial que daria sustentabilidade e geraria lucratividade e auto sustentabilidade, o seu “produto” (profissionais qualificados, novos conhecimentos

científicos, renda e “fatia” preponderante de mercado, soluções para problemas sociais, referencial e totem na saúde pública).

No entanto, trata-se de uma instituição pública que se baseia no ensino e na pesquisa médica. É certo convalidar que a pesquisa médica como produto desta grande empresa está sendo benéfica sob a perspectiva econômica e financeira? O que é pesquisa acadêmica médica em um hospital de ensino? O que é uma contribuição econômica dentro deste hospital? O que é seu subproduto financeiro na instituição? Será que a pesquisa acadêmica médica repercute resultados econômicos e financeiros suficientes para que esta empresa seja autossustentável e gere produtos esperados? Ou será que ele é um mero sumidouro de recursos instalados em uma instituição que é necessária e tem custos maiores que seus benefícios econômicos? Em suma a pesquisa médica gera contribuição como produto desejável para a economia e a sociedade em que se insere e obtém recursos financeiros para sustentar o funcionamento do hospital universitário?

As respostas a tais perguntas estão consolidadas nesta dissertação de mestrado, desenvolvida analisando-se a literatura especializada e estudando-se um caso específico: a pesquisa médica do HUB e a sua contribuição econômica e financeira. De uma perspectiva econômica, a pergunta formulada é relacionada à contribuição como produto da pesquisa médica de uma instituição de ensino superior. Em termos de perspectiva financeira, investigamos e comparamos recursos orçamentários e financeiros de entrada que a pesquisa médica enseja em toda sua complexidade com os seus custos, no amplo sentido, para concretizar o objetivo primordial de cada pesquisa a ser desenvolvida dentro da instituição de ensino. Finalmente discutimos a relação pesquisa médica e economia sob os aspectos de externalidades positivas e negativas, analisando seus benefícios econômicos (produtos gerados pela pesquisa médica) e seus custos econômicos (custo oportunidade da escolha de uma gestão de uso oportuno da pesquisa médica).

A Universidade de Brasília (UnB) é um objeto de análise diferenciado para o estudo proposto, em especial pela formação e recepção do HUB. Muitos se deparam com o fato de que o Hospital de Ensino HUB foi um “presente de grego” (um fardo) dado pela Presidência da República à UnB em um momento político conturbado da política e economia brasileira. Ele foi inaugurado em meio ao regime militar em 1972, com o nome de Hospital do Distrito Federal Presidente Médici (HDFPM) que tinha como proposta o atendimento exclusivo de servidores públicos da esfera federal e mais popularmente conhecido como Hospital dos Servidores da União (USU). Repassada a administração para a UnB em dezembro 1979 em convênio assinado pelo antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Em

1987, em um processo mais conturbado, um novo convênio foi assinado entre a UnB e quatro Ministérios, o hospital foi integrado à rede de serviços do Distrito Federal e passou a ser chamado como Hospital Docente Assistencial (HDA). Contudo, apenas em 1990, em momento político extremo da política nacional e momento altamente conturbado entre os docentes da UnB, o hospital foi cedido pelo INAMPS definitivamente à UnB passando a denominar-se Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Desde sua cessão definitiva à UnB pelo financiamento precário de um Sistema Único de Saúde (SUS) vinculado ao Governo do Distrito Federal (GDF), o HUB passa a se tornar uma unidade altamente deficitária dentro do contexto universitário. Sob a justificativa de maior autonomia no uso dos recursos, legalização dos contratos de trabalho e aprimoramento dos processos de gestão das instituições de ensino e saúde, em 2011, é sancionada a Lei nº. 12.550 que autoriza a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

A preocupação com a pesquisa acadêmica é ponto primordial de qualquer instituição de ensino superior, ainda mais pela UnB que sempre pretende atingir patamares de desenvolvimento científico superiores aos das demais universidades federais. O crescente aumento de patologias representa em uma preocupação crescente em pesquisas médicas. Contudo a matéria prima constituidora do produto a ser desenvolvida, a pesquisa, tem contornos e aspectos financeiros e econômicos diferenciados quando tratamos os diferentes produtos e fatores de produção envolvidos neste processo.

Em relação aos seus objetivos, a pesquisa teve acesso às diretrizes globais, as iniciativas estratégicas, às perspectivas do nível estratégico a avaliação da pesquisa médica em relação às finanças e a economia do HUB. Para tanto foi desenvolvida no âmbito do Hospital Universitário de Brasília com coleta de dados disponibilizados pelo órgão, pelo DataSus e por outras fontes públicas governamentais.

O tratamento dos dados foi baseado em ferramentas estatísticas de tendência central, fazendo assim um comparativo nos dados apresentados considerando o HUB. Além disso, foi realizado um cruzamento de dados de receita advindos da pesquisa médica e os seus dispêndios, fazendo uma inferência sobre os impactos financeiros e econômicos.

Nesta dissertação os conceitos de demanda e oferta em saúde são analisados no Capítulo 2. Estabelecida a moldura analítica da dissertação, desenvolve-se a descrição dos aspectos de oferta nos hospitais universitários brasileiros no que tange à pesquisa, ensino e extensão. Isto é feito no capítulo 3. No capítulo 4 demonstramos a evolução do contexto orçamentário público do HUB com a finalidade de demonstrar a evolução econômica financeira dos gastos e receitas que permeiam a própria pesquisa médica.

Nos capítulos 5 e 6 avaliamos os aspectos econômicos da pesquisa médica do HUB em relação aos seus custos, receitas, benefícios econômicos em decorrência do “*trade off*” que a gestão administrativa possui em relação à pesquisa médica sob o aspecto econômico e financeiro. Ficarão evidenciadas as identificações dos possíveis desperdícios e oportunidades de crescimento na utilização da pesquisa como produto econômico e financeiro basilar de uma instituição educacional, onde os desperdícios devem ser tratados e o investimento em pesquisa médica deve retratar resultados positivos no sentido de melhoria institucional.

A dissertação é concluída com a discussão dos resultados alcançados nos capítulos empíricos. Indicamos as contribuições da investigação aqui desenvolvida para a formulação de políticas públicas e para futuras pesquisas, que é desafiante, sobre a temática em pauta.



## **1. ELEMENTOS ECONÔMICOS DA SAÚDE**

### **1.1. ECONOMIA DA SAÚDE**

A ciência econômica estuda como o indivíduo e a sociedade decidem utilizar recursos produtivos escassos na produção de bens e serviços, de modo a realizar uma distribuição social com fim a satisfazer às necessidades de um determinado grupo social (VASCONCELOS, 2011).

Em relação à saúde não poderia ser diferente. Segundo Folland (2008), o estudo da economia da saúde por três requisitos: dimensões da contribuição do setor de saúde para a economia como um todo; problemas políticos nacionais em decorrência da preocupação da manutenção da saúde em relação aos aspectos econômicos; e número de problemas de saúde dotados de relevância econômica.

Neste diapasão aparece a figura do Estado como regulador do sistema econômico em saúde. Segundo Giambiagi (2011), isso remonta ao modelo anglo-saxão tradicional, no qual cabe ao Estado exigir o cumprimento de comportamento mediante agências que assegurem uma conduta competitiva e regulatória de monopólios naturais.

Estudar economia da saúde ganha traços de grande relevância. Nos ensinamentos de Araújo e Leta (2014), a ausência de estudos que demonstrem a influência positiva da saúde em relação ao desenvolvimento econômico pode gerar o risco do setor de saúde ficar marginalizado. O fato se deve pela análise da competição pelos recursos escassos, onde sai vitorioso o setor que demonstrar a retorno (financeiro, econômico e social) dos recursos nele investidos. Partindo desta premissa se faz necessário conjugar esforços da economia na realização dos estudos interdisciplinares com objetivo de contribuir para definição de políticas de saúde que melhor atendam aos interesses da sociedade.

### **1.2. DEMANDA POR SAÚDE**

A economia da saúde é influenciada pelas leis da oferta e da demanda, mas também fundamentalmente pela opção do indivíduo que influencia as várias referências para o conceito de oferta e demanda. O conceito geral da demanda se traduz no desejo por um bem ou serviço, combinado com a capacidade e a habilidade de fazer este desejo conhecido e realizado, ou seja, permite a análise em relação aos consumidores dos serviços de saúde (VASCONCELOS,

2011). Contudo muitos dos aspectos importantes da demanda por saúde diferem da abordagem tradicional à demanda:

1. Oferta de serviços e demanda por serviços;
2. Oferta de investigações e demanda por investigações;
3. A saúde pode perdurar por mais de um período comumente não se deprecia instantaneamente, portanto pode ser analisada, no contexto geral, como bem de capital;
4. A saúde também pode ser tratada como bem de consumo quanto de investimento. Em consumo é o reflexo do desejo de bem-estar das pessoas através dos bons hábitos de vida para evitar doenças. Como investimento é o desejo por dias saudáveis em disponibilidade para trabalho no intuito de gerar renda.

Considerando uma análise em sentido “*lato*” (amplo), a demanda por saúde, segundo Souza e Botazzo (2013), parte do pressuposto que o modelo de saúde objetiva a demanda traduzida como doença, tornando-a parte da vida real do demandante. Tal pressuposto levaria o usuário, ou demandante, do serviço de saúde à necessidade da cura ou de conter agravos em sua saúde. O cuidado em saúde é fator determinante pensado e organizado a partir desta lógica.

### 1.3. OFERTA POR SAÚDE

Já a oferta, segundo Vasconcelos (2011) reflete a quantidade de determinado bem ou serviço que os produtores e vendedores desejam vender, a determinado preço, em determinado período de tempo. A oferta pode, também, ser considerada como o quanto um determinado bem será produzido por um determinado preço, segundo ensinamentos de Castro (2002), ou seja, tem como foco a apreciação dos produtores de saúde. Os economistas normalmente observam que há mais de uma maneira de se fazer algo, tendo em vista Folland (2008), onde existem diferenciadas formas de se produzir e ofertar o mesmo produto.

Contudo, normalmente, alguns profissionais de saúde argumentam a existência apenas uma maneira correta de se tratar uma dada doença, ou seja, uma visão monotécnica. Não obstante a tal propositura, se considerarmos que a oferta de saúde é inflexível e não variável, os processos de produção em saúde seriam difíceis, se não impossíveis, sem se reduzir a quantidade ou a qualidade da produção médica. Um processo de produção mais flexível permite melhorias na economia de custos, o que pode beneficiar os demandantes por saúde. Neste diapasão surge o conceito econômico de substitutos na produção.

A oferta em serviços de saúde, segundo Jardimovski (1993), dentro do sistema capitalista, é influenciada também por aspectos outros que as condições de saúde, acabando por condicionar a própria demanda.

Teoricamente a igualdade do acesso à saúde significa a utilização dos serviços de saúde por ofertantes e demandantes em sua totalidade seguindo os requisitos de um mercado perfeito. Aspectos que diferenciam o acesso a saúde estão alocados em diferentes indivíduos e condições do acesso aos serviços de saúde e às necessidades dos próprios indivíduos a respeito do atendimento em saúde.

Em tese, os indivíduos poderiam usufruir igualmente segundo suas necessidades, a oferta em saúde, contudo a demanda não pode se tornar igualitária tendo em vista que a própria demanda diverge no tipo de oferta a ser realizada. Todavia estariam presentes nesta lógica esforços distintos para acessá-los de forma isonômica e não igualitária.

Conforme Folland (2008), um processo de produção de saúde compartilha muitas características com a produção visualizada pela economia de outras atividades produtiva. Ela resume a relação entre insumos e produto, também incorpora o fator tecnologia que pode permitir a substituição entre insumos e proporciona mais flexibilidade para o administrador hospitalar. As empresas de assistência à saúde diferem em tecnologia porque a adoção de novas tecnologias varia entre empresas de forma mediata e a adoção das tecnologias pode aumentar ou não os custos, dependendo do efeito sobre a qualidade ofertada.

#### 1.4. “MERCADO” DE SAÚDE: DEMANDA E OFERTA SE ENCONTRAM?

Existem pressupostos para que haja um mercado (demanda por e oferta de algo): constituição de um mercado em uma sistemática de saúde pública e privada onde as referências ideais devem se encontrar (cruzamento da demanda e oferta por saúde). Contudo as condições idealizadas podem não corresponder à realidade em decorrência de “falhas de mercado”, que são imperfeições nas condições de concorrência perfeita. A mesma concorrência perfeita que se traduz na regulação da “*Mão invisível*” não consegue se sustentar em um cenário microeconômico de mercado da saúde. Normalmente o Governo deve atuar para amparar e intervir na Economia com o objetivo de minimizar essas “*Falhas de Mercado*”.

No mercado de saúde o governo normalmente atua do lado da demanda e do lado da oferta, em geral subsidiando consumidores e produtores de saúde. Por consumidores de saúde, atores do mercado demandante, entende-se que é eminentemente o acesso universal da população aos serviços de saúde ofertados de acordo com as necessidades ilimitadas dos atores

demandantes. Pelo lado da oferta, a intervenção se faz necessária na contenção da criação de empresas monopolistas, na constituição inflacionária de preços e acesso como requisito mínimo e necessário aos demandantes que pode advir, ou não, de um conteúdo subsidiário ao lado demandante.

Neste contexto, o Estado deve ser visto, conforme Viana (2007), como referência na regulação do processo articulador para o estímulo e regulação em saúde, intervindo nos processos de inovação e avaliando os aspectos éticos e sociais. As políticas de saúde exercem um impacto direto sobre a oferta de cuidados em saúde quando da regulação dos custos, substituição, regulação da entrada de equipamentos e medicamentos nos sistemas de saúde.

É de grande importância ressaltar, segundo Andrade (2007), a ampliação do sistema de saúde, pelo lado da oferta, em termos da forma como os serviços de saúde são disponibilizados. A incorporação de tecnologias da economia da saúde é um auxílio indispensável na determinação das atividades de gestão em saúde, considerando que este propicia elementos de avaliação econômica contemplando estudos de oferta e demanda em saúde. A escassez de recursos destinados à saúde exige decisões alocativas que constituem em selecionar os beneficiários do sistema de saúde: aqueles para os quais serviços serão ofertados.

Por mais equitativos que sejam a oferta e o acesso aos cuidados de saúde, segundo Jardanovski (1993), persistirão inequidades de resultados derivados das desigualdades de renda, nível educacional, dentre outros. As variáveis apontadas melhoram as condições de vida e contribuem para o aumento do acesso aos serviços de saúde ofertados. Não se pode pensar em uso equitativo dos serviços de saúde por necessidades quando o acesso não é efetivamente equitativo em decorrência da alteração da balança da demanda e oferta em saúde por parte dos indivíduos e não do governo ou empresas.

## 2. ECONOMIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

### 2.1. HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Hospitais de Ensino são tão antigos como o conceito de saúde, como bem destaca Médici (2001).

Com o advento da diversidade de especializações na área médica o impacto dos hospitais se tornou essencialmente parte orgânica obrigatória de uma dependência junto a uma Faculdade de Medicina. As necessidades de se racionalizar os gastos com a saúde têm fragilizado esses hospitais tendo em vista uma ineficiência na relação entre custos e resultados. Isso é apenas um início para o debate sobre hospitais universitários acerca da formação da saúde para a sociedade.

Os Hospitais Universitários possuem alta relevância no papel de assistência de média e alta complexidade médica, segundo ensinamento de Lobo et al (2009), e apresentam forte envolvimento com atividades de ensino e pesquisa além de exercerem alta importância em seu papel político social nas comunidades em que se inserem.

Bittar (2002, p 13) destaca que:

Como tem sido dito pelo Professor Adib Jatene, há que se diferenciar os HE dos demais hospitais assistenciais, reconhecendo suas peculiaridades e necessidades. É preciso que os HE possam fixar os professores e os melhores médicos e pesquisadores no quadro da instituição, fato fundamental para que estes serviços mantenham-se como principais referências em ensino e pesquisa, desenvolvimento e incorporação tecnológica, recuperando seu papel tradicional neste setor da saúde. Para tanto, torna-se importante internalizar as práticas privadas, isto é, permitir que seus profissionais realizem atendimentos privados no HE, bem como os hospitais atendam convênios privados, ampliando as fontes de recursos destas entidades (BITTAR, 2002, p. 13).

Tal importância se reflete na existência de múltiplas dimensões dentro de cada Hospital Universitário (HU) – a assistência, ensino e pesquisa – cujo desempenho e qualidade influenciam umas às outras.

### 2.2. OFERTA: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E O ENSINO

Os teóricos têm descrito os hospitais como uma das mais complexas entre as organizações sociais conhecidas. Contudo o que define um hospital? A literatura nos traz várias concepções. Uma das definições mais aceitas, em referência a Machado e Kuchenbecker (2007), é de instituição que provê leitos, alimentação e uma rotina de cuidados com pacientes

com o fim de processos de investigação e terapia que em última instância, restaura as condições da saúde da comunidade.

Desde a Idade Média, hospitais são instituições que exercem múltiplas funções sociais o que acarreta, em tese, uma dificuldade em sua definição. A mesma imprecisão conceitual aplica-se ao que hoje visualizamos como Hospital Universitário.

O início do século IV é um marco para os hospitais, no qual segundo Araújo e Leta (2014), eles passam a ser considerados como instituições que cuidam de enfermos e enfermidades. Entre as várias mudanças que ocorreram com os hospitais surge a figura de um Hospital de Ensino (HE) que é vinculado a uma universidade. Daí reconhece-se o surgimento dos Hospitais Universitários (HU's). O Quadro 1 trata do desenvolvimento temporal dos hospitais que possuem essa função, os HU's, e traz a consolidação e surgimento deste tipo de instituição. Considerando a Quadro 1 o seguimento Hospitalar Universitário deu início em torno do século XVII onde a evolução da cultura hospitalar fecunda com o papel principal de ensinar a doença e repassar o ofício da assistência-ensino através da cura.

**QUADRO 1—EVOLUÇÃO: ALGUNS MARCOS DA HISTÓRIA DOS HOSPITAIS.**

<b>PAPEL CENTRAL</b>	<b>MOMENTO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
Cuidar da saúde	Séc. IV ao VII	Pequenas construções para abrigo de doentes
Cuidar do espírito	Séc. X ao XVII	Hospitais vinculados às ordens religiosas
Isolar doentes	Sex. XI	Refúgio de doentes que ameaçavam a coletividade
Cuidar dos mais carentes	Séc. XVII	Instituições filantrópicas e do Estado
Curar e ensinar doença	Séc. XVII ao XIX	Medicalização do hospital; assistência-ensino
Curar, ensinar e buscar a cura	Séc. XX	Natureza biológica da doença; assistência-ensino-pesquisa
Curar, ensinar e buscar a cura e melhoria do sistema de saúde	Séc. XX e XXI	Ensino-pesquisa-assistência Abordagem biológica e social da saúde Humanização e interdisciplinaridade da assistência

**Fonte:** Araújo e Leta, 2014.

O conceito tradicional que define um hospital universitário como instituição se traduz, segundo os ensinamentos de Médici (2001), em: a) ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde; b) prover treinamento universitário na área de saúde; c) ser reconhecido como hospital de ensino, estando sob supervisão de autoridades competentes; d) propiciar atendimento médico de maior complexidade a uma parcela da população.

No Brasil, segundo Araújo e Leta (2014), eles são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologias para a área de saúde que realizam atendimento à população, desenvolvem novas tecnologias para área de saúde, ofertam programas de educação e elaboram programas de protocolos técnicos, que permitem atualização técnica dos profissionais do sistema de saúde.

Os Hospitais de Ensino no Brasil estão divididos em cento e cinquenta e seis unidades (BITTAR, 2002), respondendo pela graduação e pós-graduação dos profissionais em saúde. Pode-se constatar, pelos dados da Tabela 1, que em números absolutos o número de hospitais de ensino distribuídos no Brasil é desigual chegando a ausência em 8 (oito) estados ofertantes de saúde coletiva e ao mesmo tempo sendo numerosos em outros estados: no caso de São Paulo chegam a 43 (quarenta e três) instituições. Fica evidenciado, por conseguinte, que a oferta de ensino não segue uma matéria distribuição equitativa da oferta dos Hospitais Universitários.

**TABELA 1 –DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO BRASILEIROS – FEVEREIRO 2015.**

<b>ESTADO</b>	<b>NÚMERO UNIDADES</b>	<b>ESTADO</b>	<b>NÚMERO UNIDADES</b>
Acre	-	Paraíba	1
Alagoas	-	Paraná	13
Amapá	-	Pernambuco	6
Amazonas	1	Piauí	1
Bahia	6	Rio de Janeiro	10
Ceará	3	Rio Grande do Norte	2
Distrito Federal	3	Rio Grande do Sul	15
Espírito Santo	-	Rondônia	-
Goiás	2	Roraima	-
Maranhão	-	Santa Catarina	7
Mato Grosso	2	São Paulo	43
Mato Grosso do Sul	2	Sergipe	1
Minas Gerais	19	Tocantins	-
Pará	3	-	-
<b>Total</b>			<b>140</b>

Fonte: Brasil, 2015.

No caso brasileiro, segundo Lobo et al (2009), a regulação das atividades desenvolvidas nos Hospitais de Ensino, no tocante ao ensino e pesquisa, é capitaneada em cada dimensão pelas instituições: Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT). Contudo a gestão dos mesmos depende das instituições mantenedoras de cada Hospital de Ensino, que pode ser entendido como Hospital Universitário, (MEC, Secretarias Estaduais, Municipais, Entidades filantrópicas e privadas).

Conforme Brasil (1990) no que tange a Lei Federal 8.080/90:

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados. (Brasil, 1990)

Na perspectiva brasileira essa condição representa a necessidade por parte dos Hospitais Universitários de responder de forma resoluta às demandas de saúde da população, Machado e Kuchencecker (2007). Talvez o maior desafio dos Hospitais Universitários brasileiros seja de

desempenhar sua vocação de formação de profissionais de saúde num contexto de demanda sócio sanitária múltipla e crescente. No Brasil, a maior parte dos profissionais de saúde tem nas instituições hospitalares um campo prioritário de formação acadêmica. Pesquisa realizada em 14 (catorze) faculdades de medicina brasileiras, selecionadas entre as oitenta existentes em 1995, evidenciou que 86% (oitenta e seis por cento) do tempo de treinamento prático dos médicos em formação são realizados nos hospitais e 14% (catorze por cento) nas demais modalidades assistenciais de saúde, ratificando dados da Tabela 1, sob a tutela do ensino médico como instituições ofertantes do mesmo.

Existe uma dificuldade brasileira de tensionamentos suportados pelos Hospitais Universitários, no entendimento de Machado e Kuchenbecker (2007), inerentes às complexidades de articulações políticas por serem agentes centrais de duas políticas de Estado – educação e saúde. A integração entre ensino e a assistência no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) é relacionada à capacidade dos serviços e modalidades assistenciais de resposta às demandas da sociedade, ou seja, para que seja possível uma característica de ensino no âmbito dos Hospitais Universitários é necessária compreendê-lo na perspectiva da organização dos serviços e sistemas e sua capacidade de respostas à população<sup>1</sup>. É necessária uma ampla discussão capaz de subsidiar a política estrutural para o ensino em saúde e o papel dos Hospitais Universitários dentro deste diapasão.

A complexidade e distribuição dos docentes e discentes obedecem um critério de portes de hospitais no qual a oferta de ensino é proporcionalmente maior quanto maior o porte do referido hospital, bem como seus programas e médicos que recebem ensino, como demonstrado na Tabela 2. Contudo verifica-se que o crescimento proporcional não é verificado na variável de residentes em outras profissões, fato que ratifica o crescimento adstrito ao ensino médico. Em linhas gerais, as variáveis Docentes, Alunos, Programas de Residência, Vagas para Residentes e o Total de Médicos seguem uma razão proporcional ao porte dos Hospitais de Ensino em 2008. Já o Total de Residentes em outras profissões não demonstra nem acréscimo, nem decréscimo em razão do porte hospitalar de ensino.

---

1A maior parte da oferta de serviços hospitalares é de propriedade privada, segundo Santos (2008), 62% dos estabelecimentos com internação e 68% dos leitos do país. Nas unidades prestadoras de serviços de apoio diagnóstico terapêutico tem 92%. Contudo, 78% dos consultórios ambulatoriais são de propriedade estatal, excetuando-se deste cálculo os consultórios médicos privados.



TABELA 2-PRODUÇÃO DE ATIVIDADES DE ENSINO NOS HUS EM 2008.

HOSPITAIS POR PORTE	DOCENTES	ALUNOS	PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA	VAGAS PARA MÉDICOS RESIDENTES	TOTAL DE MÉDICOS RESIDENTES
PORTE I	234	4.214	9	59	64
PORTE II	560	8.383	57	179	312
PORTE III	1.981	21.667	295	753	1.421
PORTE IV	2.960	37.542	513	1.398	2.856
<b>TOTAL</b>	<b>5.735</b>	<b>71.806</b>	<b>874</b>	<b>2.389</b>	<b>4.653</b>

**Fonte:** BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residência em Saúde (2009).

Porte I – menos de 100 leitos.

Porte II – entre 201 a 200 leitos

Porte III – entre 201 a 300 leitos

Porte IV – acima de 301 leitos

Existe uma grande lacuna de estudos brasileiros que versam sobre a instituição hospital universitário, primordialmente em temas que absorvem os contextos mais inerentes à sua atuação: ensino, pesquisa e assistência (ARAÚJO E LETA, 2014).

A regionalização e extensão territoriais brasileiras somente agravam a problemática de definir um padrão eficiente de oferta no ensino, bem como a autonomia universitária, dada pela constituição federal brasileira, afeta as preferências políticas educacionais e a realidade de cada hospital de ensino brasileiro.

Desta forma, e ainda na mesma linha de Araújo e Leta (2014), a rotina hospitalar universitária ganha um papel definido, o ensino. O hospital torna-se uma grande sala de aula prática, onde os médicos exercem a assistência aos enfermos e também se tornam profissionais com competência para o ensino médico.

### 2.3. OFERTA: PESQUISA TÉCNICA-CIENTÍFICA E O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

A Organização Mundial da Saúde, em 1995, mostra que o tipo de pesquisa que se desenvolve nos Hospitais Universitários é a de Clínica Médica através da observação do paciente, em consonância ao que estabelece Médici (2001). Cabe destacar que nos países em desenvolvimento, no caso brasileiro, a pesquisa não tem sido considerada uma atividade

essencial dentre as finalidades dos Hospitais Universitários. As pesquisas são canalizadas dos Institutos de Pesquisa e das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos.

Apesar de existir importante avanço na pesquisa em saúde, no caso brasileiro existem inúmeras disparidades e insuficiências em relação ao desempenho, capacidade instalada e habilitação de novos pesquisadores, nos ensinamentos de Machado e Kuchenberk (2007). Deve-se ainda acrescer a necessidade de fortalecimento às entidades fomentadoras, ofertantes, de pesquisa brasileira, incluindo CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e agências estaduais.

Contudo, não inexistem uma agenda de publicações de editais por parte das entidades demandantes ou do interesse dos Hospitais Universitários no desenvolvimento da pesquisa médica no qual merece destaque a criação da Rede Nacional da Pesquisa Clínica, criada em 2006, que estabelece ampliação da oferta em pesquisa pelos HU's por meio de uma agenda de temas de prioridades de pesquisa em saúde.

Aproximadamente dez mil médicos e profissionais de saúde são formados anualmente e grande parte da pesquisa tecnológica na área relativa a cada hospital de ensino conta com o apoio do mesmo. Os investimentos em saúde são eminentemente custeados pelo Sistema Único de Saúde, que deveriam ser separados do custeio à pesquisa médica. O aspecto de dependência reflete indiretamente um baixo incentivo de financiamento da pesquisa e baixa oferta da mesma no cenário internacional, considerando a concentração do custeio no assistencialismo preconizado pelo SUS e conseqüentemente um baixo investimento no custeio e ampliação de pesquisa e tecnologia dentro dos hospitais universitários, Bittar (2002).

Barata (2010, p. 11) expõe:

Embora os recursos de fomento para pesquisas da saúde tenham crescido e a área seja a primeira em volume de financiamento, deve-se salientar que grande parte das pesquisas em andamento nos hospitais de ensino do SUS/SP é realizada com os recursos provenientes da assistência. Há de se salientar que não existe, até o momento, orçamento individualizado para a assistência, pesquisa e ensino. É imprescindível que exista esta orçamentação baseada em custos para que se possa controlar melhor essas atividades (BARATA, 2010, p. 11)

Barata (2010) enfatiza a dependência da pesquisa pelo orçamento assistencial e pode ser estendido ao caso brasileiro. Segundo o autor, existem dificuldades para os pesquisadores da área de se relacionarem com as agências de fomento primordialmente pelos entraves relacionados ao entendimento das regras e documentações exigidas e eminentemente pela dependência do subsídio das pesquisas que são abarcadas pelo Sistema Único de Saúde que

deveria custear eminentemente a assistência. Tal dificuldade reforça a necessidade de uma revisão no modelo de exploração e oferta da pesquisa pelos centros universitários por meio dos Hospitais Universitários<sup>2</sup>.

Deve-se atentar, mesmo com o cenário relativo desfavorável e possuir caráter limitante ao fomento e oferta à pesquisa, à harmonização das boas práticas clínicas em prática indispensável para qualquer organismo de saúde educacional mundial que ganha contornos de apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS), nos ensinamentos de Nishioka (2006). Não se constitui um desejo, mas um fator imprescindível, a evolução da oferta dos ensaios clínicos no contorno do controle da qualidade que os mesmos incidem quando da sua realização, primordialmente porque o Brasil é signatário ativo do *Pan American Network for Drug Regulatory Harmonization* – PANDRH.

Outro limitante à oferta da pesquisa médica está consolidado na dependência orçamentária pública dos Hospitais Universitários (Médici, 2001). O desenvolvimento científico e tecnológico torna-se limitado e a capacidade da instituição abarcar os processos complexos de pesquisa aplicada à saúde fica no limite de sua capacidade operacional, que no caso brasileiro é maior que a disponibilidade orçamentária.

A solução para este problema são as parcerias em experimentos científicos com objeto de auxílio dos Institutos de Pesquisa, ou por financiamentos industriais, em destaque os farmacêuticos obedecendo aos critérios de controle estabelecidos.

A representatividade disposta na Tabela 3 é uma correlação entre a produção acadêmica em relação ao número de docentes dos hospitais universitários em relação ao seu porte. O exercício da docência, eminentemente, está disciplinado e correlato à pesquisa científica. Em hospitais universitários pode-se inferir que as pesquisas na área médica conduzem a esta correlação.

Em primeira instância não existe verifica-se que o porte do hospital universitário não pode inferir nas produções com participação de docentes ligados à instituição, ou seja, não existe correlação entre produção por professores e porte dos hospitais universitários, apesar de se verificar que nos hospitais de portes III e IV a correlação é maior que aos hospitais de portes I e II.

As produções acadêmicas, no que se refere à representatividade de programas de Pós-Graduação e Mestrado, produtora de dissertações, não seguem um padrão sequencial pelo porte

---

<sup>2</sup> Por meio, por exemplo a adoção da inserção da indústria e parcerias públicas privadas.

hospitalar, conforme verificado na tabela 3, e são extremamente baixos. A relação Dissertações por docentes na área médica não passa dos 32%, no melhor cenário, e no consolidado geral dos 22%, ou seja, para se produzir 32 dissertações em hospital de porte IV se faz necessária a presença de 100 docentes.

Agrava-se mais a relação das Teses por docentes. No melhor cenário a relação não passa de 16% e no consolidado geral de 10%. São necessários, em linhas gerais, 10 professores para a formação de uma Tese, como os programas de Doutorado.

Na relação de publicações nacionais, que são a consolidação dos trabalhos acadêmicos a serem dispostos a comunidade brasileira, a relação de publicações por número de docentes, no melhor cenário não ultrapassa 42% e no consolidado geral 35%. Para cada 42 publicações se faz necessária a presença de 100 docentes. Pode-se inferir que a publicação das pesquisas não é fomentada em relação ao número de docentes que tem o dever de realizar tais publicações.

No quadro das publicações internacionais o cenário se altera apenas para os hospitais de porte IV. Neste cenário tem-se uma evolução discreta nas publicações por docentes no cenário internacional, o que perfaz, em média, um pouco mais de uma publicação por docente. Contudo, no cenário consolidado 77,73%, ou seja, existe a necessidade de mais de um docente para que uma publicação internacional ocorra.

A segunda parte da Tabela 3 evidencia os projetos de pesquisa correlacionados ao número de médicos residentes. Os médicos residentes são os profissionais que buscam alguma especialização na área médica e podem provocar um aumento significativo na produção de pesquisa médica acadêmica em hospitais universitários. Neste cenário apenas os hospitais de porte III possuem uma demanda de projetos inferior ao número de residentes médicos, 56,09%. Interessante observar que nos hospitais de porte I existe uma demanda maior para a pesquisa onde em torno de 450 projetos estão disponíveis a cada 100 residentes, uma média de 4,5 projetos por residente. No consolidado geral o quadro chega a uma média de 1,5 projetos para cada residente.

**TABELA 3-PRODUÇÃO DE ATIVIDADES DE PESQUISA POR DOCENTES E MÉDICOS RESIDENTES NOS HUS FEDERAIS EM 2008**

HOSPITAIS POR PORTE	DISSERTAÇÕES	TESES	PUBLICAÇÕES NACIONAIS	PUBLICAÇÕES INTERNACIONAIS	SUBTOTAL PRODUÇÃO /DOCENTES	PROJETOS	PROJETOS/ MÉDICOS RESIDENTES
<b>PORTE I</b>	9,40%	4,27%	41,88%	41,88%	60,68%	293	<b>457,81%</b>
<b>PORTE II</b>	12,68%	1,61%	19,82%	10%	44,10%	583	<b>186,86%</b>
<b>PORTE III</b>	10,65%	3,43%	41,50%	23,12%	78,70%	797	56,09%
<b>PORTE IV</b>	31,75%	15,13%	35,52%	<b>129,93%</b>	<b>208,34%</b>	4.057	<b>142,05%</b>
<b>TOTAL</b>	21,69%	9,33%	34,63%	77,73%	<b>143,38%</b>	5.730	<b>123,14%</b>

**Fonte:** BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residência em Saúde (2009).

Obs.: Percentual da relação de atividades de pesquisa por docentes e dos projetos e laboratórios por médico residente.

Porte I – menos de 100 leitos.

Porte II – entre 201 a 200 leitos

Porte III – entre 201 a 300 leitos

Porte IV – acima de 301 leitos

#### 2.4. OFERTA: HU E A COMUNIDADE, A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Um hospital universitário é entendido, antes de tudo, como um centro de atenção médica de média e alta complexidade, que possui papel preponderante no atendimento médico do setor terciário (MÉDICI, 2001). Ele apresenta forte envolvimento com atividades de ensino e pesquisa e atrai alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde. Ele possui papel importante na comunidade, com dependência de seus custos. A comunidade e extensão universitária no tocante ao Hospital Universitário ou Hospital de Ensino são tão importantes como o ensino e a pesquisa, segundo Bittar (2002), o que remete a função hospitalar intrinsecamente à extensão universitária.

É competência das instituições hospitalares, nos dizeres de Machado e Kuchenbecker (2007), melhorar as condições da população e integrar de modo efetivo os sistemas de saúde de maneira que não sejam considerados isoladamente com objetivo na comunidade. O futuro dos HU's dependerá de sua capacidade de contribuição efetiva para ações integradoras no âmbito das políticas públicas do Estado visando uma extensão de si mesma à comunidade.

Dentro do contexto nacional brasileiro, a questão da relação ensino, pesquisa, assistencialismo e extensão são de elevada importância que fazem parte da Constituição Federal de 1988 expressa em seus artigos 196 e 198, inciso III (Brasil, 1998):

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.  
(...)

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

(...)

III – participação da comunidade. (BRASIL, 1998)

Em referência aos hospitais universitários há legislação própria que trata da saúde – Lei 8.080/90 em seu artigo 45 e dispõe expressamente sobre a questão obrigacional da oferta em extensão pelas instituições à comunidade (Brasil, 1990).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.  
(BRASIL, 1990)

A consolidação deste entendimento, seguindo os ensinamentos de Martins (2011), está na égide de que a regulação do hospital universitário nos eixos constitucionais e legais, Lei 8.080/90, a persecução do uso racional dos recursos institucionais no intuito de garantir o ensino, pesquisa e extensão tendo como norte as políticas públicas de estado sem que existam danos aos princípios éticos.

A problemática não reside na ausência de financiamento à extensão, como feiras, atendimentos domiciliares, e outros, que são elencados com os elementos da gestão hospitalar. Existe uma ausência gerencial no tocante a apresentação de formas e soluções para que os recursos, mesmo que escassos, sejam redirecionados e com abertura de apoio do setor privado podem ampliar tanto a oferta em extensão como a dimensão de atendimento básico hospitalar pelos Hospitais Universitários, considerando seu estrito foco na atenção à média e alta complexidade.

## 2.5. DEMANDA: USUÁRIOS DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

A gestão dos serviços em saúde adota uma postura propositiva de um movimento de mudança no modelo assistencial para atender crescente demanda por serviços em saúde tendo como razões o envelhecimento da população, variabilidade de condutas, crescimento e agregação crescente de novas tecnologias sem a existência de um aumento na entrada de recursos, receitas, e de fonte de financiamentos para este setor (MARTINS, 2011). Uma reflexão

acerca do papel dos hospitais universitários brasileiros, em referência a Machado e Kuchenbecker (2007), já denota as múltiplas atribuições, vínculos e atores envolvidos na organização e funcionamento dessas instituições.

Os hospitais universitários têm sido implicados, de maneira crescente, a transformar o conhecimento científico formado pelos profissionais em saúde em práticas capazes de incidir sobre as populações. Na perspectiva brasileira essa condição ofertante demanda, por parte dos hospitais universitários, o atendimento dos anseios da saúde da população, tendo em vista que a carta constitucional garante o acesso a todos os brasileiros, dentro da filosofia do Sistema Único de Saúde e a capacidade de ofertar serviços de média e alta complexidades.

Esse é um dos desafios mais importantes dos desafios vivenciados pelos HUs brasileiros, qual seja, desempenhar sua função e vocação de formação de profissionais de saúde num contexto em que as demandas por serviços de hospitais universitários se tornam múltiplas e crescentes considerando a universalidade do acesso à saúde, especialmente a qualificada com equipe de profissionais que tratam saúde de maneira mais investigativa que os hospitais que não possuem a missão do ensino, pesquisa e extensão. Mais atencioso em decorrência da complexidade hospitalar que os HUs ensejam em relação a hospitais tradicionais. Os HUs eminentemente atendem demandas por serviços hospitalares de média e alta complexidade.

Como resultado evidente dos serviços demandados em saúde pelos hospitais universitários, progressivamente, têm encontrado funcionalidades ou modalidades assistenciais não tradicionais como: infraestrutura destinada a pesquisa básica e clínica básica e outros equipamentos sociais destinados a integrações regionais de saúde.

Vários hospitais universitários já assumiram a condição de complexos hospitalares, de média e alta complexidades, incorporando os serviços e configurações de um demandante altamente qualificado de praticamente todos os serviços de saúde demandados pela população pelo seu caráter de ensino, pesquisa, extensão e assistencialismo qualificado.

Não surpreende o aumento e crescimento da produção e demanda hospitalar universitária em decorrência do aumento das complexidades das patologias no decorrer do tempo. Seus sistemas de saúde são altamente dinâmicos e respondem às demandas sociais e ao sistema político com intervenção e constante inovação científica e tecnológica, segundo Ribeiro (2009). Os hospitais universitários tratam constantemente uma redução da integração hierárquica e progressiva contratualização com gestores locais de maneira a melhoria da disposição dos serviços em saúde em contraposição à demanda universalizada, separação entre

financiamento e provisão orçamentária de seus fins de pesquisa, ensino e assistência com a finalidade de atender a demanda crescente com recursos limitados.

A orientação por resultados, foco em macro e micro eficiência hospitalar, e diversas inovações organizacionais onde abordagens sistêmicas e estudos proliferam nesta direção aumenta vertiginosamente a demanda por serviços hospitalares que necessitam de um repositório econômico e financeiro para sustentabilidade de seus complexos.

Pode-se perceber que existe uma variabilidade quanto à oferta limitada de leitos em cada realidade de hospital universitário encontrado no Brasil em contraposição a uma demanda crescente. Esta demanda dos HUs é concentrada pela demográfica de cada região onde o HU está inserido, nos ensinamentos de Machado e Kuchenbecker (2007). O desafio é harmonizar as necessidades da comunidade com as expectativas de oferta de vagas, leitos, profissionais, tecnologia, amplitude organizacional, capacidade de atendimento dos HUs, é de grande relevância o cálculo da demanda agregada de cada microrregião que um hospital pode e deve atender, especialmente no caso brasileiro onde a demanda por serviços é universal e maior concentrada nos complexos hospitalares de média e alta complexidades.

## 2.6. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO COMO FONTE DE RECURSOS FINANCEIROS

Hospitais Universitários são instituições de alto custeio por concentrarem, em sua grandeza, atividades de alta complexidade adicionadas a atividades que adicionam médicos com atividades didáticas (MÉDICI, 2001). Estudos realizados na Austrália demonstram que Hospitais Universitários são 12% mais dispendiosos que Hospitais não Universitários de alta tecnologia. No caso da Coreia do Sul 28% mais dispendiosos que os mesmos Hospitais não Universitários que possuem mesmas características. Por apresentarem o requisito de maior necessidade de custeio os HUs dificilmente seriam competitivos em sistemas de “*fee for service*” (FFS) – um modelo de recebimento pelos hospitais em que serviços são discriminados e pagos de forma separada – e são pouco atrativos para se inserirem aos tradicionais planos de saúde. A tendência é de se manterem custeadas pelo setor público com parte dos serviços prestados de forma universal e gratuita.

Orçamentos subestimados constituem-se em importantes dificuldades para o gerenciamento dos hospitais universitários. Para se obter estimativas mais adequadas, conforme Lins (2007), a apuração dos custos hospitalares ponderados pelos casos atendidos em sua



gravidade o que exige qualidade na informação dos relatórios médicos sobre o diagnóstico e a preocupação eficaz de se alocar recursos.

“Dados mostram que os HU’s brasileiros consumiram, em 2008, recursos da ordem de R\$ 3,65 bilhões, registrando um déficit, somente neste período, de R\$ 22 milhões”. Martins (2011, p. 6). Segundo relatório produzido pelo MEC, a maior parte sumidouro dos recursos repassados aos HU’s decorre de dívidas trabalhistas concentradas nas fundações de apoio, alvo de contratos precários de trabalho. Apenas 69% (sessenta e nove por cento) do financiamento destinado à rede de saúde são subsidiados pelo MEC, o restante fica a cargo do MS. No contexto geral, em sua soma, há um déficit de R\$ 27,4 milhões entre o que foi produzido e o que foi pago.

A liberdade aos Hospitais Universitários de procurar novas fontes de recursos deve ser uma preocupação do Governo Federal, conforme proposta de Bittar (2002), já que será impossível a ele financiar todas as necessidades da comunidade. Para que tal margem de discricionariedade aumente a eficiência de entrada de recursos deve-se flexibilizar a legislação. O caso da aprovação de um percentual de leitos para pacientes privados (projeto de lei do Senador Lúcio Alcântara que destina 25% dos leitos para pacientes privados). A pesquisa também deve ser financiada, não só por entidades públicas como pela captação de recursos junto a entidades privadas, compradoras de pesquisa médica.

O financiamento dos Hospitais Universitários é uma das maiores preocupações dos Reitores que tem que arcar com o custo de um hospital escola, em média, 40% mais oneroso que um hospital convencional e considerando que os valores repassados pelo SUS não são suficientes às suas necessidades e levando em conta que 65% do financiamento são provenientes do Ministério da Educação e 35% pelo Ministério da Saúde, segundo orienta Martins (2011).

### 3. PESQUISA MÉDICA: ASPECTOS QUANTITATIVOS GERAIS

#### 3.1. POR QUE PESQUISA MÉDICA NOS HU?

Preceitos educacionais da pesquisa não se realizam de forma independente da situação prática do exercício da medicina e das condições de saúde da população, ou seja, a pesquisa médica se atrela à assistência (ZAGO, 2004). Destarte a pesquisa clínica deve contribuir para influenciar as políticas públicas e resolver problemas atuais da população devido: à demanda crescente por novos serviços, estabilidade das desigualdades sociais, necessidade de otimização de recursos disponíveis para o setor, agravantes resultantes da crescente urbanização e necessidade de criação de indústrias farmacêuticas, hospitalares, laboratoriais e biotecnológicas próprias.

Quando se trata de pesquisa clínica, Alves (2007) sugere que existe um grande risco para a existência de conflitos de interesses que podem se configurar nos aspectos financeiros diretos ou indiretos e econômicos e problemas éticos no relacionamento com a indústria farmacêutica.

Deve se enfatizar o contexto ético na pesquisa clínica em decorrência da existência inevitável de conflitos de interesses na vida acadêmica.

O desafio não seria a erradicação do conflito, mas sim uma gestão e encaminhamento dos mesmos para o alcance de resultados favoráveis.

Por outro lado, o desenvolvimento da tecnologia nacional deve constituir uma prioridade pela sua importância epidemiológica no país (ZAGO, 2004). Alguns temas devem fazer parte de uma agenda de prioridades para as pesquisas em medicina clínica no Brasil<sup>3</sup>.

Do ponto de vista do financiamento o mercado de saúde brasileiro já utiliza mecanismos de indução, como incentivos fiscais; investimentos em pesquisa e tecnologia; créditos, além da intervenção direta do Estado no processo e na formação de parcerias público-privadas (DAIN, 2007).

Ainda existe campo para uma política pública que encampe auxílio às empresas articulando a dimensão econômica, a forma de operação e organização do sistema de saúde à dinâmica de práticas inovadoras.

---

<sup>3</sup>As variáveis mais indicadas, que não aparecem no rol de variáveis clássicas de alguns organismos ou grupos do ramo, deveriam se concentrar em: perfil epidemiológico; projeções de evolução demográfica; e necessidade de fortalecimento da indústria.

O contraste entre as consequências renúncias de arrecadação e o poder dos incentivos fiscais permite indicar que uma nota otimista para um percurso extremamente complexo no que tange ao financiamento da saúde pública brasileira.

Segundo Zago, “O fortalecimento da pesquisa clínica no Brasil implica a criação, expansão ou consolidação de novos centros, em especial na recuperação de hospitais universitários e do fortalecimento do vínculo entre ensino e pesquisa.” (ZAGO, 2004, p. 363).

Em termos econômicos, de acordo com Dain (2007), a cadeia produtiva da saúde representa entre 7% a 8% do PIB nacional, gerando um valor em torno de R\$ 160 bilhões.

Emprega diretamente cerca de 10% da população brasileira e é a área de maior investimento público em pesquisa e desenvolvimento.

Empregos diretos e indiretos, em toda a cadeia produtiva, o conjunto de atividades representa cerca de 7,5 milhões de trabalhadores inseridos quase que predominantemente em atividades intensivas do conhecimento. No entanto, o Orçamento da Seguridade Social não representa moldura institucional eficaz para garantir um padrão de financiamento estável em saúde.

Adicionado à problemática orçamentária existe uma em relação à pesquisa médica, segundo ensinamentos de Lackey (2002): pesquisadores que têm como bases seres humanos sabem que o desenvolvimento de suas pesquisas gera um evidente paradoxo. Para serem éticos, os pesquisadores desta área devem tratar seus pacientes (alvo da pesquisa) como pessoas anônimas, possuidoras de livre arbítrio e um impressionante senso de direito moral. Na década de 1990, surgiram acusações em relação aos Estados Unidos de algumas pesquisas que não foram conduzidas adequadamente. Caso particular se mostra em vários estudos conduzidos com placebo no curto prazo do AZT (Azidotimidina) para a prevenção da transmissão verticalizada do vírus HIV os pesquisadores da indústria farmacológica, no desenvolvimento da pesquisa, foram antiéticos. Lackey (2002, p. 1457):

“Antes de Outubro de 2000, a Declaração de Helsinque (II.3) diz: “ Em qualquer estudo médico, todo paciente – incluindo aqueles pertencentes aos grupos de controle, ou qualquer outro – deve se assegurar o provimento do melhor diagnóstico e método terapêutico. ” (LACKEY, 2002, p. 1457)

A relação entre a indústria farmacêutica e a comunidade acadêmica, por sua vez, é necessária, conforme aponta Zago (2004). Ela pode ser benéfica para ambas as partes no atendimento do interesse público, desde que respeitados os limites éticos e códigos de conduta que protejam o processo contra os desvios que tal parceria pode ensejar. A preocupação da instalação de indústrias farmacêuticas nos Hospitais Universitários está relacionada com a

utilização da capacidade de pesquisa da própria universidade para atender um interesse negocial e social. É relevante lembrar a recomendação da NBAC (*National Bioethics Advisory Commission*), conforme Lackey (2002): “Pesquisas clínicas experimentais conduzidas em países em desenvolvimento devem estar limitadas aos estudos que respondam as necessidades do país de acolhimento. Os países menos desenvolvidos se tornam alvo, pelo baixo controle, da utilização de experimentação das pesquisas dos países mais desenvolvidos.

### 3.2. AS PARTICULARIDADES DA PESQUISA EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Ciência e tecnologia e educação qualificada são atividades notadamente reconhecidas para o desenvolvimento econômico, tecnológico e industrial dos países (GUIMARÃES, 2004). Educação, ciência e tecnologia compõem as bases de um ciclo que subsidia o crescente progresso socioeconômico das nações. Em países com maior desenvolvimento existe uma elevada correlação entre o PIB “*per capita*” (Produto Interno Bruto por cidadão) e o desenvolvimento científico e tecnológico.

Esta correlação é igualmente reconhecida ao campo da pesquisa em hospitais universitários. Destaca-se que o desempenho da ciência brasileira precisa da uniformidade observada nos países desenvolvidos.

Não existe uma lista clássica de prioridades para pesquisas clínicas a serem desenvolvidas. Não obstante, três grandes áreas da pesquisa devem ser abordadas: o perfil epidemiológico da população, necessidade do crescimento da indústria farmacêutica e biológica e as projeções de evolução demográfica. Seguindo a mesma linha de raciocínio, Zago (2004) elucida que as doenças podem ser o foco principal das pesquisas médicas.

A legislação brasileira também não define nomeadamente cada área específica que deve ser atingida da pesquisa médica em hospitais universitários. Contudo, o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) pelo seu Decreto 7.082 em seu artigo 2º inciso V coaduna com o as principais linhas de pesquisa a serem desenvolvidas. Conforme Brasil (2010) no que tange ao Decreto 7.082/10:

Art. 2º. O REHUF tem como objetivo criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e a dimensão da assistência à saúde.

(...)

V – estimular o desenvolvimento de linhas de pesquisa de interesse do SUS, em conformidade com o perfil epidemiológico local e regional e as diretrizes nacionais de para pesquisa em saúde, com foco na busca por novas tecnologias para o cuidado e a gestão em saúde. (BRASIL, 2010)

No que se refere à análise das mortalidades ocorridas em 2013, pelo grupo de doenças, conforme a Tabela 4 e seguindo o mesmo raciocínio das indicações de pesquisas que possam solucionar ou, no mínimo, reduzir tal panorama, as especificidades das pesquisas que deveriam ser foco dos hospitais universitários federais no Brasil fazendo alusão à pesquisa pelo conhecimento e pesquisa pela necessidade dos problemas sociais.

A maior incidência de mortalidade do grupo geral de doenças está no grupo de doenças do aparelho circulatório com 28,06%.

Neoplastias (tumores) com 16,27%, causas externas de mortalidade e morbidade 12,53%, doenças do aparelho respiratório 11,39% e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas com 6,17% são outros grupos de doenças causadoras dos casos de mortalidade no Brasil em 2013.

A dimensão territorial do país sugere a variabilidade regional desses indicadores. Cada base hospitalar deve seguir um padrão que possa corroborar com as necessidades municipais. Todavia pode-se ter uma ideia geral das pesquisas que devem alcançar a redução nacional, de município a município, de mortalidade no país em quatro grandes grupos de doenças.

TABELA 4-PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE NO BRASIL, EM 2013

GRUPO DE DOENÇAS	MORTALIDADE	PERCENTUAL
1. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	52.058	4,30%
<b>2. Neoplasias (tumores)</b>	<b>196.954</b>	<b>16,27%</b>
3. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	6.388	0,53%
<b>4. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</b>	<b>74.726</b>	<b>6,17%</b>
5. Transtornos mentais e comportamentais	13.052	1,08%
6. Doenças do sistema nervoso	30.300	2,50%
7. Doenças do olho e anexos	15	0,00%
8. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	143	0,01%
<b>9. Doenças do aparelho circulatório</b>	<b>339.672</b>	<b>28,06%</b>
<b>10. Doenças do aparelho respiratório</b>	<b>137.832</b>	<b>11,39%</b>
11. Doenças do aparelho digestivo	61.934	5,12%
12. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3.919	0,32%
13. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	5.001	0,41%
14. Doenças do aparelho geniturinário	29.709	2,45%
15. Gravidez parto e puerpério	1.787	0,15%
16. Algumas afec originadas no período perinatal	22.745	1,88%
17. Malf congênita deformidade e anomalias cromossômicas	10.752	0,89%
18. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	71.804	5,93%
<b>19. Causas externas de morbidade e mortalidade</b>	<b>151.683</b>	<b>12,53%</b>
<b>Total</b>	<b>1.210.474</b>	<b>100%</b>

Fonte: Ministério da Saúde (2015).

O mesmo raciocínio pode-se aplicar ao caso das morbidades ou causas de internação no país, conforme a Tabela 5. As doenças que geram morbidade são: gravidez parto e puerpério: 20,71%; doenças no aparelho respiratório: 11,76%; doenças do aparelho circulatório: 10,12%; causas externas de morbidade e mortalidade: 9,41%; doenças do aparelho digestivo: 9,31% e

algumas doenças infecciosas e parasitárias 7,74%. Retirando-se duas causas, para efeitos de uma análise de correlação temos a preservação de 98,16% dos casos coincidentes nas Tabelas 4 e 5.

Contudo, existem algumas diferenças na tipologia da pesquisa em cada caso. No caso anterior existe uma preocupação em prevenir a mortalidade. Neste caso as pesquisas devem seguir um padrão de precauções que a população deve tomar para que não ocorra à morbidade ou internações, são as pesquisas que devem atingir a prevenção e dar adequado tratamento enquanto as pesquisas a serem desenvolvidas acima atacam diretamente na forma de atuação da medicina e no tratamento.

Outro aspecto que se pode verificar entre as tabelas 4 e 5 são as intersecções entre as doenças verificadas nas duas tabelas: doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório e causas externas de morbidade e mortalidade.

Então, dentro desta correlação pode-se verificar que existem três grandes áreas de pesquisa no sentido de se manter uma conjuntura de políticas públicas governamentais para as pesquisas médicas em hospitais universitários federais.

Não obstante, a avaliação da intersecção acima se deve considerar o caso específico de cada município e também de algumas doenças que não provocam uma internação do paciente, mas sim a mortalidade sem preparo médico adequado, mas sim na gravidade da patologia que leva a um quadro de mortalidade sem que exista uma incidência maior de morbidade. Ademais temos dois conjuntos de doenças que não estão no bojo dos dados da mortalidade: Lesões e causas externas e contatos com serviços da saúde (20 e 21 da Tabela 5). São casos que não direcionam ao óbito e podem interferir sobre a análise de correlação entre as tabelas, por isso retirada na análise do quartil nesta presente série de dados.

TABELA 5–PRINCIPAIS CAUSAS DE MORBIDADE NO BRASIL EM 2013

GRUPO DE DOENÇAS	INTERNAÇÕES	PERCENTUAL
<b>1. Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	<b>867.074</b>	<b>7,74%</b>
2. Neoplasias (tumores)	691.543	6,18%
3. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	88.793	0,79%
4. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	273.749	2,44%
5. Transtornos mentais e comportamentais	251.752	2,25%
6. Doenças do sistema nervoso	177.883	1,59%
7. Doenças do olho e anexos	97.261	0,87%
8. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	18.490	0,17%
<b>9. Doenças do aparelho circulatório</b>	<b>1.133.235</b>	<b>10,12%</b>
<b>10. Doenças do aparelho respiratório</b>	<b>1.316.437</b>	<b>11,76%</b>
<b>11. Doenças do aparelho digestivo</b>	<b>1.042.930</b>	<b>9,31%</b>
12. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	226.479	2,02%
13. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	204.991	1,83%
14. Doenças do aparelho geniturinário	766.738	6,85%
<b>15. Gravidez parto e puerpério</b>	<b>2.319.472</b>	<b>20,71%</b>
16. Algumas afec originadas no período perinatal	228.784	2,04%
17. Malf congênita deformidade e anomalias cromossômicas	78.182	0,70%
18. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	154.361	1,38%
<b>19. Causas externas de morbidade e mortalidade</b>	<b>1.053.446</b>	<b>9,41%</b>
20. Lesões enven e alg out conseq causas externas	3.421	0,03%
21. Contatos com serviços de saúde	202.138	1,81%
<b>Total</b>	<b>11.197.159</b>	<b>100%</b>

Fonte: Ministério da Saúde (2015)

### 3.3. PANORAMA DA PESQUISA MÉDICA EM HU NO BRASIL

A capacidade de produção científica na área de economia da saúde brasileira, segundo Andrade (2007), está concentrada preponderantemente no campo de gestão em saúde.

Esse dinamismo reflete a importância da economia da saúde como suporte ao processo decisório dos gestores da saúde. No que se refere à diversidade de atuação compreende como atividades majoritárias as atividades ligadas a orientações de trabalhos de pós-graduação, consultoria e cursos de extensão.

Nessa análise, conforme os dados da Tabela 6 verifica-se um panorama de evolução acadêmica ao longo de um período de cinco anos.

Segundo os dados da Tabela 6 pode-se verificar que a distribuição por grupos de pesquisa tem um percentual na grade área do conhecimento das ciências humanas, com 19,6%, seguido pelas ciências da saúde com 16,6% e formação de 4.573 grupos nesta área do conhecimento em 2010. Ainda segundo dados de Brasil (2015), dividido por áreas do conhecimento, medicina fica em segundo lugar com 5,2% da divisão dos grandes grupos de pesquisa dispostos na Tabela 6. Em primeiro lugar estão as pesquisas relacionadas à humanidades com 19,6%, considerando os grandes grupos, e pela área do conhecimento em Educação liderando com 8,1% das pesquisas realizadas no Brasil em 2010.

TABELA 6–DISTRIBUIÇÃO DOS GRUPOS DE PESQUISA POR GRANDE ÁREA DE CONHECIMENTO NO BRASIL 2010

<b>DISTRIBUIÇÃO DOS GRUPOS DE PESQUISA SEGUNDO A GRANDE ÁREA DO CONHECIMENTO PREDOMINANTE NAS ATIVIDADES DO GRUPO, 2010.</b>				
Grande área do conhecimento		Grupos	%	% acumulado
Humanidades	Ciências Humanas	5.387	19,6	19,6
<b>Ciências da Vida</b>	<b>Ciências da Saúde</b>	<b>4.573</b>	<b>16,6</b>	<b>36,2</b>
Ciências da Natureza	Engenharias	3.548	12,9	49,1
Humanidades	Ciências Sociais Aplicadas	3.438	12,5	61,6
Ciências da Vida	Ciências Biológicas	3.108	11,3	72,9
Ciências da Natureza	Ciências Exatas e da Terra	2.934	10,7	83,5
Ciências da Vida	Ciências Agrárias	2.699	9,8	93,3
Humanidades	Linguística, Letras e Artes	1.836	6,7	100,0
<b>Total</b>		<b>27.523</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Brasil (2015)

Ainda há muito que se considerar sobre a relação entre os Hospitais Universitários e a indústria brasileira, segundo Zago (2004), no tocante à pesquisa em seus resultados econômicos latentes. Alves (2007) evidencia que os interesses financeiros são os aspectos que chamam mais atenção para uma parceria entre Hospitais Universitários e Empresas e podem incluir, dentre outros, consultorias, participação em sociedades, cargos de direção e assessoramento – com ou sem remuneração -, recebimento de honorários, concessão de patentes, fundos de pesquisa, pagamento de viagens e palestras auxílio para congressos, concessões e empréstimos.

Também ficam evidentes os interesses econômicos que não impactam diretamente no financiamento, por exemplo: um centro médico pode atrair mais paciente e adquirir prestígio e publicidade quando da disposição de uma estrutura inovadora de tratamento ou diagnóstico. Nos Estados Unidos, a indústria farmacêutica prevê cerca de 70% de todos os fundos destinados a investigação clínica com medicamentos, o custo médio estimado para o teste de uma nova droga varia de 300 a 600 milhões de dólares. Tal fato torna evidente o motivo da indústria necessitar que a pesquisa seja efetivada em centros onde as pesquisas sejam realizadas de maneira rápida e resultem, em sua forma ideal, em drogas eficazes e seguras para que possam ser comercializadas. O cuidado que se deve ter são os conflitos já mencionados neste capítulo.

### 3.4. A PESQUISA MÉDICA NO HUB



Segundo Fahub (2015), a Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Hospital Universitário de Brasília (FAHUB) foi criada em 2001 com o objetivo de atender aos anseios dos médicos e professores que atuam na instituição tendo como objetivo angariar recursos, administrar projetos de pesquisa e também, auxiliar os programas de saúde desenvolvidos no Hospital.

Considerando a classificação institucional, evidenciada abaixo pela Tabela 7, no que se refere à quantidade da pesquisa desenvolvida no HUB nota-se que um decréscimo substancial, ou seja, **a produção acadêmica dentro do Hospital, em números totais vem decrescendo com o decorrer do tempo.**

A quantidade total da pesquisa acadêmica, considerando apenas o período médio de duração de um ano, caiu de 2012 a 2015, segundo a Tabela 7. Isso representa um decréscimo de 91,66%, com a devida ressalva de que o calendário acadêmico não finalizou para o ano de 2015.

O cenário para o total das publicações no mesmo período é de 98,59% das pesquisas totais no HUB obtendo-se a mesma ressalva para o ano de 2015. Contudo é relevante o aumento das pesquisas acadêmicas e totais nos anos de 2012 e 2013 onde o aumento chega a 14,49% nas pesquisas acadêmicas e 11,12% para a quantidade total de pesquisas.

Outro dado de grande relevância é a quantidade de pesquisas de desenvolvimento tecnológico e outras pesquisas acadêmicas: apenas onze pesquisas de desenvolvimento tecnológico foram realizadas no ano de 2012 e apenas uma pesquisa (outras pesquisas) foram realizadas no ano de 2014. Pode-se inferir que existe uma concentração evidente para o trato das pesquisas acadêmicas dentro do complexo hospitalar.

TABELA 7-PESQUISAS REALIZADAS NO HUB DE 2012 A 2015

ANO	QUANTIDADE DE PESQUISA ACADÊMICA	QUANTIDADE DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO	OUTROS	QUANTIDADE TOTAL
2012	60	11	0	71
2013	79	0	0	79
2014	47	1	0	48
2015	5	0	0	5

Fonte: Gerência de Ensino e Pesquisa – GEP/HUB/EBSERH, 2015

Contudo os anos de 2014 e 2015 demonstram uma redução evidente no comportamento das pesquisas, em seu contexto geral, realizadas pelo complexo hospitalar. Dentro deste diapasão pode-se inferir que o número estimado de participantes em 2014 não tenha contribuído

para a efetiva produção acadêmica hospitalar e dados para a estimativa de participantes de pesquisas para o ano de 2015 resta sem dados do complexo hospitalar.

Pode-se inferir que existiu eminentemente um incentivo não correspondido às pesquisas do HUB no ano de 2014 no sentido da manutenção da produção acadêmica anual sem o resultado esperado, ou seja, houve um número superestimado para os participantes da pesquisa no ano de 2014 e o resultado não culminou em um aumento de pesquisas efetivadas pelo complexo hospitalar.

Pode-se inferir também, conforme Tabela 13, que o incentivo governamental às pesquisas para o HUB foi extremamente fragilizado em relação aos anos anteriores, razão pela qual pode-se também verificar uma frustração da gestão hospitalar no incentivo acadêmico da pesquisa no referido ano (2014).

**TABELA 8-NÚMERO ESTIMADO DE PARTICIPANTE HUB 2012 A 2015**

ANO	NÚMERO ESTIMADO DE PARTICIPANTES DA PESQUISA
2012	233
2013	217
2014	1585
2015	-

**Fonte:** Gerência de Ensino e Pesquisa – GEP/HUB/EBSERH, 2015

Na classificação geral, dentre os HU's em produção de pesquisa, conforme Brasil (2015), o HUB se posiciona na oitava posição nacional, tendo 48,45% da quantidade total das pesquisas produzidas.

No cenário das pesquisas totais o HUB tem apenas 64% das pesquisas em relação ao sexto colocado considerado na Tabela 9. A tabela demonstra, em relação ao demonstrado nas Tabelas 7 e 8 a efetiva redução da produção acadêmica neste período para o hospital mesmo com o incentivo, ou a perspectiva, de um aumento substancial de participantes na ordem de 730,41% entre os anos de 2013 e 2014.

Importante considerar que dos oitos estados de maior concentração de pesquisas totais e acadêmicas estados de maior quantidade total de pesquisas e quantidade de pesquisas acadêmicas cinco estão concentradas na região nordeste do país, uma na região sudeste, uma na região sul e uma na região centro-oeste.

Para o ano de 2014 os hospitais universitários no nordeste brasileiro: Paraíba, em primeira colocação para pesquisas totais e terceira para pesquisas acadêmicas, Ceará, terceira colocação para pesquisas totais e primeira para pesquisas acadêmicas e Maranhão, quarta colocação para

pesquisas totais e acadêmicas, Bahia, quinta colocação para pesquisas totais e sexta para pesquisas acadêmicas e Alagoas, sétima colocação em pesquisas totais e quinta em pesquisas totais e quinta em pesquisas acadêmicas.

**TABELA 9**-CLASSIFICAÇÃO GERAL DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS (PESQUISA) EM 2014

NOME DO HOSPITAL	QUANTIDADE DE PESQUISA ACADÊMICA	QUANTIDADE DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO	OUTROS	QUANTIDADE TOTAL
1 - UFPE	121	19	6	146
2 - UFPA	126	0	19	145
3 - UFPA	132	1	9	142
4 - UFPA	97	1	10	108
5 - UFPA	48	2	28	78
6 - UFPA	55	11	9	75
7 - UFPA	57	0	0	57
8 - HUB	47	1	0	48
9 - UFPE	39	5	1	45
10 - UFRN	29	2	3	34
11 - UFMT	32	1	0	33
12 - UFS	27	0	0	27
13 - UFAM	11	0	3	14
14 - UFPI	8	0	0	8
15 - UFGD	6	2	0	8
16 - UFMS	4	1	0	5
17 - UFTM	3	0	0	3
18 - UNIVASF	1	0	0	1

**Fonte:** Gerência de Ensino e Pesquisa – GEP/HUB/EBSERH, 2015

O cenário repassado pelas Tabelas 7, 8 e 9 é de uma significativa redução de produção acadêmica no HUB dentro do cenário nacional em termos de ensino, pesquisa, extensão e assistencialismo. Outro dado referenciado pelas tabelas supracitadas é de mesmo decréscimo nas pesquisas totais e alta concentração em pesquisas acadêmicas que pode ser traduzida em uma preocupação institucional de manutenção das pesquisas que refletem uma determinada área hospitalar, conforme visto no Gráfico 2, onde a concentração está mantida em pesquisa de ciências da saúde.

Tal preocupação na manutenção do incentivo apenas em pesquisas que destacam, predominantemente, uma grande área do conhecimento faz com que o complexo hospitalar não consiga atingir patamares de maior grandeza, como os verificados pela Universidade Federal do Piauí, que possui 20,66% em efetivações de pesquisas com cunho tecnológico e outros relevantes para o desenvolvimento hospitalar.

Infere-se que, pela análise da tabela 9, o complexo hospitalar, que se encontra fisicamente ao lado do complexo universitário pode trazer para seu complexo pesquisas de cunho em

desenvolvimento tecnológico com a atuação de empresas privadas parceiras e outras pesquisas em outras áreas, fora da grande área da saúde, no sentido de se melhorar o resultado econômico no cenário nacional e internacional das pesquisas totais efetivas pelo HUB, uma instituição que resguarda ensino e pesquisas multidisciplinares e possui espaço e posição estratégica política para consecução de tais objetivos.

## 4. HUB: PESQUISA MÉDICA, CUSTOS E BENEFÍCIOS

### 4.1. LINHA DO TEMPO DO HUB

O Hospital Universitário de Brasília é uma instituição hospitalar universitária pública vinculada à Universidade de Brasília e ao Ministério da Educação cuja missão é desenvolver ações de ensino e pesquisa em consonância com a função social da universidade, com articulação vinculativa à assistência à saúde de média e alta complexidade interligada ao Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa médica é um dos alicerces da função finalística desta instituição que deve, por força constitucional, zelar pelo ensino, **pesquisa** e extensão universitária e ganha um contorno mais sensível, a extensão que se traduz no elo entre o tripé da educação superior com o atendimento prioritário ao público em termos de média e alta complexidade hospitalar.

O HUB, como já destacado, foi inaugurado durante o regime militar em 1972 como unidades do Instituto de Pensões e Aposentadorias dos Serviços do Estado (IPASE) através do decreto n°. 10.178/72, recebendo o nome de Hospital do Distrito Federal Presidente Médici (HDFPM). A instituição dedicou-se a atenção exclusiva dos servidores públicos federais e ficou conhecido como Hospital dos Servidores da União (HSU). O hospital atendia à política de atenção à saúde seguindo o modelo de seguro social que caracterizou o modelo previdenciário no Brasil e na América Latina, sendo excludente de ideologia corporativa e com cobertura de caráter ocupacional. Em dezembro de 1979, o HDFPM passou a ser administrado pela Universidade de Brasília, por meio de convênio assinado com o antigo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social).

Em 1987 foi integrado à rede de serviços do Distrito Federal por meio de um novo instrumento contratual assinado pela Universidade de Brasília com quatro Ministérios, passando a chamar-se Hospital Docente Assistencial – DCA e sendo reconhecido como 38º Hospital Universitário brasileiro. Após um processo conturbado, com incidência de manifestações públicas de professores e estudantes que exigiam a cessão em caráter definitivo para a universidade, em 3 de abril de 1990 o hospital foi cedido pelo INAMPS à UnB, passando a denominar-se Hospital Universitário de Brasília.

Brasil (2015) acrescenta que de 1994 até 2004, o HUB passou por um processo de perda progressiva do quadro de funcionários do antigo INAMPS, sofrendo com a falta de reposição dos postos de trabalho por aposentadorias ou abandono relacionados aos baixos salários,

vivenciando um financiamento oscilante que dependia das relações estabelecidas frequentemente de maneira informal pelo gestor distrital do SUS.A

A partir de 2005, o HUB passou a ser administrado e financiado dentro das diretrizes da Portaria Interministerial MEC/MS n°. 1.000/2004 definindo o teto financeiro para o desenvolvimento de suas atividades. Paralelamente, o HUB foi certificado como Hospital de Ensino de acordo com os critérios estabelecidos nessa portaria e até hoje certificado com as disposições da Portaria Interministerial n°. 2.400/07.

Em 2008 foi aprovado pelo Conselho Superior Universitário (CONSUNI) o regimento interno do hospital que, após mais de dois anos de debates internos, consagrou a inserção da instituição no SUS como uma de suas características essenciais. Atualmente, o HUB enfrenta o desafio de implementar elevados padrões de qualidade nas atividades de ensino, serviço e pesquisa com a assinatura do contrato de gestão junto a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)<sup>4</sup>

Em 2011, ficando a empresa responsável pela resolução de problemas de natureza de gestão administrativa: fomento de recursos vinculados ao Ministério da Saúde e Ministério da Educação e efetivo repasse de tais recursos para o atendimento necessário destas instituições no tocante à própria administração dos recursos materiais, orçamentários, patrimoniais, dentre outros, fomento à pesquisa e desenvolvimento do assistencialismo de média e alta complexidades em parceria com os hospitais universitário federais brasileiros, tal como ocorrido com o HUB.

#### 4.2. ALGUNS INDICADORES QUANTITATIVOS DO HUB

Marinho (2001) analisa que três indicadores clássicos devem compor análise de características de um Hospital conveniado ao Sistema Único de Saúde, sejam eles: taxa de ocupação; prazo médio de permanência; taxa de rotatividade.

Esses indicadores tem as seguintes definições:

---

<sup>4</sup>Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares foi criada em 2011, através da Lei 12.550, em formato de empresa pública vinculada ao Ministério da Educação. Com esta nova estrutura funcional do Estado a EBSERH passa a ser o órgão do Ministério da Educação responsável pela Gestão do REHUF por meio de contrato firmado com Hospitais que assim optarem. Segundo Sodre et al. (2013) a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares é um ente integrante da Administração Indireta que não pode ser confundida com modelos de privatização de serviços essenciais que são afetos ao Governo Federal.

Taxa de Ocupação = número de dias de internação em um semestre/(180 número de leitos disponíveis no ano ). A taxa de ocupação dos leitos mede a porcentagem total dos leitos hospitalares que está ocupada por pacientes em um determinado período de tempo, em um dado hospital.

Prazo Médio de Permanência (Internação) = número de dias de internação em um semestre/número de pacientes no semestre. O prazo médio de permanência evidencia o número médio de dias que os pacientes de um hospital ficam internados.

Taxa de Rotatividade = número de internações em um semestre/número de leitos disponíveis no semestre. A taxa de rotatividade dos leitos representa o número médio de internações por leito em um determinado período de tempo. (Marinho, 2001. pg. 6)

Pode-se argumentar, em princípio, no que se refere à taxa de ocupação e à taxa de rotatividade, que maiores valores desses indicadores referenciam melhores desempenhos dos hospitais. Maiores taxas de ocupação indicariam a menor ociosidade dos leitos e, portanto, maior eficiência. Mas essa conclusão precisaria ser referendada pelo perfil dos custos e da qualidade dos serviços hospitalares. Não se deve deixar de observar, adicionalmente, que taxas muito alta de ocupação também podem indicar alta prevalência de morbidades, baixa rotatividade e pouca reserva para emergência. Altas taxas de rotatividade podem significar altos números de reinternações.

Dependendo do grau de complexidade da instituição e do tipo de diagnóstico subjacente, altas taxas de rotatividade podem significar, também, internações desnecessárias. O prazo médio de permanência é um indicador também bastante complexo e, como os outros dois precedentes, não podem ser analisados isoladamente do contexto integral do sistema de atenção e cuidados à saúde. Baixos prazos médios de permanência podem significar apenas altas precoces, óbitos prematuros ou óbitos inevitáveis que demandariam internações em organizações especiais. Altos prazos de permanência podem, por outro lado, significar a baixa capacidade de resolução dos casos atendidos.

TABELA 10 -INDICADORES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – 2014

CENTROS	TAXA DE OCUPAÇÃO	MÉDIA DE PERMANÊNCIA	ÍNDICE ROTATIVO	TAXA DE MORTALIDADE
Clínica Médica	65,82	8,23	2,48	6,02
Clínica Médica - CPA	118,55	2,76	13,33	5,63
Clínica Pediátrica	41,06	4,52	2,82	0,00
Clínica Pediátrica- CPA	21,37	0,90	7,38	0,00
Cirurgia Pediátrica	42,90	2,46	5,40	0,00
Clínicas Cirúrgicas	34,11	2,63	4,02	0,46
C.de Gineco/Obstetricia	43,85	1,64	8,28	0,00
Emergência Gineco/Obstetricia	11,29	1,08	3,25	0,00
PRÉ-PARTO	33,33	0,67	15,33	0,00
Unidade de Transplante	35,75	4,43	2,50	0,00
Médio Risco Neonatal	59,68	4,63	4,00	0,00
UTI Adulto	79,72	13,31	1,86	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>51,03</b>	<b>3,21</b>	<b>4,92</b>	<b>1,81</b>

**Fonte:** Centro de Estatística EBSEH/HUB

OBS: Taxa de Ocupação: = (Total pacientes-dia do mês X 100) / (Total de leitos-dias do mês)

Média Pacientes Dias: = (Total pacientes-dia do mês) / (Total de dias do mês).

Média de Permanência: = (Total de pacientes-dia do mês) / (Total de saídos)

Índice Rotativo: = (Total de saídos) / (Número de Leitos).

Taxa de Mortalidade: = (Total de óbitos X 100) / (Total de saídos)

Os dados apresentados na Tabela 10 pode-se destacar, dentro da capacidade e complexidade de cada área hospitalar na pesquisa médica, o Centro de Pronto Atendimento (CPA) que possui maior taxa de ocupação, menor taxa de permanência e altos índices de mortalidade e rotatividade. Contudo, estudos na área de saúde, indicam que as relações entre os índices são altamente influenciáveis pela demanda instalada na estrutura hospitalar. No caso em tela, exista alta demanda de pacientes, baixo período de permanência, alta rotatividade e alto índice de mortalidade. Tal propositura pode refletir um alto grau de reinternações.

Não se pretende inferir qualquer indicativo de gestão e atuação hospitalar ou mesmo de inserção em pesquisa nos dados constantes da Tabela 10, que é objeto de demonstração dos índices mais importantes para a compreensão de centros que possuem uma identidade perceptível de carência de estudos acadêmicos no sentido de se desenvolver soluções para algumas disparidades apontadas, em uma análise de relação simplista.

Também é possível identificar na Tabela 10, utilizando o terço quartil, altos índices de ocupação na Clínica Médica-CPA (118,55), UTI Adulto (79,72) e Clínica Médica (65,82). Contudo é necessário verificar se a eficiência não está encoberta pelos outros índices. Os menores índices rotativos, segundo o critério do terceiro quartil são: UTI Adulto (1,86), Clínica Médica (2,48) e Unidade de Transplantes (2,5) o que significa que a rotatividade nestas Unidades é baixa. As taxas de mortalidade se encontram em apenas Clínica Médica (6,02), Clínica Médica – UTI (5,63) e Clínicas Cirúrgicas. A taxa média de permanência significa a



alta ou baixa taxa de morbidade. Médio Risco Neonatal (4,63), Clínica Médica (8,23) e UTI Adulto (13,31).

Diante dos indicadores referenciados pela Tabela 10 e apresentando medidas de tendência central pode-se chegar a uma inferência de eficiência considerando:

1 – Quanto o indicador “Taxa de Ocupação” maior será a unidade de atendimento aos demandantes de serviços em saúde, pela oferta de mais acomodações aos mesmos. O indicador pode refletir em maior eficiência pelo número de leitos disponíveis, contudo deve ser comparado com os outros indicadores;

2 – Quanto maior o indicador “Média de Permanência” menor é resolução da patologia do demandante por saúde. Por conseguinte, mais complexo será o tratamento pela ineficiência dos ofertantes de saúde ou pela complexidade da patologia. Isso reflete uma maior morbidade. Quanto maior a morbidade, tempo de permanência de um paciente em um hospital menor a eficiência pela oferta de saúde. Contudo existem casos em que a patologia enseja uma maior taxa de permanência pois a recuperação da patologia é longa. Este indicador sozinho não reflete eficiência, deve-se comparar com os outros indicadores para se encontrar uma inferência de eficiência hospitalar;

3 – Quanto maior o indicador “Índice Rotativo” mais leitos disponíveis a unidade hospitalar dispõe para atendimento aos demandantes de saúde. Contudo este índice isolado não reflete eficiência hospitalar pela ocorrência de reinternações. Neste caso a patologia não foi solucionada na primeira acomodação do demandante.

4 – Quanto maior o indicador “Taxa de Mortalidade” menor será a resolução do tratamento proposto pelo centro de saúde. Contudo, altas taxas de mortalidade, podem advir de patologias que eminentemente não possuem cura. Tal indicador isolado não reflete eficiência pela característica da demanda do centro hospitalar.

O que pode inferir, sem que possa indicar uma eficiência clara, são altas taxas de ocupação, baixas taxas de permanência, altas taxas de rotatividade e baixas taxas de mortalidade considerando ainda os *outliers* dispostos em cada indicador em separado.

#### 4.3. RECEITAS E DESPESAS DO HUB

Segundo Silva (2003) o Hospital Universitário de Brasília tem como função básica de apoiar o ensino de graduação e pós-graduação de vários cursos vinculados à Universidade de

Brasília, sendo a principal área a Faculdade de Medicina. Atua como Hospital Escola e centro de pesquisa científica em todas as áreas da medicina.

O Hospital Universitário desempenha papel primordial como Hospital Referencial da Região, prestando serviços médicos hospitalares à população de algumas regiões do Distrito Federal e Cidade Satélites do Entorno, desde o atendimento ambulatorial, até o atendimento de serviços de média a alta complexidade. Com base na Gestão Estratégica a definição da missão do Hospital e de sua estratégia competitiva auxiliaria na redução dos custos hospitalares através da economia de escala e escopo com a especialização dos atendimentos. Considerando que a missão do Hospital é a prestação de serviços de alta complexidade e de tecnologia mais atualizada.

Em janeiro do ano de 2013 a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) assumiu a gestão administrativa e financeira do Hospital Universitário de Brasília. Considerando o período de transição o Hospital passou a operar com duas Unidades Gestoras: a de número 154106 vinculada à Universidade de Brasília e a de número 155009 vinculada à EBSERH. A assunção do HUB não foi imediata e obteve todos os cargos repassados no ano de 2013 e 2014. A transição altera a formatação de recebimento de recursos do governo federal e também altera a execução orçamentária do hospital por algumas considerações:

1 – A Unidade Gestora número 155009 vinculada à EBSERH executa o orçamento e as finanças conforme os ditames da Unidade Orçamentária da EBSERH Sede. A figura da Unidade Orçamentária 154106, criada em 2011 para redirecionar os recursos da saúde para o HUB sem que existam as ausências de repasses por quaisquer discricionariedades, primordialmente pela característica de cunho político, fica perdida para a nova Unidade instalada, ou seja, o HUB perde sua autonomia de Hospital Universitário Federal na aplicação de seus recursos dependendo da EBSERH para a sua devida aplicação e concomitantemente da UnB em respeito aos interesses universitários.

2 – A natureza jurídica da EBSERH é celetista e a da UnB é estatutária, ou seja, a base dos servidores ofertadores de serviços públicos é diversa e causa conflitos quantitativos e qualitativos. Parte do hospital vinculado à EBSERH segue a regência da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e outra parte do hospital segue a regência da do Estatuto dos Servidores Públicos Federais, Lei Federal nº 8.112/90.

3 – Os limites para contratações de empresas, insumos, serviços, dentre outros, possuem diferenciações na Lei Federal nº 8666/93. Enquanto não repassado todos os contratos, almoxarifados, insumos, todos os ativos pertencentes à FUB para EBSERH deve-se observar o

regime de contratação diante da lei e tal propositura pode ser uma disfunção burocrática ensejadora de problemas financeiros para o HUB em seus contratos passados e futuros.

Vários outros problemas de transição não são resolvidos em poucos anos, sobretudo pela dificuldade da capacidade instalada de servidores de ambos os órgãos para o atendimento ao ensino, pesquisa, extensão e assistência. Não obstante aos fatos considerados, existem resultados positivos em relação ao contrato de gestão efetivado pela UnB.

Considerando as duas Unidades Gestoras como componentes de recebimento e dispêndio do Hospital Universitário, em consonância com Tabela 11, existem evidentes evoluções nos recursos autorizados ao HUB, e algumas disparidades no resultado dos empenhos emitidos no ano menos o saldo disponível, reflexo do desenvolvimento orçamentário deficitário. A exceção é o de 2014 onde a EBSEH edificou maior volume de repasses orçamentários para fazer frente à deficiência de custeio do HUB. No ano de 2014 observa-se o saldo disponível alto que é compensado no ano subsequente.

Conforme dados da Tabela 11, o HUB executou em 2013 maiores despesas em Custeio e Investimentos, também fica demonstrado que as verbas recebidas em 2014 foram mais volumosas que suas despesas. Tal fato viabilizou saldo positivo em 2012 e 2014, em custeio e investimento, razão pelo qual temos um aumento substancial no Saldo Disponível às despesas de 2012 e 2014. Contudo não pode se deixar de referenciar a tendência negativa que apresentam os dados de Receita *versus* Despesas do HUB. Mesmo com o ingresso do programa REHUF, em meados do ano de 2010, o Hospital ainda apresenta dados deficitários que podem ser constatados pelos dados abaixo. Os “*outliers*” constituídos nos anos de 2012 e 2014 na Tabela 11 são reflexos de um gerenciamento positivo na execução das despesas do HUB que pode evidenciar uma melhoria na destinação de recursos para as atividades financeiras.

**TABELA 11-DISCRIMINAÇÃO DAS RECEITAS E DESPESAS DO HUB (VALORES CORRENTES) - 2010 A 2014**

RECEITA (R\$)		DESPESA (R\$)		
ANO	CRÉDITO AUTORIZADO	EMPENHOS EMITIDOS	EMPENHOS LIQUIDADOS	SALDO DISPONÍVEL
2010	R\$ 99.342.049,82	R\$ 109.203.186,34	R\$ 109.203.186,34	- R\$ 9.861.136,52
2011	R\$ 142.639.445,94	R\$ 154.420.951,68	R\$ 154.420.951,68	- R\$ 11.781.505,74
2012	R\$ 162.338.897,29	R\$ 159.962.569,73	R\$ 159.962.569,73	R\$ 2.376.327,56
2013*	R\$ 180.995.471,93	R\$ 196.489.309,47	R\$ 189.092.994,57	- R\$ 8.097.522,64
2014*	R\$ 185.012.125,92	R\$ 167.195.027,72	R\$ 161.961.635,77	R\$ 17.817.098,20
Média	R\$ 151.065.598,18	R\$ 157.454.208,99	R\$ 154.928.267,62	- R\$ 6.388.610,81

Fonte: Setor de Orçamento e Finanças – HUB/EBSEH.

No que tange à execução orçamentária pela natureza geral de suas despesas, denota-se conforme a Tabela 12, uma concentração das despesas de Pessoal e Encargos juntamente com as despesas de custeio. Essas despesas se relacionam diretamente com o desenvolvimento do ensino, pesquisa, extensão e assistencialismo, pois no atendimento de um Hospital Escola a disponibilidade laboral bem como a disposição dos recursos atende ao aluno e à comunidade no âmbito geral.

Considerando uma avaliação orçamentária das “Outras Despesas Correntes”, descritas na Tabela 12, obtém-se uma avaliação geral do Hospital Universitário no decorrer dos anos. Em linhas gerais, esta classificação de despesas está relacionada aos insumos diretos que no qual o Hospital Universitário realiza suas aplicações orçamentárias e financeiras para consecução de todos os seus objetivos, primordialmente os de pesquisa. Contudo, a execução de tais despesas não pode representar efetivamente a necessidade completa do financiamento do Hospital Escola, algumas parcelas consideráveis estão classificadas nas despesas obrigatórias, como o pagamento de servidores do quadro e investimentos diretos.

No tocante aos investimentos percebe-se um aumento sensível no decorrer dos anos, com exceção do ano de 2014 onde os recursos de investimentos diretos a serem repassados a Unidade Gestora 154106 são de responsabilidade de uma empresa pública recém-criada e que consolida alguns contingenciamentos para o atendimento de uma rede de hospitais signatários do contrato de gestão. A aplicação direta de recursos ao HUB, no tocante a investimentos passa a ser controlada pela EBSERH e repassada de acordo os pedidos dos hospitais universitários. Pode-se inferir, também, que o aporte de recursos em investimentos neste ano pelo Governo Federal apresentou decréscimo em suas contas públicas.

**TABELA 12-EXECUÇÃO DAS DESPESAS DO HUB (VALORES CORRENTES) - 2010 A 2014**

ANO	PESSOAL E ENCARGOS	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	INVESTIMENTOS	TOTAL
2010	R\$ 52.659.869,91	R\$ 55.165.187,19	R\$ 1.378.129,24	R\$ 109.203.186,34
2011	R\$ 61.288.067,79	R\$ 86.754.710,07	R\$ 6.378.173,82	R\$ 154.420.951,68
2012	R\$ 61.760.952,81	R\$ 86.167.423,72	R\$ 12.034.193,20	R\$ 159.962.569,73
2013	R\$ 69.210.493,00	R\$ 104.122.635,74	R\$ 15.759.865,69	R\$ 189.092.994,43
2014	R\$ 69.603.992,00	R\$ 93.691.889,25	R\$ 3.899.146,47	R\$ 167.195.027,72
<b>Média</b>	<b>R\$ 62.904.675,10</b>	<b>R\$ 83.770.698,32</b>	<b>R\$ 7.744.989,68</b>	<b>R\$ 154.420.363,11</b>

**Fonte:** Setor de Orçamento e Finanças – HUB/EBSERH.

**Obs:** Dados financeiros e orçamentários vinculados às duas Unidades Gestoras responsáveis pelo Hospital (154106 e 155009)

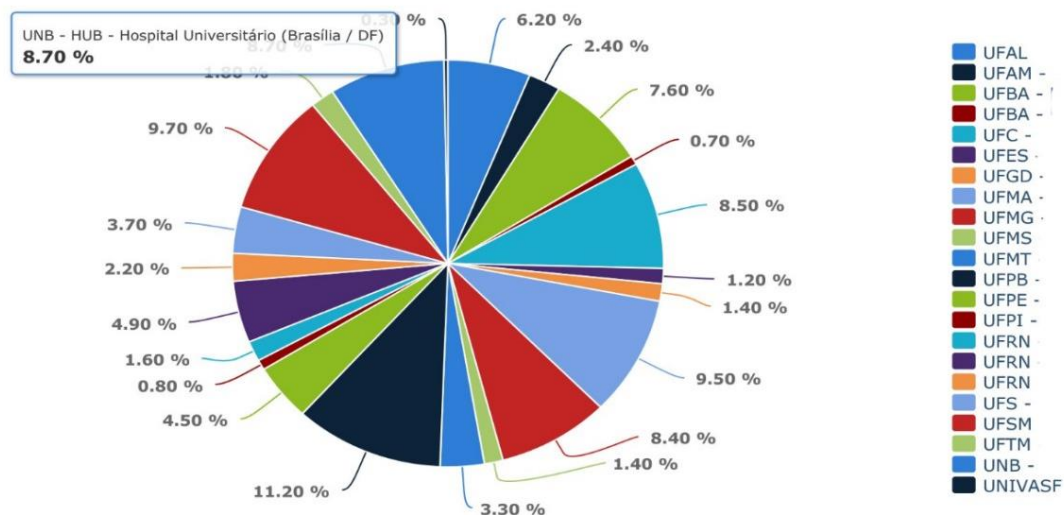
#### 4.4. DETALHAMENTO DA PESQUISA MÉDICA DO HUB

A pesquisa clínica no Hospital Universitário de Brasília, conforme dados do Gráfico 1, apresenta destaque em relação ao seu potencial para as atividades a serem desenvolvidas no Complexo Hospitalar Educacional. A universidade se apresenta, entre 2012 a 2015, com uma das maiores universidades geradoras da pesquisa médica no país com 8,7% do total de produção nacional em pesquisas médicas. Tendo em vista os dados da Tabela 9, no qual o HUB não se posicionou bem, o Gráfico 1 mostra que de 2012 a 2015 o acumulado de pesquisas eleva o patamar do HUB. Não obstante aos dados apresentados, devem-se verificar as Tabelas 7 e 8 que tratam da evolução da pesquisa no HUB, onde se verifica que existe uma queda em seu número.

No Gráfico 1 temos, conforme a utilização de concentração pelo terceiro quartil: 1 – UFPB (11,2%), 2 – UFMS (9,7%), 3 – UFMA (9,5%), 4 – UnB (8,7%), 5 – UFC ((8,5%) e 6 – UFMG (8,4%). Considerando que a UnB está na quarta posição dos Hospitais Universitários de todo o país em um universo de 3.986 pesquisas no período de 2012 a 2015.

**GRÁFICO 1: POSIÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS NA PESQUISA MÉDICA - 2012 A 2015**

**Vigência do projeto de pesquisa:** 2012 à 2015  
**Situação da pesquisa:** Iniciado  
**Total de pesquisas:** 3986



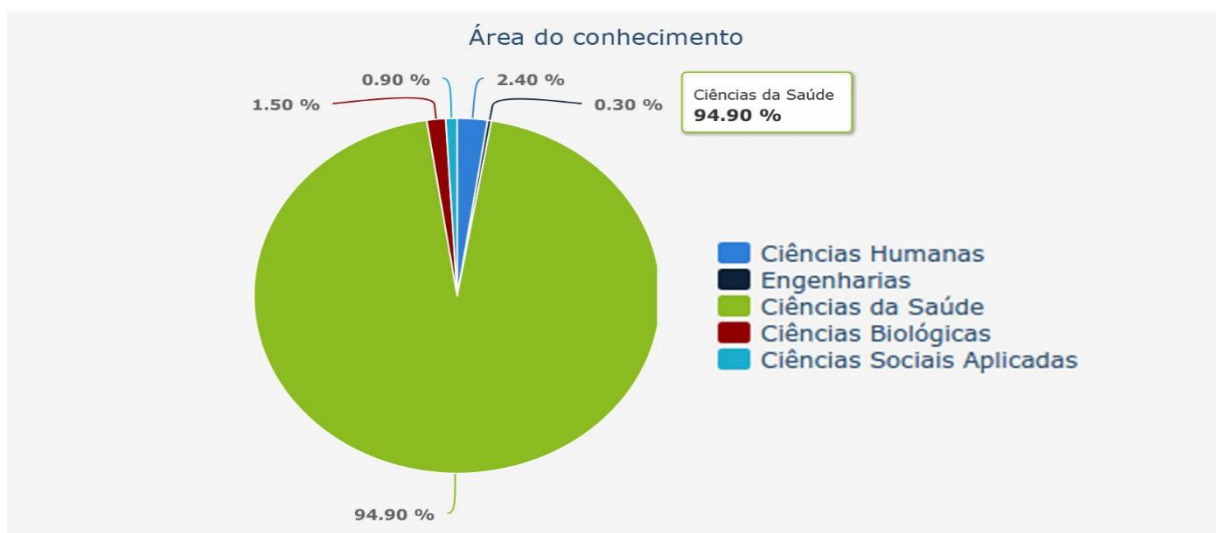
**Fonte:** Gerência de Ensino e Pesquisa – HUB/EBSERH

O Gráfico 2 demonstra a concentração das pesquisas médicas realizadas pelo HUB em áreas do conhecimento. Nota-se que 94,90% estão direcionados para Ciências da Saúde, 1,5% para Ciências Biológicas, 0,9% para Ciências Sociais Aplicadas, 2,4% para Ciências Humanas e 0,30% para Engenharia. Denota-se que a variabilidade de pesquisas em um complexo

acadêmico que abarca mais de oito cursos de graduação, várias pós-graduações e espaço físico dentro do campus universitário é extremamente pequena.

Considerando o Gráfico 2 pode-se inferir que existe uma concentração muito alta na pesquisa relacionada à Saúde. Inicialmente tal fator não deve causar disparidades ou impactos, pois se trata de um hospital de ensino. Contudo, deve-se observar a proposta que a instituição oferta, as condições da mesma oferta e a demanda instalada no Complexo de Ensino Universitário. Tratando-se de um Hospital Escola que se situa dentro do Campus da Universidade e tem propostas de multidisciplinariedade, então tais números refletem uma dependência da matéria prima do Hospital Universitário e um baixo grau de variabilidade de pesquisa em os outros campus que podem ser explorados dentro do Complexo Universitário Hospitalar.

**GRÁFICO 2:** DISTRIBUIÇÃO DA PESQUISA NO HUB POR ÁREA DO CONHECIMENTO NO HUB - 2012 A 2015



**Fonte:** Gerência de Ensino e Pesquisa – HUB/EBSERH

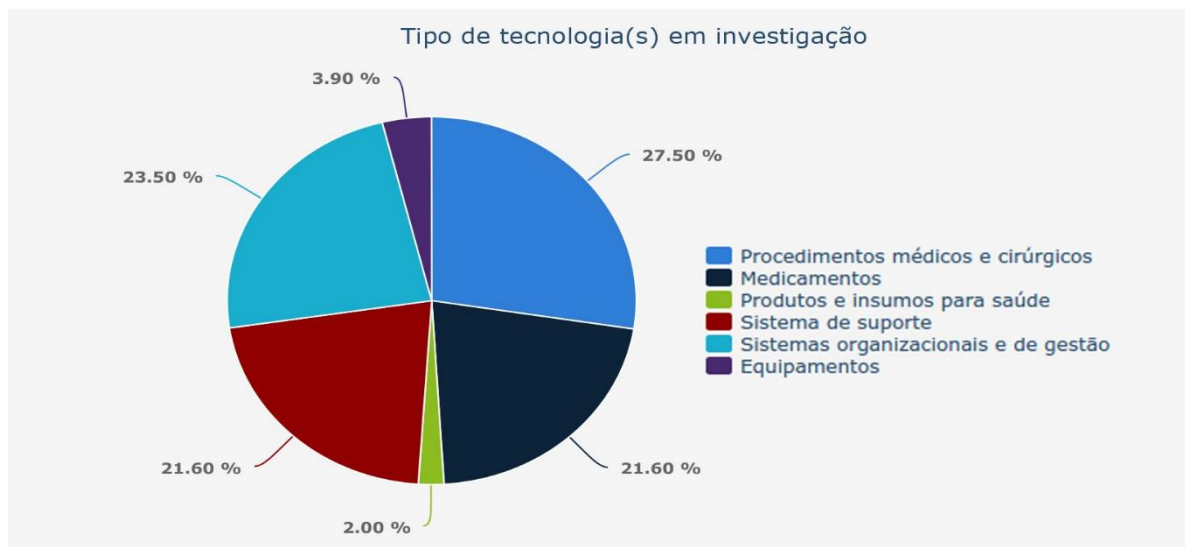
Percebe-se, considerando os dados Gráfico 3, que as tipologias das pesquisas estão equitativas (Procedimentos médicos e cirúrgicos, Medicamentos, Sistemas de suporte, Sistemas organizacionais e de gestão) com percentuais acima de 20%, exceto Produtos para Insumo em saúde (2%) e Equipamentos (3,9%).

Isso reflete um aporte menor em pesquisas onde o aporte de recursos para o custeio do hospital é mais incipiente, nos insumos para saúde e equipamentos. Tais tipos de tecnologias são o alvo do mercado econômico privado e o baixo investimento em pesquisas em produtos farmacológicos e equipamentos não traz parceiros do setor privado que podem investir no hospital;

As tecnologias são fator fundamental para o crescimento de um hospital universitário e, além da perda dos parceiros privados, a instituição perde em economia de escala no sentido de se maximizar suas opções em oferta de serviços em saúde com acervos de pesquisas que tratam dessas tecnologias que são base para o fortalecimento econômico da instituição.

Tal propositura não infere que inexista isonomia nas demais tecnologias empregadas no HUB, contudo deve-se observar que a distribuição das pesquisas nos anos de 2012 a 2015 demonstram uma fragilidade em pesquisas de tecnologias que são atraentes uma melhoria econômica e financeira.

**Gráfico 3:** TIPOS DE TECNOLOGIA EM INVESTIGAÇÃO NAS PESQUISAS CLÍNICAS NO HUB – 2012 A 2015



**Fonte:** Gerência de Ensino e Pesquisa – HUB/EBSERH

A finalidade da pesquisa no hospital universitário é aspecto econômico de fomento à todas as outras áreas da instituição. Considerando ainda que a pesquisa acadêmica no HUB está concentrada em sua área de formação médica com concentração em ciências da saúde e considerando o Gráfico 4

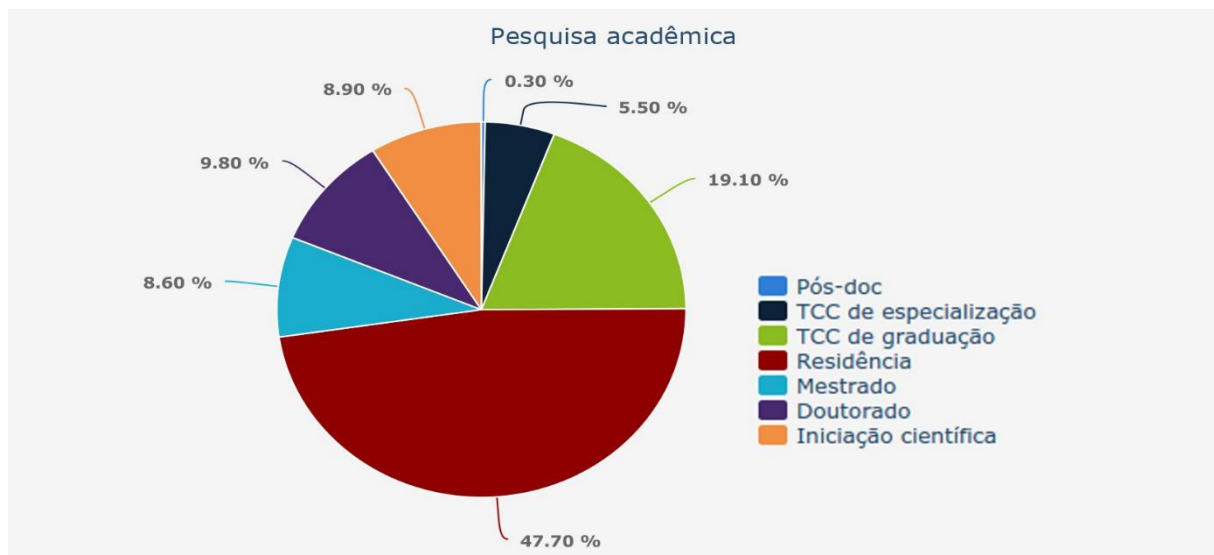
Infere-se que a maior concentração da pesquisa pela sua origem no curso normal de uma graduação (19,10%), onde a maior fatia é eminentemente a medicina e residência médica (47,70%). A constatação é de que as publicações dessas duas origens somadas (66,80%) são uma parcela considerável das pesquisas realizadas no hospital que tem como origem o ensino, primordialmente. As publicações que trazem maior retorno econômico e de representatividade para o HUB apenas 33,20% das pesquisas totais, ou seja, praticamente um terço das pesquisas

que são qualitativas e atraem investidores e dão representatividade ao HUB está em um pouco mais de um terço de sua força de fomento em pesquisas qualitativas.

Não obstante ao refinamento que as demais pesquisas trazem, e ainda, a maior visibilidade no cenário nacional e internacional, a ausência ou diminuição das mesmas, não consegue conduzir o HUB a patamares esperados e analisados pelas tabelas 3 e 4.

Este número pode representar, de maneira simplista, uma maior oferta de vagas em Pós-Graduações decorrentes dos cursos de graduação ofertados pelo HUB. Considerando a análise central do Gráfico 4 pode-se realizar fomento às pesquisas com maior representatividade e expectativa de maior qualidade por se tratar de pesquisas que são provenientes de Pós-Graduação. Tais pesquisas têm assento no cenário nacional e internacional. Trazem investidores e aumentam os aspectos econômicos não financeiros do HUB.

**GRÁFICO 4: ORIGEM DA PESQUISA ACADÊMICA NO HUB - 2012 A 2015**



**Fonte:** Gerência de Ensino e Pesquisa – HUB/EBSERH

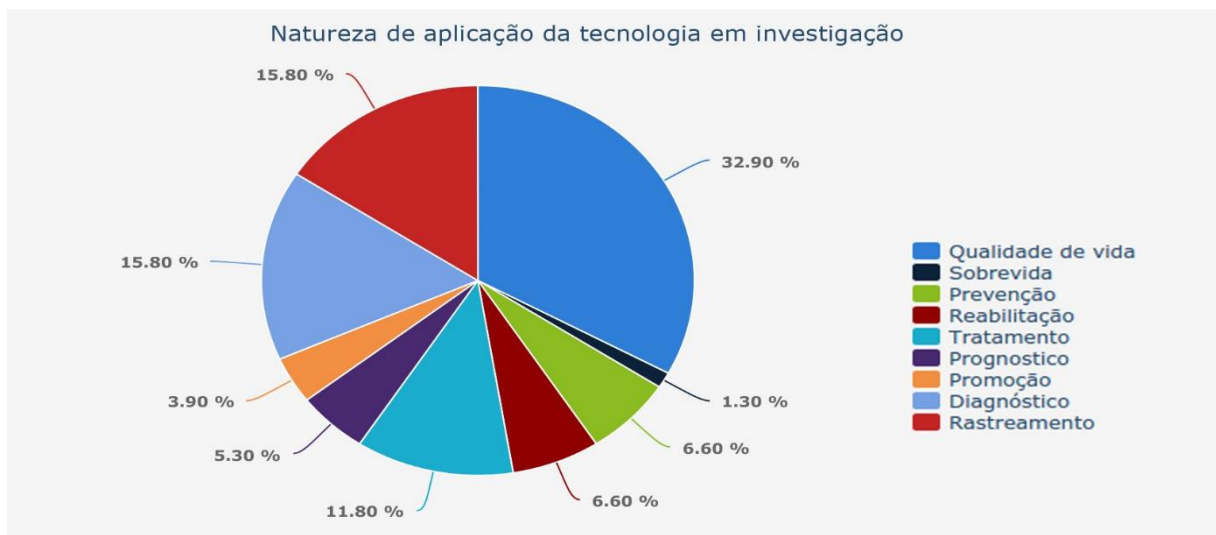
Importante ressaltar as áreas de aplicação de investigação em pesquisa, como fatores econômicos não financeiros que podem influenciar o escopo econômico do Hospital Universitário, segundo o Gráfico 5, a Qualidade de vida (32,9%), Rastreamento (15,8%) e Diagnóstico (15,8%) são as aplicações de maior consideração da pesquisa médica no HUB totalizando 64,5%. As demais áreas somadas - Sobrevida (1,3%), Reabilitação (6,6%), Prevenção (6,6%), Tratamento (11,8%), Prognóstico (5,3%) e Promoção (3,9%) – chegam a 35,5% do total da natureza da aplicação tecnológica em investigação no HUB em 2012 a 2015.



Considerando a concentração da investigação da pesquisa do HUB em atividades finalísticas e cursos de graduação e residência médica, segundo os Gráficos 3 e 4, verificarem que na aplicação das pesquisas em Qualidade de Vida, Rastreamento e Diagnóstico, segundo Gráfico 5, pode indicar que fatores mais atraentes a investidores e parceiros privados, ou mesmo públicos.

A prevenção é um aspecto eminentemente governamental, o que atrairia capitais governamentais para o HUB, já a sobrevida é um aspecto farmacológico de grande interesse às indústrias farmacêuticas bem como a reabilitação. Não se infere no gráfico que a instituição deixou de realizar pesquisas nestes itens atrativos de benefícios econômicos e financeiro, contudo o foco da natureza da aplicação da tecnologia está concentrado em tratamento, rastreamento e qualidade de vida, fatores de interesse eminentemente governamentais.

**GRÁFICO 5:** NATUREZA DA APLICAÇÃO DA TECNOLOGIA EM INVESTIGAÇÃO NO HUB - 2012 A 2015



. **Fonte:** Gerência de Ensino e Pesquisa – HUB/EBSERH

#### 4.5. CARACTERÍSTICAS DOS CUSTOS DA PESQUISA NO HUB

A Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do Hospital Universitário de Brasília é responsável, conforme Brasil (2015), pelo planejamento e pela execução das atividades de apoio ao ensino, pesquisa e extensão tendo como responsabilidade, dentre outras, a organização e realização de eventos tradicionais de cunho científico no âmbito do HUB.

Nos últimos 13 anos foram executados no HUB cerca de 930 projetos de pesquisa que envolveram 301 pesquisadores, conforme Brasil (2015), entre professores, servidores e estudantes. Ademais foram ofertados pelo HUB importante atividade de pós-graduação aos

profissionais da área de saúde, os programas de residência médica e multiprofissional. O Programa de Residência Médica desenvolvida no HUB conta com a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e é credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

**QUADRO 2 – PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA.**  
**PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA**

Anestesiologia
Cancerologia Clínica
Cardiologia
Cardiologia Pediátrica
Cirurgia Pediátrica
Cirurgia Geral
Cirurgia Geral Programa Avançado
Cirurgia Geral Videolaparoscópica
Cirurgia Pediátrica
Cirurgia Torácica
Clínica Médica
Coloproctologia
Dermatologia
Endocrinologia
Endocrinologia Pediátrica
Endoscopia Respiratória
Gastroenterologia
Gastroenterologia
Pediátrica
Geriatria
Infectologia
Mastologia
Obstetrícia
Ginecologia
Medicina do Adolescente
Nefrologia
Nefrologia Pediátrica
Neonatologia
Oftalmologia
Otorrinolaringologia
Patologia
Pediatria
Pneumologia
Psiquiatria
Radiologia e Diagnóstico por Imagem
Reumatologia
Transplante de Rim Nefrologia
Transplante de Rim Urologia
Urologia

**Fonte:** Brasil (2015).

Se o apontamento econômico mais sensato nos ensina que o aporte de recursos deve ser, em seu caráter potencializado, maior que seus custos fixos então se deve ater no custo hospital

para que ações de sejam construídas dentro dos custos variáveis de programas de pesquisa já destinados ao custeio de pesquisa médica ensejadores de retorno econômico financeiro.

Os custos financeiros e econômicos dessas pesquisas ensejam um montante dispendioso para a instituição devido à natureza e complexidade de sua oferta em serviços para a comunidade. O custo elevado do Hospital Universitário, considerando o disposta na Tabela 12 em relação a Tabela 11, indica que o interesse do hospital universitário se baseia na continuidade da assistência vinculada ao ensino. Pouco é investido diretamente em rubricas financeiras de fomento à pesquisa do HUB, ou seja, a pesquisa acaba por ser consequência do custeio em ensino e assistência. A pesquisa médica no HUB onera o orçamento que deveria ser repassado para o assistencialismo, ensino e extensão da instituição.

Os repasses governamentais são insuficientes para o fomento à pesquisa e desenvolvem uma pesquisa relacionada à continuidade do interesse governamental da continuidade do ensino médico e de residência causando uma escassez de recursos econômicos e financeiros para o HUB.

Apesar de sobre existir uma gama de repassadores para o HUB os recursos que lhe são repassados são escassos e não fazem jus ao que a instituição necessita para manter a pesquisa no Hospital Universitário em níveis de excelência que tragam benefícios econômicos e financeiros, no trato como empresa em mercado de competição plena, com a excelência que pede o consumidor final, o contribuinte.

O custo de oportunidade hospitalar está instalado na continuidade do serviço ao público e formação profissional universitária. O baixo desempenho, no contexto nacional, reflete que os baixos investimentos em pesquisas são advindos de financiamento público.

Tal propositura não reflete que o financiamento público seja um mal para o desenvolvimento da pesquisa médica no HUB, contudo a dependência do financiador reflete uma perda de competitividade entre empresas privadas criando, desta forma, um viés negativo na economia hospitalar, em seu sentido lato. Em sentido financeiro, os recursos governamentais devem ser devolvidos ao repassador ao final do desenvolvimento da pesquisa, não refletindo qualquer ingresso de divisas ao HUB. As empresas interessadas na área médica hospitalar poderiam estar financiando parte dos recursos de custeio que são partilhados para a pesquisa. Por fim, a divisão do financiamento público, no aspecto econômico, é dividida pelo órgão superior repassador de tais recursos.

Em alguns casos o HUB é obrigado a se reportar a uma Fundação de Apoio que auxilia o mesmo no quesito financeiro, assistencial, de ensino e pesquisa. Segundo relatório da

Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Hospital Universitário de Brasília (FAHUB), Fahub (2015), ela foi criada em 2001, para atender aos anseios dos médicos e professores que atuam no Hospital Universitário de Brasília, com o objetivo de angariar recursos e administrar projetos de pesquisa e programas de saúde desenvolvidos no hospital ou que, mesmo que indiretamente, venham a beneficiar o hospital. A solicitação de autorização para criação da Fundação foi encaminhada ao Ministério Público com 88 (oitenta e oito) assinaturas de médicos e funcionários do Hospital.

Não se pode inferir que o custeio advém apenas de recursos destinados à residência médica. A mesma faz parte do ensino e o no cálculo efetivo das disponibilidades para o custeio de pesquisas médicas com insumos que são consumidos diariamente pelo hospital seria inobservado tanto em seu potencial econômico financeiro, através de parceiros privados, como em seu potencial econômico não financeiro. O custeio para a pesquisa médica da instituição HUB se confunde com o custeio do próprio HUB, tratado no Capítulo 5, onde os recursos e aplicação são para a destinação do ensino não são considerados em separado para o fomento à pesquisa, mas sim como uma consequência do próprio ensino.

#### 4.6. PESQUISA MÉDICA NO HUB: RECEITAS E BENEFÍCIOS ECONÔMICOS

Atualmente o Hospital conta com múltiplos repassadores de recursos orçamentários e financeiros, dentre eles: Ministério da Saúde (MS) através do Fundo Nacional de Saúde (FNS) pelo Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), Ministério da Educação através também do Programa REHUF e, atualmente, pela gestão administrativa e financeira da EBSEERH e através de alguns programas de pesquisa pela Fundação Universidade de Brasília (FUB), segundo dados de Brasil (2015).

O HUB possui vários financiadores para o custeio de suas despesas. Contudo, em termos de pesquisa universitária acadêmica médica ele conta apenas com o aporte governamental que não é suficiente para arcar e dar continuidade ao avanço esperado na área que é de suma importância para o governo e sociedade. Para agravar o quadro de entrada de receitas no HUB grande parte do incentivo à pesquisa por parceiros privados, mais de 20% do total investido em pesquisas são revertidos para o custeio de outras necessidades do HUB, para UnB FAHUB.

A existência de uma fundação de apoio em uma entidade governamental é explicada quando a mesma entidade não consegue por suas vias desenvolver as tarefas terceirizadas pelo seu quadro. Com o advento da entrada da EBSEERH espera-se que esse aporte de recursos que

não fomentam pesquisas acadêmicas seja eminentemente considerado nas mesmas e não se torne um sumidouro de recursos aplicados por parceiros privados.

No tocante à pesquisa, existem três polos de recursos financeiros repassados para o financiamento da mesma, como constatado em Brasil (2015):

- 1 - O custo HUB, estabelecido na Tabela 11;
- 2 - Os aportes de financiamentos de órgãos públicos repassados diretamente à pesquisa;
- 3- Nos aportes de ganhos financeiros advindos dos recursos de pesquisa e desenvolvimento do mesmo no HUB.

Como as pesquisas são subsidiadas pelos órgãos federais ministeriais os benefícios financeiros da pesquisa para instituição são quase inexistentes, devido à terceirização da pesquisa e tradução da mesma para o órgão financiador. Os benefícios seriam maiores caso a instituição abarcasse contratos de gestão com empresas parceiras, sobretudo as farmacêuticas, no sentido de se tornar referência em pesquisa e tecnologia para a sociedade.

Na avaliação econômica, em seu segmento não financeiro, que se obtém no financiamento de pesquisa encontra sede na construção e análise das publicações, edificadas no Capítulo 5. Tais proposições dão uma visibilidade e referência para que a instituição consiga maior cobertura para ensino, pesquisa, extensão e primordialmente resultados no assistencialismo público.

O que foi executado, efetivamente, em pesquisas acadêmicas está consolidado na Tabela 13 onde visualizada uma tendência ao decréscimo do incentivo governamental, ao longo aos últimos anos, no que se refere ao porte de orçamento na execução das despesas com convênios firmados com o HUB com o fim da pesquisa médica em seu consolidado total. No ano de 2014 existe uma considerável baixa no incentivo governamental no que tange à pesquisa médica aparente pelo decréscimo brusco no repasse de recursos via financiadores externos governamentais para o Hospital, o que pode explicar a baixa produção acadêmica visualizada no Capítulo 5.

**TABELA 13 - DESPESAS EXECUTADAS DE CONVÊNIOS – PESQUISA**

ANO	DESPESAS DE CONVÊNIOS DE PESQUISA – CUSTEIO	DESPESAS DE CONVÊNIOS PARA PESQUISA - CAPITAL	TOTAL DO REPASSE DE CONVÊNIOS
2010	R\$ 10.754.209,44	R\$ 1.035.291,24	R\$ 11.789.500,68
2011	R\$ 8.152.700,44	R\$ 595.105,18	R\$ 8.747.805,62
2012	R\$ 7.722.630,95	R\$ 0,00	R\$ 7.722.630,95
2013	R\$ 8.633.675,47	R\$ 909,00	R\$ 8.634.584,47
2014	R\$ 242.096,00	R 0,00	R\$ 242.096,00

Fonte: Setor de Orçamento e Finanças – HUB/EBSERH.

Com baixa receita e pouca expressividade econômica perante o mercado a pesquisa médica se torna parte de um processo para outras empresas públicas ou entidades governamentais que não se preocupam com os impactos de entrada financeira em relação aos custos da pesquisa. A situação é agravante pois aproximadamente noventa por cento das pesquisas são financiadas pelas indústrias farmacêuticas que atendem a aproximadamente três Hospitais instalados no país. Aspectos não financeiros não são observados como resultados, mas sim como partes integrantes do processo de produção científica. Essa é uma visão errônea e míope conforme visualizamos nos dois primeiros capítulos dessa dissertação.

#### 4.7. PESQUISA MÉDICA NO HUB COMO GERADOR DE RECEITA FINANCEIRA

A geração da aplicação financeira na pesquisa médica do HUB tem como origem os recursos governamentais e recursos privados com o apoio da fundação de apoio FAHUB, conforme tabela 13. Contudo os resultados financeiros e econômicos da pesquisa não satisfazem um produto que gere receitas financeiras e econômicas para o hospital de maneira separada.

Além de configurar um aporte de recursos financeiros que abastece outros campos de custeio do hospital, divide o retorno econômico com o parceiro público, que é o maior fomentador da pesquisa na instituição. A situação apresentada faz com que as pesquisas médicas de graduação fomentem o desenvolvimento econômico de ensino da UnB, as pesquisas de pós-graduação fomentem as entidades públicas, em sua grande maioria, são fomentadoras das entradas e investimentos em pesquisas em rubricas específicas. Ao passo que as pesquisas fomentadas pelos parceiros privados são a menor fatia do mercado e as pesquisas mais importantes para o desenvolvimento do setor na instituição.

A receita destinada ao HUB, segundo a Tabela 14, que não tem cunho de repasse governamental, é direcionada pela FAHUB. Conforme a Tabela 14 o HUB teve entre 2011 a 2014 uma receita de apenas R\$ 4.854,394,09 mais a Taxa HUB R\$ 209.636,07 o que perfaz R\$ 5.064.030,16, uma média de R\$ 1.266.007,54 ao ano. Considerando que o custeio médio anual do HUB é de R\$ 189 milhões aproximadamente, se considerar a média de empenhos emitidos nos 5 últimos anos no HUB conforme a Tabela 11, tem-se a que a receita livre, ou seja, a receita que não depende do orçamento da União para formatar pesquisa e ensino em receita livre é de pouco mais de 2% ao ano.

Neste sentido, a instituição pode investir mais em pesquisas acadêmicas que não são dependentes de custeio governamental para tentar alavancar o custeio médio e reduzir a dependência do Sistema Único de Saúde. Realizando um comparativo do incentivo ao custeio governamental e custeio privado em pesquisa pela média anual de 2011 a 2014, considerando as Tabelas 14 e 15, tem-se uma média anual de R\$ 6 milhões. O custeio privado, analisado acima, representa 20,46%. Nesta série de investimentos governamentais temos um *outlier* no ano de 2014 que não representa nem 10% do repassado anualmente pelo Governo Federal. Se considerar a série histórica de 2010 a 2013 do investimento governamental para o custeio em relação a série estabelecida na Tabela 16 temos um índice mais aproximado da relação entre o investimento público e privado de 14,36%.

**TABELA 14 - VALORES DE PROJETOS FAHUB 2011 A 2014**

<b>VALORES RECEBIDOS ENTRE 2011 A 2014</b>	<b>TAXA ADMINISTRATIVA FAHUB</b>	<b>TAXAS FAI UNB/HUB</b>	<b>IMPOSTOS E TRIBUTOS</b>	<b>DESPESAS COM PROJETO</b>	<b>SALDO</b>
R\$ 7.550.206,20	R\$ 189.902,57	R\$ 589.441,21	R\$ 111.132,41	R\$ 1.805.334,92	<b>R\$ 4.854.395,09</b>

Fonte: FAHUB - 2015.

Obs.: Os dados constantes do Relatório FAHUB não apresentam uma divisão por anos para que seja realizado um comparativo de ingressos ano a ano nesta dissertação.

#### 4.8. PESQUISA MÉDICA NO HUB COMO FONTE DE BENEFÍCIOS ECONÔMICOS

A pesquisa médica no HUB consegue trazer poucos benefícios econômicos de representatividade institucional vinculada a uma pesquisa a ser desenvolvida em parceria com uma instituição governamental. A fatia econômica da instituição ganha maiores repercussões, pois o HUB é uma instituição governamental em sua constituição.

Os benefícios econômicos ficam basicamente para o ingresso no ensino que almeja a realização da pesquisa junto ao HUB, pois traz resultados positivos em relação às necessidades

que são lançadas no mercado. Contudo ainda fica muito aquém do que é necessário para que uma instituição de excelência necessite para produção científica acadêmica no sentido de se colocar mais benefícios econômicos, como os de colocar investidores interessados em capitanear as atividades de pesquisa ou ampliar a cota orçamentária repassada pelo Governo Federal, em seu patamar razoável.

Interessante resgatar a posição administrativa completa da pesquisa para que tais benefícios agreguem valor à instituição e traga maior fonte de recursos econômicos e ganho substancial na fatia do mercado doméstico e internacional como fonte pioneira e produtiva de soluções médicas para os problemas de escassez econômica da saúde.

No que tange aos benefícios econômicos não financeiros o Hospital Universitário de Brasília representa um polo de excelência em formação acadêmica de diversos cursos de graduação, pós-graduação, extensão, pesquisa e atendimento à população de maneira direta e indireta. Tal propositura representa um avanço lógico para a sociedade. Conforme Fahub (2015), a UnB firmou contrato com a AMIL (Assistência Médica Internacional). O resultado econômico para a Universidade, que conta com a isenção de carências ao servidor e plano dentário gratuito, é exponencial do ponto de vista de incentivos aos seus colaboradores. Outros aspectos econômicos, como a criação de bolsas, simpósios, ações sociais, oportunidades de atuação para sociedade no trato da saúde pública e visibilidade para com os investidores privados, todos esses fatos são relevantes para o nome, firmamento de contratos e representatividade da instituição e trazem reflexos positivos tanto para a Universidade como para o HUB. São benefícios econômicos de vantagem competitiva em relação aos outros Hospitais da Rede Pública Municipal que não detém a mesma característica, e, sobretudo, por ser um Hospital Universitário, possui alguns benefícios que não são estendidos aos demais hospitais da rede.



## CONCLUSÃO

O HUB é uma instituição vinculada ao Ministério da Educação através da Universidade de Brasília, que recentemente passou por uma alteração em sua composição administrativa e financeira com a assinatura de do Contrato de Gestão onde a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares fica com a Gestão Administrativa e Financeira do Hospital no intuito de reverter a situação financeira e econômica do Hospital.

São muitos órgãos reguladores e poucos recursos orçamentários e financeiros repassados a esta instituição, e como visto anteriormente, os resultados das pesquisas não provocam substancialmente uma evolução na economia hospitalar em seu sentido “*lato*” (geral), especialmente no que trata dos recursos financeiros que se obtém da pesquisa médica. Os recursos públicos, quando existe economia financeira, devem ser devolvidos ao órgão repassador. A única consideração que se pode realizar sobre a economia no financiamento público são as publicações e a representatividade da instituição no cenário nacional e internacional, que está em franca descendência. Os recursos privados representam um valor muito pequeno para o financiamento das atividades em saúde e primordialmente abertura de artigo mais elaborados, como os de pós-graduação, para a representatividade econômica do Hospital no cenário nacional e internacional.

Existem muitas oportunidades para que a pesquisa médica possa reverter o quadro do HUB no sentido de se adotar o modelo de um hospital que é subsidiado pelas empresas parceiras interessadas na pesquisa médica que podem de forma secundária ajudar a manter o custeio hospitalar, em termos econômicos e financeiros, e alavancar estes recursos em todas as áreas em que a pesquisa médica é necessária. A saúde é um bem, um produto, que todo cidadão precisa no curto e longo prazo. A pesquisa médica é o elo entre a resolução da problemática das patologias, vistas nos capítulos anteriores, morbidade, mortalidade, e várias outras pesquisas que podem auxiliar o atendimento ao cidadão. A posição conservadora de preocupação exclusiva da pesquisa médica como sumidouro de recursos públicos adotada no contexto governamental brasileiro, especialmente no HUB, deve ser alterada na gestão administrativa do trato da coisa pública.

A pesquisa médica deve possuir parcerias privadas, sem a ocorrência de desvios de finalidade hospitalar governamental, onde empresa e governo ganham no sentido econômico e financeiro e de forma sustentável, com os custos, tanto da pesquisa como nos benefícios de médio e longo prazo, das instituições. Deve-se repensar a forma de se tratar a pesquisa nos

Hospitais Universitários em relação às suas parcerias e, sobretudo em relação à divisão dos resultados para a Universidade versus Hospital Universitário. Deve-se inserir no contexto do HUB juntamente com a UnB mais pesquisadores em outras áreas. A maior concentração da atuação da pesquisa médica está voltada eminentemente na área finalística de saúde. Equipamentos e Insumos para Saúde, que são atrativos empresariais privados não estão sendo alavancados e pesquisadores em complexo universitário vasto não está sendo utilizado em um Hospital que está se tornando de Grande Porte e possui características Multidisciplinares. A exemplo de tal fato tem-se um complexo de Oncologia dentro do ambiente hospital e pouca pesquisa em relação aos insumos para o tratamento de um dos maiores interesses atuais na área da saúde pública.

É salutar para o desenvolvimento acadêmico médico a separação da pesquisa médica com o desenvolvimento de outras entidades governamentais. Se o Hospital Universitário de Brasília representa um peso para a própria Universidade, que poderia receber mais financiamento privado com o recebimento de 10% da pesquisa privada sem mencionar em benefícios não econômicos como o contrato com a AMIL, onde passou a gestão para outra empresa pública é mais que necessária à incorporação de alterações na condução de suas políticas econômicas e financeiras no trato da pesquisa. Deve-se existir uma nova maneira de pensar e desenvolver cada pesquisa para que a mesma traga benefícios financeiros e econômicos ao próprio Hospital demonstrando que este nicho de mercado é mais que necessário e rentável quando bem administrado.

Uma sugestão para a resolução da problemática trazida nos capítulos anteriores sobre a dificuldade financeira e orçamentária é a parceria pública privada ou mesmo as concessões com empresas privadas que consolidem os custos envolvidos na pesquisa, ensino, extensão e no assistencialismo vinculado à própria pesquisa médica. Não será meramente o número de pesquisas realizadas que trará benefícios econômicos ao HUB, mas sim os resultados (os produtos) da pesquisa como etapa finalística dos fatores de produção desta instituição.

Infere-se, no contexto da pesquisa, que as oportunidades de variabilidade, intensidade e parcerias para as mesmas estão seguindo um caminho descendente. Deixar que o Estado proviesse, em qualquer época, o incentivo à pesquisa é o mesmo que estar à deriva em relação aos Hospitais Universitários que ganham aportes privados de incentivos à pesquisa.

Sendo um ambiente aberto a mais vários cursos acadêmicos da Universidade de Brasília o incentivo à pesquisa deveria aumentar no que tange à variabilidade de temas estudados excetuando-se a concentração na pesquisa médica de natureza de cumprimento de graduação

como requisito básico para que o ofertante do mercado saia capacitado para outra instituição no sentido de se viabilizar pesquisas no “mercado ofertante de pesquisa privada”. Uma solução para a resolução sobre o sumidouro de recursos foi dada pela Universidade em seu Conselho Universitário (CONSUNI). O contrato com a EBSEH regula a distribuição dos recursos e a administração e gerenciamento hospitalar. Contudo a responsabilidade acadêmica ainda é parte integrante do sistema Universitário cabendo primordialmente à UnB e ao HUB encontrar fórmulas e soluções de diversificar a pesquisa médica e integrar, no ambiente acadêmico, empresas interessadas do ramo, o que nos dias atuais é um ramo de alta rentabilidade. Assim além de pagar o custeio das pesquisas o Hospital, bem como a Universidade, obtém ganhos econômicos maiores que os financeiros, a representatividade e o nome de órgãos de excelência em pesquisa nos âmbitos pretendidos.

Devem-se considerar os casos de sucesso obtidos fora do país, onde o alinhamento da pesquisa não fica dependente do Estado, e tentar aplicá-los à realidade e legislação brasileira, sem que o órgão fique dependente de qualquer financiador, primordialmente o governo.

Sob a perspectiva econômica a pesquisa médica no Hospital Universitário de Brasília é altamente dependente do Governo Federal e, até o limite de suas atribuições, contribui de forma unifocal para atender a pesquisa em um direcionamento franqueado pelo governo federal, o que traz uma visão míope de alavancagem da pesquisa médica em termos econômicos e financeiros, primordialmente no cenário internacional. A pesquisa médica em um Hospital de Ensino deve respaldar uma evolução das tratativas no que tange às necessidades necessárias na comunidade não apenas adstrita ao requisito de políticas públicas institucionais, mas à comunidade como um todo, respaldando um centro de excelência de referência nacional e internacional.

A contribuição econômica não pode ser unicamente baseada em formação de médicos ou apenas na formatação de um modelo de passagem para qualificar e classificar a medicina no país e no mundo, a contribuição econômica que agrega maior valor para um Hospital Universitário é o seu nome vinculado às inovações das pesquisas acadêmicas médicas nas diferenças modalidades de morbidades e mortalidades, no sentido de se encontrar soluções para estes e se tornar o centro de referência, onde investidores nacionais e internacionais depositam seus capitais financeiros ou não para ampla melhoria da instituição.

A abertura da visão de unicidade estatal para o âmbito de mercado gera exponencialmente resultados econômicos e financeiros de aportes que podem dar uma característica de um Hospital autossustentável, tanto pelo lado financeiro, como pelo lado não financeiro econômico, onde a sociedade terá como referência de inovação e solução de

problemas evidentes na saúde pública a instituição hospitalar. O modelo atual de dependência governamental para que a pesquisa tenha uma amplitude de formação unicamente de profissionais para ocupar um plano de recursos humanos que não irão necessariamente ao conjunto público é o maior exemplo do investimento em pesquisa como sumidouro de recursos públicos. A pesquisa deve cobrar seus resultados no âmbito governamental e colocar o país como referência em pesquisa médica.

O limite da ética está inserido no contexto da abertura da pesquisa na alocação de recursos econômicos e financeiros no ente público pelo ente privado e a ampla concorrência pelos profissionais de alta qualidade formados pela instituição terão preservadas suas expectativas pessoais e governamentais no retorno da mesma em relação ao esperado de uma pesquisa acadêmica. Deve-se repensar o modelo de incentivo à pesquisa no Hospital Universitário, mesmo com os entraves legais, para que se possa maximizar tais recursos no sentido de se viabilizar uma menor dependência do poder estatal para o financiamento e resultados da pesquisa médica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Claudiano Manoel de. **Gestão de Finanças Públicas**. 3ª ed. Volume I. Brasília: 2013.

ALVES, Elaine Maria de Oliveira; TUBINO, Paulo. **Conflito de interesses em pesquisa clínica**. Acta Cir. Bras., São Paulo , v. 22, n. 5, out. 2007 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-86502007000500015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502007000500015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 06 de abril de 2015.

ANDRADE, Eli Iola Gurgel et al . **Pesquisa e produção científica em economia da saúde no Brasil**. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro , v. 41, n. 2, p. 211-235, Apr. 2007 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122007000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122007000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 de maio de 2015.

ARAUJO, Kizi Mendonça de; LETA, Jacqueline. **Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente**. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 1261-1281, Dec. 2014 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702014000401261&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000401261&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 29 de julho de 2015. Epub Nov 04, 2014.

BARATA, LR, Mendes JD, Bittar OJ. **Hospitais de ensino e o sistema único de saúde**. Rev Adm Saúde. 2010;

BRASIL. **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq**. [online]. [acesso em 31 de maio de 2015]. Disponível em <http://lattes.cnpq.br/web/dgp/home>. Acesso em 27 de julho de 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto 7.082**. 27 de janeiro de 2010.

BRASIL. **Hospital Universitário de Brasília – EBSEH/HUB**. Relatório Institucional. 2015.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 5 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei. 8.080**. 19 de setembro de 1990.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde – MS**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em 31 de maio de 2015.

\_\_\_\_\_. **Rede Nacional de Pesquisa Clínica do Brasil: respostas e redução da dependência estrangeira**. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 44, n. 3, jun 2010 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000300024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 06 de abril de 2015.

BITTAR, O. J. N. V. **Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos Hospitais de Ensino**. Revista de Administração em Saúde, v. 5, n. 17. 2002. p. 9-18.

CASTRO, Janice Dornelles de. **Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais**. Sociologias, Porto Alegre , n. 7, p. 122-135, jun. 2002 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-45222002000100005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222002000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 26 de maio de 2015.

CISLAGHI, J. F. **Hospitais universitários: presente caótico e futuro incerto**, 2010. Disponível em: <<https://docs.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpWjIzdXp6MlITQ3lYcEpxb016bUFydw/edit>>. Acesso em 08 de maio de 2014.

DAIN, Sulamis. **Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 12, supl. p. 1851-1864, Nov. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000700008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 de maio 2015.

FAHUB. Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico. **Relatório de Atividades Desenvolvidas pela Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Hospital Universitário de Brasília**. Brasília: 2015.

FOLLHAND, Sherman. **A Economia da Saúde**. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2008.

GIAMBIAGI, Fábio. **Finanças Públicas: teoria e prática no Brasil**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2010.

GREMAUD, Amaury Patrick. **Economia brasileira contemporânea**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GUIMARAES, Jorge A.. **A pesquisa médica e biomédica no Brasil: comparações com o desempenho científico brasileiro e mundial**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 9, n. 2, June 2004 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 de março de 2015.

JARDANOVSKI, Elio; GUIMARAES, Paulo Cesar Vaz. **O desafio da equidade no setor saúde**. Rev. adm. empres., São Paulo , v. 33, n. 3, p. 38-51, June 1993. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75901993000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901993000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 de maio de 2015.

LACKEY, Douglas P.. **Clinical research in developing countries: recent moral arguments**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 18, n. 5, p. 1455-1461, Oct. 2002 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000500038&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500038&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 de maio de 2015.

LINS, Marcos Estellita et al . **O uso da Análise Envoltória de Dados (DEA) para avaliação de hospitais universitários brasileiros**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 12, n. 4, ago. 2007 . Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400020&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400020&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 04 de maio de 2014.

LOBO, MSC et al . **Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil.** Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 43, n. 3, June 2009 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 de maio de 2014.

MACHADO, Sérgio Pinto; KUCHENBECKER, Ricardo. **Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 12, n. 4, Aug. 2007 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 de maio de 2014.

MARINHO, Alexandre. **Estudo de eficiência em alguns hospitais públicos e privados com a geração de rankings.** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001.

MARTINS, Vidigal Fernandes. **Hospitais Universitários Federais e a Nova Reestruturação Organizacional: O Primeiro Olhar, Uma Análise de Um Hospital Universitário.** Revista de Administração e Contabilidade. Faculdade Anísio Teixeira. (FAT), Feira de Santana-Ba, v. 3, n. 2, p. 4-22, julho/dezembro, 2011. Disponível em <http://www.reacfat.com.br/Index.php/reac/article/viewFile/33/53>. Acesso em 19 de fevereiro de 2015.

MEDICI, A.C.. **Hospitais universitários: passado, presente e futuro.** Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 47, n. 2, jun. 2001 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302001000200034&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200034&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 03 de maio de 2014.

NISHIOKA, Sérgio de Andrade; SA, Paula Frassinetti Guimarães de. **A Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a pesquisa clínica no Brasil.** Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 52, n. 1, p. 60-62, Feb. 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302006000100025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000100025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 de maio de 2015.

PINTO, Luis Fernando de Paula, **Eficiência Técnica e Econômica: Evidências de Conflitos na Análise de Infraestrutura da Universidade de Brasília (UnB).** 2013. Dissertação (Mestrado em Economia) – Departamento de Economia, Universidade de Brasília, Brasília.

RIBEIRO, José Mendes. **Desenvolvimento do sus e racionamento de serviços hospitalares.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, jun. 2009 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000300013&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300013&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 18 de fevereiro de 2015.

ROESCH, S. Maria Azevedo. **Projetos de Estágio e de Pesquisa em Administração.** São Paulo : Ed. Atlas, 2006.

SANTOS, Isabela Soares; UGA, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. **O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 13, n. 5, Oct. 2008 . Disponível em <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000500009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 de maio de 2015.

SODRE, Francis et al . **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?**. Serv. Soc. Soc., São Paulo , n. 114, June 2013 . Disponível em <<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282013000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 03 de maio de 2014.

SOUZA, Carolina Rogel; BOTAZZO, Carlos. **Construção social da demanda em saúde**. Physis, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 393-413, jun. 2013 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000200005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 26 de maio de 2015.

TESTA, James. **A base de dados ISI e seu processo de seleção de revistas**. Ci. Inf., Brasília , v. 27, n. 2, p. nd, 1998 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-19651998000200022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19651998000200022&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 31 de maio de 2015.

VASCONCELOS, Marcos Antonio Sandoval de. **Economia: micro e macro: teoria e exercícios**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2011.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M.. **Saúde e desenvolvimento**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 12, supl. p. 1765-1777, Nov. 2007 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000700002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26 de maio de 2015.

ZAGO, Marco Antônio. **A pesquisa clínica no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 9, n. 2, June 2004 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 de março de 2015.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Método**, 4ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. , 2010.