

Inovação, desenvolvimento e financiamento das instituições de Ensino Superior em saúde

Innovation, development, and financing of institutions of Higher Education in health

Innovación, desarrollo y financiación de las instituciones de Enseñanza Superior en salud

Mario Roberto Dal Poz ¹
Maria Helena Costa Couto ¹
Thais de Andrade Vidaurre Franco ¹

Resumo

Este artigo analisa a configuração e as tendências das instituições de Ensino Superior de saúde no seu relacionamento enquanto componentes do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS). A expansão do Ensino Superior é parte da transição de sistemas de elite para sistemas de massa, com tensionamentos entre aspectos quantitativos e qualitativos. Essas mudanças refletem diferentes culturas e se relacionam com fenômenos de escopo mundial como globalização, transformações econômicas, desenvolvimento de novas tecnologias de comunicação e informação, e emergência de uma rede internacional de conhecimento. A escala e o conteúdo dessas mudanças variam com a ampliação dos sistemas de ensino e na reconfiguração institucional, bem como na articulação entre Estado e sociedade. A ampliação do mercado privado no ensino acirra a competitividade, conformando conglomerados empresariais, alterando processos de formação e forjando novos desafios para as políticas públicas.

Instituições de Ensino Superior; Financiamento Governamental; Políticas Públicas; Desenvolvimento Sustentável; Inovação

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

M. R. Dal Poz
Instituto de Medicina Social,
Universidade do Estado do
Rio de Janeiro.
Rua São Francisco 524,
7º andar, bloco E, sala 7009,
Rio de Janeiro, RJ 20.550-013,
Brasil.
dalpoz@ims.uerj.br

Introdução

As recentes mudanças na educação superior refletem as diferentes culturas nacionais e têm estreita relação com fenômenos de escopo mundial tais como globalização, transformações econômicas, desenvolvimento de novas tecnologias de comunicação, informação e emergência de uma rede internacional de conhecimento^{1,2}. Essas modificações assumem contornos e intensidades variadas em escala e conteúdo, e têm inaugurado processos de ampliação dos sistemas de ensino e múltiplos formatos institucionais, bem como formas diferenciadas de articulação entre Estado e sociedade³. São exemplos a internacionalização do Ensino Superior, o *brain drain*, o acirramento da competitividade e a massificação do Ensino Superior.

Na internacionalização do Ensino Superior, o desenvolvimento de políticas e práticas por acadêmicos, sistemas e instituições está sendo orientado para obter novos conhecimentos, vantagens comerciais e aumentar a competitividade no âmbito global⁴. O mercado de trabalho acadêmico tem se tornado cada vez mais globalizado, estabelecendo um intenso fluxo migratório de estudantes, pesquisadores e docentes. Uma análise na Tailândia demonstrou que o comércio internacional de serviços tem afetado o sistema de saúde e seus recursos humanos para a saúde⁵.

As análises dos padrões de migração acadêmica apontam para um fenômeno conhecido como *brain drain*, relacionado às desigualdades de renda e caracterizado como um maior afluxo de pesquisadores no sentido Sul-Norte, resultando em importantes desvantagens para os países em desenvolvimento^{1,6}.

O acirramento da competitividade é a competição entre os alunos por vagas limitadas, como entre as instituições por *status* e, principalmente, por financiamento.

A expansão do Ensino Superior é parte da transição de sistemas de elite para sistemas de massa, ou massificação, processo perpassado por tensionamentos entre aspectos quantitativos e qualitativos. Apesar de ampliar o acesso, essa massificação apresenta outros efeitos, cabendo avaliar a natureza e as consequências dessa expansão para poder refletir sobre os seus possíveis impactos na formação em saúde^{2,4}.

A questão da formação em saúde e do papel das instituições de Ensino Superior não é estranha à dinâmica dos segmentos produtivos de saúde. Para Cordeiro⁷ e Campos & Albuquerque⁸, o complexo médico-industrial é configurado pela articulação entre a assistência médica, as instituições de formação profissional em saúde (escolas, universidades), a indústria farmacêutica, a

indústria produtora de equipamentos médicos e instrumentos de diagnóstico.

Correntemente denominada Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS), a dinâmica dos segmentos produtivos da saúde advém da relação de interdependência entre segmentos produtivos e de prestação de serviços, nos quais se integram as instituições de formação de pessoal de saúde^{9,10}.

Assumindo a perspectiva de Cordeiro⁷, neste artigo analisaremos as instituições de Ensino Superior e a formação em saúde como componentes do CEIS e agentes do desenvolvimento econômico nacional, com ênfase nos processos de inovação, ampliação do acesso, privatização e financiamento. Para Viana et al.¹¹ (p. 62), os componentes do CEIS (indústria, serviços e universidades) congregam “*as operadoras da saúde suplementar, as corporações médicas, os consórcios de saúde e as instâncias de planejamento e gestão pública do sistema de saúde (...)*”. As interações entre esses setores produtivos, financeiros, de atividades e de serviços “*(...) possibilita[m] ampliar a análise sobre como as estratégias de inovação em saúde se articulam (...) e se vinculam à lógica da política desse setor*”. Assim, as instituições de Ensino Superior são fundamentais na formação de recursos humanos em saúde, bem como na produção, desenvolvimento e validação das inovações do campo da ciência e tecnologia¹².

Os sistemas de saúde têm se defrontado com múltiplos desafios no campo dos recursos humanos. O maior reconhecimento desses problemas impulsionou iniciativas globais que sublinharam a escassez e a desigualdade na distribuição de profissionais enquanto elementos importantes à atenção e cuidado de saúde, mesmo quando suprimentos e equipamentos são disponibilizados^{13,14,15}. Em decorrência disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e outras agências indicaram a necessidade dos estados nacionais investirem no aumento de suas capacidades de formação de pessoal de saúde¹⁶.

A maioria dos países participantes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) também enfrenta escassez de pessoal nos serviços de saúde, e compensa este déficit por meio de recrutamento internacional. Projeções futuras preveem aumento da diferença entre necessidade e demanda de profissionais¹⁷. Prevendo a desproporcionalidade crescente em virtude do envelhecimento populacional e da própria força de trabalho em saúde, outros países enfrentam desequilíbrios de competências, ou seja, enquanto produzem em excesso novos técnicos e profissionais em algumas categorias, outras competências sofrem escassez

de pessoal com outras habilidades, ou ainda, convivem com a falta de pessoal em determinadas áreas geográficas^{18,19,20}. Portanto, independentemente da renda nacional (alta, média ou baixa), a maior parte dos países enfrenta a necessidade de estabelecer mecanismos e incentivos para fixar os trabalhadores de saúde nas zonas rurais ou remotas de modo a assegurar a equidade de acesso aos serviços. As estratégias adotadas incluem a abertura de novas instituições de ensino, a introdução da modalidade de formação prática nos ambientes rurais, o estabelecimento de quotas ou bolsas de estudo para alunos oriundos de áreas rurais ou pequenas cidades²¹.

Como parte do esforço global para explorar e enfrentar os desafios de aumentar o recrutamento, a formação e a retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento e, em especial, naqueles menos desenvolvidos, a OMS produziu o Relatório Mundial de Saúde em 2006¹³. Em seguida, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou resolução sobre a necessidade da intensificação da formação de profissionais da saúde e, junto com instituições parceiras, organizou uma tarefa para explorar opções para a ampliação da educação dos profissionais de saúde²².

No centenário do Relatório Flexner²³, uma comissão independente analisou a educação profissional de saúde no mundo e concluiu que o modelo de formação médica atual consome anualmente cerca de 100 bilhões de dólares globalmente, não funciona, é fragmentado, estático e inadequado²⁴. Esse relatório se tornou a base para o desenvolvimento das diretrizes globais para transformar e ampliar a educação e a formação dos profissionais de saúde¹⁴. Mas os desafios impostos à formação de pessoal de saúde se tornam mais críticos na medida em que as discussões em defesa da cobertura universal pelos sistemas nacionais de saúde são reconhecidas como metas para o desenvolvimento sustentável após 2015^{25,26,27,28}.

Inovações e tendências da formação em saúde

As mudanças que ocorrem no Ensino Superior em saúde são potencializadas e estimuladas por questões dos sistemas de saúde, como desigualdade na distribuição de profissionais, a dificuldade na fixação de profissionais em lugares mais afastados dos centros urbanos, e se correlacionam com questões como a desconexão entre a educação médica, os serviços de saúde e as necessidades da população, e a preocupação constante com a qualidade e os custos crescentes da formação e educação profissional.

O rápido desenvolvimento e absorção de novas tecnologias para a atenção e cuidado da saúde geram impactos para os sistemas de saúde e exigem dos profissionais o desenvolvimento de novas habilidades e conhecimentos para a adequada utilização do instrumental disponível. De certo modo, essa tendência também tem direcionado o cuidado em saúde à superespecialização profissional. Para Camargo Jr.²⁹, a superespecialização acompanha o progresso da ciência e da tecnologia e estimula o processo de medicalização da sociedade. O cuidado à saúde tem exigido a atuação conjunta de diferentes profissionais e, em particular, daqueles capazes de resolver com rapidez e eficiência sintomas e enfermidades, imprimindo nos pacientes a necessidade de uma suposta e nem sempre real intervenção diagnóstica de última geração. Nesse processo, fatores sociais, econômicos e culturais perdem significado, contribuem para a fragmentação do cuidado à saúde, e perda da percepção da totalidade e da complexidade do corpo humano.

Para Godlee³⁰, os malefícios do tratamento excessivo ou, em inglês, *unnecessary health care, overtreatment*, terminam por produzir gastos desnecessários e sobrecarregar os sistemas de saúde em países como os Estados Unidos, em decorrência da prevenção dos profissionais contra possíveis ações judiciais, dos valores e do conflito de interesses (financeiros) do mercado, da informação insuficiente e conseqüente baixa autonomia dos pacientes para a tomada de decisão. Quando associados à escassez de profissionais de saúde, esses fatores geram maior pressão sobre as instituições de Ensino Superior, evidenciando suas limitações das capacidades e oportunidades para incrementar ou mesmo formar novos trabalhadores. Nesse cenário, muitas instituições de Ensino Superior enfrentam restrições para garantir locais para uma formação clínica apropriada. Dentre as dificuldades destacam-se a falta ou inadequação de infraestrutura ou equipamentos nas escolas ou nas unidades de saúde, e corpo docente e preceptores mal ou pouco qualificados³¹. Inovações tecnológicas como ambientes simulados de aprendizagem podem constituir alternativas realistas e flexíveis para a formação clínica tradicional, contribuindo para desenvolver habilidades e reduzir a pressão sobre os professores³². Dentre as estratégias que têm sido introduzidas visando a reduzir o custo da atenção à saúde, aumentar a eficiência e a cobertura dos sistemas de saúde e da formação, estão ainda a inovação disruptiva, tele-saúde e a saúde digital³³.

Além disso, tem crescido a necessidade de formar novos tipos de profissionais, associada a tendência à superespecialização, para atender,

por exemplo, o envelhecimento acelerado e progressivo da população nos países de maior renda. Certos países introduziram novas ocupações, como a enfermeira clínica, com responsabilidades na promoção da saúde, diagnóstico e tratamento da doença aguda e condições crônicas, e outros, especialmente os países de baixa ou média renda, têm investido na formação de agentes comunitários de saúde, bem como em tecnologias móveis ³⁴.

A inovação tecnológica e as mudanças recentes nos contextos epidemiológicos e demográfico, nas abordagens educativas e na maneira como os serviços de saúde funcionam, exercem impacto direto na formação dos profissionais de saúde, demandando, por exemplo, equipes multidisciplinares e possibilitando o desenvolvimento de novas formas de ensino ³⁵. Um exemplo concreto e decorrente da conectividade crescente é o *e-learning*, aplicado no ensino de graduação para complementar a educação presencial. A multiplicação dos programas de ensino a distância (EAD), por seu lado, gera preocupações com a qualidade da formação, mesmo como facilitador do desenvolvimento profissional contínuo. Alguns bons exemplos são o programa de formação de enfermagem no Quênia e os Pacific Open Learning Health Net (POLHN. World Health Organization. http://www.wpro.who.int/southpacific/programmes/pacific_initiatives/polhn/en/, acessado em 14/ Jun/2015).

Contraditoriamente, apesar dos avanços e inovações em tecnologia da informação, a maioria dos países não possui dados fidedignos e completos sobre as instituições de formação profissional de saúde. A insuficiência de informações se agudiza no caso das instituições de ensino privado, cujo mercado é marcado por intenso dinamismo no que se refere à abertura de novas escolas, fusões, aquisições e expansões.

No caso do Brasil, está configurada uma acentuada divisão entre poucas instituições de excelência acadêmica e tecnológica, situadas nos centros urbanos do eixo Sul e Sudeste, e um grande número de instituições com dificuldades para atender aos padrões mínimos de exigência de qualificação para o ensino, e incapazes de realizar pesquisa e extensão ³⁶.

De acordo com a avaliação do Ministério da Educação realizada pelo Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE), em 2010, 50% das escolas médicas públicas tiveram pontuação superior a 4, de um máximo de 5, atingindo um nível elevado. Em 2013, 65,6% das instituições públicas obtiveram conceito 4 ou 5 no ENADE. Já na rede privada, esses conceitos foram atribuídos a apenas 24% dos cursos de medicina avaliados. Com relação aos concei-

tos mais baixos (1 e 2), 36% dos cursos privados obtiveram conceito 1 ou 2, e apenas 4,5% dos cursos públicos receberam este conceito. O desempenho das escolas públicas superou mais uma vez o das escolas privadas (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira. Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE. Resultados ENADE. <http://enadeies.inep.gov.br/enadeles/enadeResultado/>, acessado em 30/Nov/2015).

Além disso, as maiores notas dos alunos de medicina foram obtidas por aqueles que frequentavam universidades (independentemente de públicas ou privadas) nas regiões Centro-oeste e Sul.

Ampliação do acesso à educação e democratização do Ensino Superior

Além das tendências internacionais e as mencionadas, no Brasil observa-se um processo de democratização da educação superior, decorrente da ampliação de matrículas de segmentos populacionais tradicionalmente excluídos deste nível de formação em um sistema de elite. Essa expansão tem sido viabilizada mediante políticas sociais afirmativas, financiamento e subsídio estatal, oferta de novas modalidades e formatos de cursos. A ampliação do acesso à educação superior viabilizadora da democratização e promoção da equidade e justiça social, ao mesmo tempo, serve aos propósitos da competitividade da economia de mercado. Isso porque esse mercado educacional expande e transforma o aluno em consumidor de um serviço e de um produto, “o conhecimento” ³⁷.

O processo de democratização do Ensino Superior é bastante complexo no Brasil diante da desigualdade de renda entre as famílias, da defasagem nos níveis de ensino anteriores e da reduzida parcela do ensino gratuito e de qualidade ³⁸. A despeito do crescimento significativo do total de vagas e matrículas, em termos absolutos, o Ensino Superior brasileiro ainda se mostra insuficiente e excludente porque candidatos de grupos sociais de menor renda e poder estão em menor porcentual nas instituições e nos cursos mais prestigiados ³⁹. A análise da média de anos de estudos por quintil do rendimento familiar *per capita* feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ⁴⁰ evidenciou que o incremento de escolaridade entre 2004 e 2013 foi mais intenso para o quintil inferior, cujo aumento foi de 45,9%. Porém, o aumento observado para o quintil mais pobre reflete um patamar relativamente mais baixo no início do período analisado.

Iniquidades relacionadas à cor também persistem: do total de estudantes brancos de 18 a 24 anos, 69,4% frequentavam o Ensino Superior, e apenas 40,7% dos jovens estudantes pretos ou pardos cursavam o mesmo nível⁴⁰. Além disso, no Brasil ainda persistem importantes diferenças regionais. Em 2013, o percentual de pessoas com 25 anos ou mais com nível superior completo era de 8,8% na Região Norte e 15,3% no Sudeste.

O acesso à educação superior, no Brasil, ainda é restrito, se comparado aos países da OECD. Em 2011, a porcentagem de brasileiros com 25 anos ou mais com nível superior completo era cerca de 13%, inferior à média dos países membros da OECD, de 32%, e também dos países que constituem o G20, que era de 27% para este mesmo ano³.

No Brasil, o indicador usualmente utilizado para avaliar o acesso à educação superior é a taxa de frequência líquida a este nível de ensino de estudantes na faixa etária de 18 a 24 anos. Esse indicador é influenciado por aspectos relacionados aos outros níveis de ensino, como a distorção idade-série na educação básica e no ensino médio, sendo determinante para que uma parcela considerável não tenha acesso ao Ensino Superior ou se matricule com mais de 24 anos. O Plano Nacional de Educação 2001-2010 (PNE) teve como uma de suas metas “*prover, até o final da década, a oferta de educação superior para, pelo menos, 30% da faixa etária de 18 a 24 anos*”⁴¹, porém, em 2011, apenas 14,9% dos jovens nesta faixa etária estavam matriculados no Ensino Superior e, em 2013, a porcentagem alcançou 16,3%, patamar que Trow classificou de início de um sistema de massa^{40,42,43}.

Para Martin Trow⁴⁴, os sistemas de Ensino Superior nas sociedades avançadas passam por um processo de transição histórica que tende a seguir três fases: o “sistema de elite” com um limite de até 15% dos jovens de 18 a 24 anos matriculados no Ensino Superior, no qual o acesso se dá quase que exclusivamente em função da classe social e da renda dos estudantes; a segunda é a constituição de um “sistema de massa” que, com abrangência entre 16% e 50% do grupo etário de 18 a 24 anos, responde a demandas e interesses de um público mais amplo e diferenciado proveniente de diferentes classes sociais. A última fase é a constituição de um “sistema de acesso universal”, caracterizado por um nível de matrículas maior que 50% da coorte de 18 a 24 anos.

Privatização do ensino em saúde e custos crescentes

A expansão da educação superior tem sido acompanhada por uma ampliação significativa dos custos envolvidos na formação. Em um contexto de importantes restrições orçamentárias e diante de uma demanda crescente por acesso, o aumento dos custos representa uma pressão importante aos orçamentos públicos para educação, principalmente em países que tradicionalmente mantêm um sistema de Ensino Superior universal e gratuito.

O processo de privatização do Ensino Superior está presente tanto no âmbito mundial quanto nacional. Embora existam algumas universidades privadas de elite, em geral o setor privado atende a uma clientela de massa e não é visto como de prestígio. Ele é classificado como *demand absorbing*, ou seja, oferece acesso aos estudantes que não obtiveram sucesso no ingresso nas instituições públicas e funciona como um modelo de negócio cujo poder está concentrado nos conselhos de executivos, os professores têm pouca influência e os alunos são vistos como consumidores^{2,45}.

Dois modalidades de privatização no Ensino Superior são inter-relacionadas e coexistem em diferentes países e regiões do mundo: uma se caracteriza pelo aumento proporcional da participação de instituições privadas na formação, e a outra é demarcada por diferentes mecanismos de privatização de instituições públicas, tais como cobrança de anuidades (*cost-sharing*), comercialização de serviços, consultoria, licenciamento, venda de propriedade intelectual, aluguel de imóveis e colaboração com o setor industrial².

A China em 1997, o Reino Unido em 1998 e a Áustria em 2001, são exemplos de países que tradicionalmente mantinham um sistema de Ensino Superior público e gratuito, e passaram a cobrar taxas/mensalidades em suas instituições².

O Brasil, assim como o Japão, Coreia do Sul, Filipinas, Indonésia e outros países da América Latina e do Leste da Ásia, tem mantido um setor público pequeno, elitista e seletivo, e tem respondido às pressões por ampliação do acesso por meio da expansão de instituições privadas^{2,43}. Em 2013, de acordo com dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Sinopses estatísticas da educação superior. <http://portal.inep.gov.br/superior-censosuperior-sinopse>, acessado em 01/Out/2015), das 2.391 instituições de Ensino Superior existentes no país, 301 eram públicas e 2.090 privadas, o que corresponde a 87,41% do total.

O aumento das matrículas no Ensino Superior do Brasil foi impulsionado, num primeiro momento, pela relativa estabilidade econômica, pelo aumento da renda das camadas mais pobres ou, segundo Salm ⁴⁶, pela inclusão dos mais pobres no consumo e no crédito. Em seguida, diversos mecanismos de financiamento público das instituições de Ensino Superior privadas contribuíram para uma forte e rápida expansão do setor.

A ampliação das instituições de Ensino Superior privadas com fins lucrativos constituiu uma das mudanças mais significativas no Ensino Superior brasileiro, e foi acompanhada por transformações nos seus formatos administrativo, jurídico e adoção da lógica de mercado com a profissionalização da gestão. A competitividade no mercado educacional vem permitindo a redução do custo da formação e favorecendo o surgimento de conglomerados empresariais com maior capacidade de negociação dos bens duráveis (equipamentos) e materiais de consumo, com redução de custos e aumento da margem de lucratividade ^{47,48}.

A abertura de capital e a formação de oligopólios resultaram na conformação de fortes grupos empresariais por meio de fusões e aquisições. Apesar da relativa pulverização, ainda característica do mercado de Ensino Superior, esse processo de concentração do capital ocorre pela aquisição de instituições de porte médio ou pequeno, em dificuldades financeiras, ou por meio de fusões que permitem o aumento dos ganhos, a atuação em novos nichos e regiões, bem como o crescimento do número de alunos e de cursos ^{48,49,50}.

A facilidade dessas instituições para ampliar seu capital por meio de captação de recursos nas bolsas de valores está tornando desigual a competição com as instituições de Ensino Superior privadas sem fins lucrativos. Dentre as instituições de Ensino Superior com capital aberto, são destaque: Estácio Participações, Kroton Educacional, Sistema Educacional Brasileiro Participações S.A. e Laureate International Universities. A abertura de capital por instituições de Ensino Superior indica um processo de financeirização do setor que acarreta em mudanças na gestão, uma vez que as decisões empresariais passam a ser tomadas visando ao aumento do valor acionário no mercado ⁴⁹.

Em 2014, com a fusão dos grupos Anhangera e Kroton, este grupo educacional passou a ser a 17ª maior empresa do índice Bovespa em termos de valor de mercado ⁵¹. Embora sejam poucas as empresas com capital aberto atuando no campo educacional no país, estas apresentam um número expressivo de matrículas e cursos

(a Kroton, por exemplo, tem cerca de um milhão de alunos de graduação e pós-graduação).

Os cursos da área da saúde, de forma geral, acompanharam as tendências do Ensino Superior brasileiro, tanto em relação à ampliação significativa do número de instituições, vagas e matrículas quanto ao aumento da participação das instituições privadas na formação destes profissionais, como pode ser observado na Figura 1.

Em termos percentuais, no período entre 1991 e 2013, o número de matrículas públicas e privadas em cursos da saúde registrou um acréscimo de 372%, aumento proporcionalmente maior do que o observado no Ensino Superior brasileiro em geral, que no mesmo período foi de 286%. E, apesar do número de matrículas em instituições de Ensino Superior públicas ter aumentado no período, a expansão de matrículas ocorreu majoritariamente pelo crescimento da oferta de cursos e vagas privadas. A participação de instituições privadas na formação em saúde passou de 55% em 1991 para 73% em 2013, sendo que no período entre 2006 e 2008 alcançou um pico de 78% das matrículas em cursos da saúde.

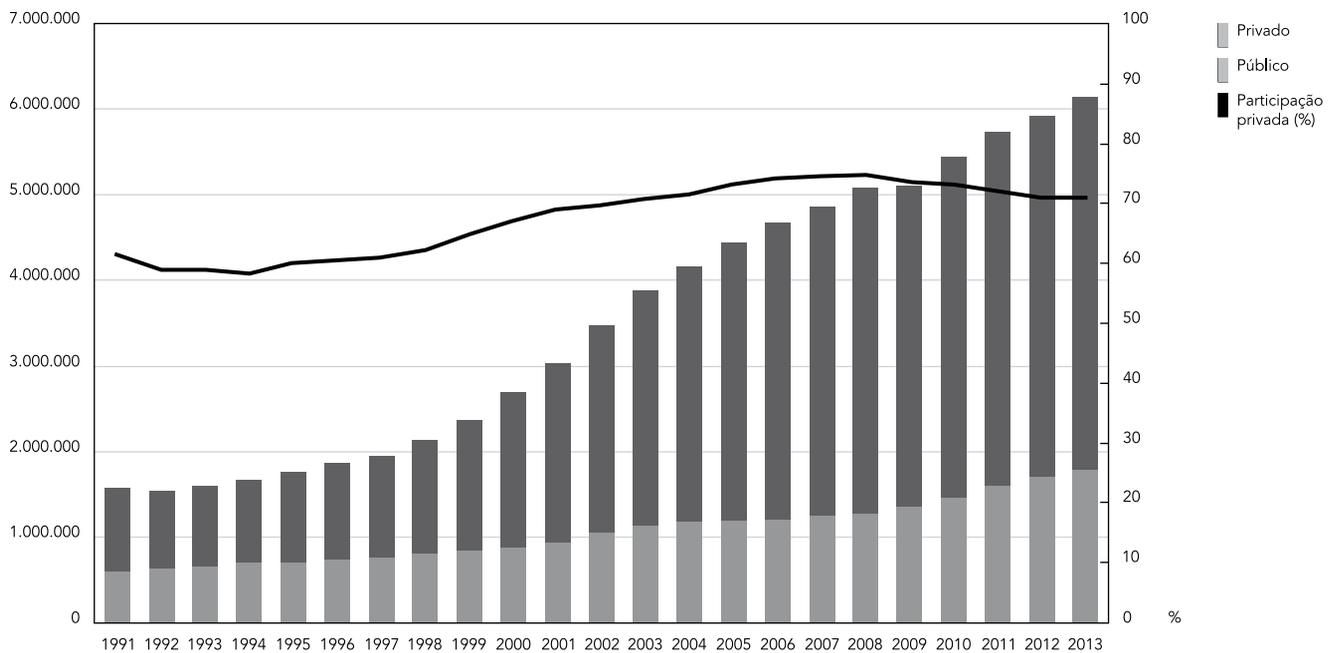
A oferta de cursos de graduações da saúde privados ainda está concentrada nas regiões Sul e Sudeste. De acordo com Corbucci ⁵², essa concentração se dá, dentre outros fatores, devido à grande demanda de alunos incentivada pela alta densidade populacional e maior renda *per capita* das regiões Sul e Sudeste, características que conferem maior rentabilidade ao mercado de Ensino Superior destas regiões em relação às demais do país.

A distribuição dos cursos da área de saúde privados é consideravelmente concentrada na Região Sudeste como demonstrado na Figura 2.

Porém, apesar da manutenção de importantes distorções entre as regiões, no período entre 1993 e 2013 observa-se uma tendência à desconcentração da oferta de cursos privados caracterizada por um aumento da participação relativa das regiões Norte e Nordeste no total de cursos. Em 1993, a Região Sudeste concentrava 66% dos cursos da saúde, em 2013 passou para 53%. Nesse mesmo período, as maiores taxas de crescimento proporcional de cursos foram observadas nas regiões Norte (5.060%), Nordeste (2.170%) e Centro-oeste (1,894%), fato que pode, em parte, ser explicado pelos baixos níveis de oferta de cursos superiores nestas três regiões no início do período analisado. No início da década de 1990, o setor privado era predominante apenas nas regiões Sul e Sudeste que representavam, respectivamente, 51% e 64% dos cursos de saúde. Desde 2013 o percentual de cursos privados nas graduações da saúde é maior do que o público

Figura 1

Evolução do número matrículas em cursos de graduação em saúde por natureza jurídica. Brasil, 1991-2013.



Fonte: elaboração própria com dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira (INEP; <http://www.inep.gov.br/>, acessado em 30/Nov/2015) e Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde/Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde/Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro (SIGRAS/ObservaRH – IMS/UERJ; <http://www.obsnetims.org.br/sigras/>, acessado em 14/Jun/2015).

em todas as regiões (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Sinopses estatísticas da educação superior. <http://portal.inep.gov.br/superior-censosuperior-sinopse>, acessado em 01/Out/2015).

Financiamento das instituições de Ensino Superior privadas no Brasil

Nas últimas décadas, as políticas de incentivo às instituições de Ensino Superior privadas prosperaram facilitadas pela instituição de mecanismos diretos e indiretos de financiamento, incentivo e subsídio estatal ao setor privado. Associado às políticas sociais e aos subsídios financeiros, o Ensino Superior privado no país expandiu entre os anos 1995 e 2012, com a promulgação da *Lei de Diretrizes e Bases da Educação* (LDB), em 1996, a qual permitiu a flexibilização das modalidades de cursos, criação de centros universitários e substituição do vestibular por seleções simplificadas, concedeu autonomia às instituições de Ensino

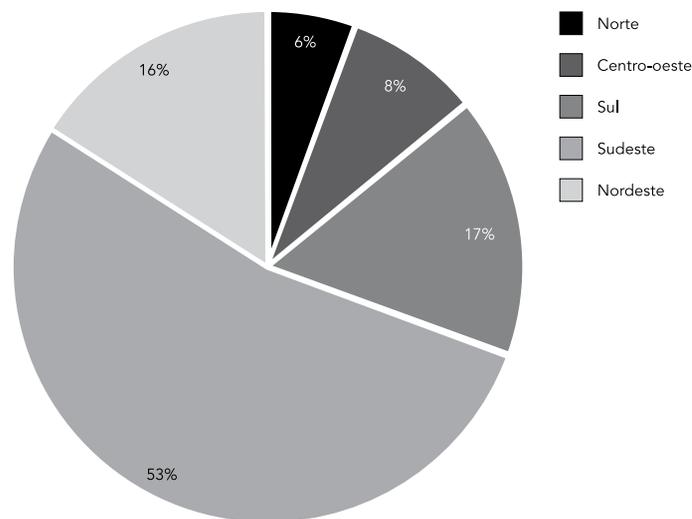
Superior privadas para mudanças curriculares e favoreceu o descumprimento da premissa constitucional de 1988 sobre a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão⁴⁸.

O financiamento das instituições de Ensino Superior privadas depende, em grande parte, da cobrança de mensalidades, contudo, a demanda pelo Ensino Superior tem sido incentivada por programas federais por meio de fontes indiretas e diretas de recursos públicos, tais como programas de recuperação, ampliação e melhoria das instituições de Ensino Superior e o fundo de financiamento ao estudante do Ensino Superior.

Em 1997, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), em parceria com o Ministério da Educação, disponibilizou financiamento por meio do Programa de Melhoria do Ensino das Instituições de Educação Superior para modernização e ampliação de infraestrutura, compra de equipamentos e softwares, aperfeiçoamento de pessoal e reestruturação organizacional e financeira. Nos dez primeiros anos, esse programa contemplou 61

Figura 2

Distribuição de cursos da saúde em instituições de Ensino Superior privadas por região. Brasil, 2013.



Fonte: elaboração própria com dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira (INEP; <http://www.inep.gov.br/>, acessado em 30/Nov/2015) e Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde/Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde/Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro (SIGRAS/ObservaRH – IMS/UERJ; <http://www.obsnetims.org.br/sigras/>, acessado em 14/Jun/2015).

projetos de 48 instituições, com predominância do setor privado. Na segunda etapa, de 2009 a 2014, a obtenção do financiamento pelas instituições de Ensino Superior privadas (com ou sem fins lucrativos) foi condicionada à adesão ao Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), ao Programa Universidade para Todos (ProUni) e ao Fundo de Garantia de Operações de Crédito Educativo (FGEDUC) ^{53,54,55}.

Instituído em 1999 para substituir o Programa de Crédito Educativo, o FIES é composto por recursos da Loteria Federal e do orçamento do Ministério da Educação. Concede financiamento de até 100% dos custos educacionais cobrados a estudantes matriculados em cursos de instituições de Ensino Superior privadas, com avaliação positiva junto ao Ministério da Educação. A partir de 2007, a concessão do financiamento foi ampliada para cursos de mestrado e doutorado e, em 2011, para cursos de educação profissional e tecnológica ^{56,57,58,59}.

Desde a sua criação, o FIES sofreu diversas modificações por meio de portarias, medidas provisórias, leis, decretos e emendas. A partir de 2005, o FIES passou a conceder financiamento também aos estudantes selecionados pelo

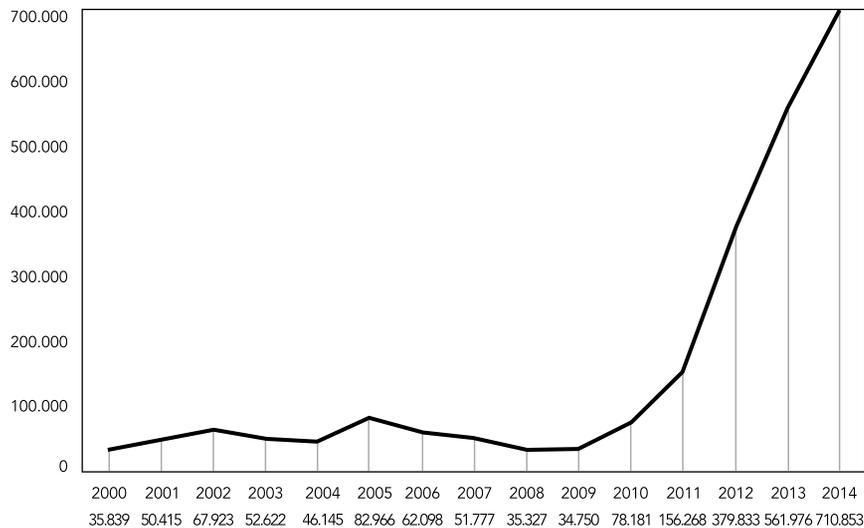
ProUni, com bolsa parcial de 50%, regularmente matriculados em cursos de graduação.

As mudanças mais significativas do FIES ocorreram em 2010, com a transferência da gestão do fundo, antes sob a responsabilidade da Caixa Econômica Federal, para o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), a redução da taxa de juros de 6,5% para 3,4% a.a e o abatimento do saldo devedor do FIES pelos professores da rede pública e médicos das equipes de saúde da família de áreas prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde. Além disso, a exigência de fiador foi relativizada e o prazo de quitação, prolongado. Com essas mudanças houve um aumento significativo do número de contratos como pode ser observado na Figura 3.

No período entre 2010 e 2014, houve um aumento de 735% no número de contratos, e o custo do governo com o programa foi multiplicado em 17 vezes, de R\$ 810 milhões em 2010 para R\$ 13,75 bilhões em 2014. Porém, o crédito educativo oferecido por meio do FIES é uma forma, indireta, de subsídio às instituições de Ensino Superior privadas porque reduz os riscos de inadimplência para elas. Em 2009, o risco de crédito foi atenuado mais ainda quando o

Figura 3

Contratos Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) por ano.



Fonte: elaboração própria com dados da Plataforma de Indicadores do Governo Federal (<http://dados.gov.br/dataset/fies-fundo-de-financiamento-estudantil>, acessado em 30/Nov/2015).

Governo criou o Fundo de Garantia de Operações de Crédito Educativo e passou a assumir as funções de avalista e garantidor final das dívidas pessoais^{56,57,58,59}.

Os contratos vigentes ou estabelecidos até abril de 2015 podiam estimular a entrada no programa de pessoas com capacidade de pagamento de sua mensalidade, uma vez que os juros abaixo da inflação fazem com que o montante a ser pago no futuro seja menor do que o custo atual da mensalidade. A consequência dessas regras foi o forte crescimento das transferências para grupos empresariais de educação. Em dezembro de 2014, foi publicada a portaria do MEC restringindo o acesso ao programa e, em 2015, entrou em vigor a exigência de uma pontuação mínima de 450 pontos no Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM).

Após divulgar medidas restritivas ao acesso de alunos de baixo rendimento escolar ao FIES, o MEC publicou uma nova portaria alterando o cronograma de recompra de títulos do programa do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). Isso levou os investidores a uma rodada de venda dos papéis do setor de educação. O fato é que, pelas normas estabelecidas, o FNDE troca por dinheiro certificados do Tesouro, oferecidos às empresas quando os alunos contratam o FIES.

Em abril de 2015, novas mudanças foram instituídas sob a alegação de fortalecer a sustentabilidade do programa em médio prazo. Para os novos contratos foram estabelecidos nova taxa de juros e limite de renda familiar *per capita*.

Em 2004, três blocos de disputa ideológica, os publicistas, os privatistas e um terceiro grupo defensor do duplo financiamento para a formação no Ensino Superior se reuniram em torno da discussão e elaboração do ProUni. Esse programa proporciona isenção do recolhimento de impostos e tributos, mediante concessão de uma bolsa de estudo a cada nove alunos regularmente matriculados nas instituições de Ensino Superior privadas lucrativas, e no caso das beneficentes uma bolsa a cada quatro alunos. Além da renda *per capita*, os critérios que norteiam a inscrição do aluno no ProUni para concorrer a uma bolsa de estudos são os seguintes: ter participado do ENEM e ter cursado o Ensino Médio completo. Quando implantado, o programa não exigia que o número de bolsas oferecidas fosse proporcional em todos os cursos e unidades, o que favoreceu a concentração de bolsas nos cursos mais baratos e menos concorridos. A alteração dessa regra veio em 2013, quando a *Lei nº12.868*⁵⁹ instituiu a obrigatoriedade de oferta de vagas em os todos os cursos e turnos.

A despeito do amplo reconhecimento do papel do ProUni na ampliação do acesso ao Ensino Superior, sua efetividade é questionada no tocante à promoção da justiça social, posto que o programa garante melhores condições financeiras para os estabelecimentos privados, sem exigir investimento para uma expansão qualitativa das vagas e tampouco assegurar a permanência e a conclusão do curso dos estudantes de baixa renda^{38,55}.

Em 2012, foi instituído o Programa de Estímulo à Reestruturação e ao Fortalecimento das Instituições de Ensino Superior (Proies), para o parcelamento ou quitação de dívidas tributárias federais e a concessão de bolsas de ensino pelas instituições de Ensino Superior privadas em dificuldades financeiras⁶⁰.

Como bem evidenciado por diversos autores, a política de expansão do Ensino Superior tem favorecido o setor privado por meio de incentivos governamentais, especialmente os programas ProUni e FIES^{61,62}.

Conclusões

O rápido desenvolvimento e absorção de novas tecnologias para a atenção e cuidado de saúde geram impactos para os sistemas de saúde e de educação, bem como da indústria de equipamentos, insumos e serviços, e exigem dos profissionais o desenvolvimento de novas habilidades e um maior dinamismo do mercado.

No entanto, a maioria dos sistemas nacionais de saúde ainda enfrenta muitos desafios na formação, fixação e gestão de sua força de trabalho, além de dificuldades críticas para suplantarem as desigualdades regionais e a entrega de serviços adequados às demandas e necessidades das populações.

A partir da década de 1990, nota-se um grande número de iniciativas nos cenários global e nacional para o enfrentamento de problemas e desafios para a formação de profissionais da saúde aptos a atender as necessidades da população e garantir a qualidade do cuidado à saúde.

A ampliação do mercado privado no Ensino Superior trouxe o acirramento da competitividade e a conformação de grandes conglomerados empresariais, inclusive com a abertura de capital na bolsa de valores, com impactos ainda pouco avaliados nos processos de formação e crescentes desafios para as políticas públicas, particularmente nos aspectos regulatórios.

A expansão das instituições de Ensino Superior privadas e, em particular, as com fins lucrativos, tem sido estimulada por mecanismos de financiamento público, via isenções fiscais e tributárias, repasse direto de recursos e empréstimos com juros subsidiados. Essa ampliação do número de matrículas, porém, ainda é insuficiente e relativamente excludente.

A participação do setor privado traz a influência de novos sujeitos e instituições na formação dos profissionais da saúde. Além disso, a expansão da formação de profissionais de saúde não tem sido acompanhada por mecanismos regulatórios eficazes para reduzir os desequilíbrios entre oferta e demanda no mercado de trabalho em saúde e as desigualdades geográficas existentes.

A escassez de informação e de conhecimento sobre a dinâmica de privatização e expansão da formação em saúde limita a análise, e deve servir de estímulo para a elaboração de uma agenda de pesquisas combinando a identificação dos problemas e a produção de conhecimento, para que os problemas identificados tenham maior chance de se tornarem prioritários na agenda decisória nacional.

Além da avaliação e monitoramento dos resultados das políticas de incentivo aos diversos aspectos do desenvolvimento de recursos humanos em saúde, como a sua distribuição e fixação, a reorientação curricular é central, na atual conjuntura, bem como a análise da reorientação das instituições de Ensino Superior privadas e a dinâmica do sistema de saúde no Brasil, e também a exequibilidade e sustentabilidade da abertura de novas escolas de medicina e a capacidade para formar novos profissionais médicos, articulando ensino e serviço.

O artigo procurou discutir a importância e as características das transformações em curso no Ensino Superior em saúde, identificando algumas das tendências das instituições privadas que participam da formação de profissionais da saúde, assim como desvelando aspectos da interação entre as políticas públicas para a formação em saúde e as instituições de Ensino Superior privadas. A produção de conhecimento nesse campo pode contribuir para (re)pensar os desafios e contradições do processo de regulação dos sistemas educacionais e de saúde, em articulação com o CEIS e o desenvolvimento econômico nacional.

Colaboradores

M. R. Dal Poz participou da organização e redação do artigo, incluindo revisão, análise e interpretação dos dados, e é responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo a exatidão e integridade do texto final. M. H. C. Couto e T. A. V. Franco contribuíram na organização e redação do artigo, análise e interpretação dos dados, incluindo revisão crítica relevante do conteúdo e aprovação do texto final.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, projeto nº 405077/2013-0), à *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ)* e ao Programa de Incentivo à Produção Científica, Técnica e Artística, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Prociência/UERJ), pelo apoio e financiamento.

Referências

1. Altbach PG, Reisberg L, Rumbley LE. Trends in global higher education: tracking an academic revolution. Paris: Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture; 2009.
2. Stromquist NP. Latin America's education in globalized times. *Sociologias* 2012; 14:72-99.
3. Organization for Economic Cooperation and Development. Education at a glance 2014: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2014.
4. Altbach PG, Knight J. The internationalization of higher education: motivations and realities. *J Intern Educ* 2007; 11:290-305.
5. Wibulpolprasert S, Pachanee C, Pitayangsarit S, Hempisut P. International service trade and its implications for human resources for health: a case study of Thailand. *Hum Resour Health* 2004; 2:10.
6. Schwartzman J, Schwartzman S. O ensino superior privado como setor econômico. *Avaliação de Políticas Públicas em Educação* 2002; 10:405-560.
7. Cordeiro H. A indústria de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1980.
8. Campos FE, Albuquerque EM. As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde: notas introdutórias para uma discussão. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais; 1998. (Texto para Discussão, 123).
9. Costa L, Gadelha CAG, Maldonado J, Santo M, Metten A. O complexo produtivo da saúde e sua articulação com o desenvolvimento socioeconômico nacional. *Revista do Serviço Público* 2013; 64:177-99.
10. Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:521-35.
11. Viana ALd'A, Iozzi FL, Albuquerque MV, Bousquat A. Saúde, desenvolvimento e inovação tecnológica: nova perspectiva de abordagem e de investigação. *Lua Nova* 2011; 83:41-77.

12. Albuquerque E, Cassiolato J. As especificidades do sistema de inovação do setor saúde: uma resenha da literatura como introdução a uma discussão sobre o caso brasileiro. São Paulo: Federação de Sociedades de Biologia Experimental; 2000. (Estudos FeSBE I).
13. World Health Organization. World Health Report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006.
14. World Health Organization. Transforming and scaling up health professionals' education and training: WHO Education Guidelines 2013. Geneva: World Health Organization; 2013.
15. Global Health Workforce Alliance. The Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage. http://www.who.int/workforcealliance/forum/2013/3gf_finaldeclaration/en/ (acessado em 14/Jun/2015).
16. Crisp N, Gawanas B, Sharp I. Training the health workforce: scaling up, saving lives. *Lancet* 2008; 371:689-91.
17. Ono T, Lafortune G, Schoenstein M. Health Workforce Planning in OECD Countries: a review of 26 projection models from 18 countries. Paris: OECD Publishing; 2013. (OECD Health Working Papers, 62).
18. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Humn Resourc Health* 2006; 4:12.
19. Assunção AA, Belisário SA, Campos FE, D'Ávila S. Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. *Cad Saúde Pública* 2007; 23 Suppl 2:S193-201.
20. Dal Poz MR. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad Saúde Pública* 2013; 29:1924-6.
21. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010.
22. Global Health Workforce Alliance. Scaling up, saving lives: task force for scaling up education and training for health workers. Geneva: World Health Organization; 2008.
23. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. Washington DC: Science and Health Publications; 1910.
24. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376:1923-58.
25. Buse K, Hawkes S. Health in the sustainable development goals: ready for a paradigm shift? *Global Health* 2015; 11:13-21.
26. United Nation. The road to dignity by 2030: ending poverty, transforming all lives and protecting the planet. Synthesis report of the Secretary-General on the post-2015 agenda. New York: United Nations; 2014.
27. World Health Organization. Positioning health in the post-2015 development agenda. Geneva: World Health Organization; 2012. (WHO Discussion Paper).
28. World Bank Group. Financing for development post-2015. Washington DC: World Bank Group; 2013.
29. Camargo Jr. KR. Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.
30. Godlee F. Overtreatment, over here. *BMJ* 2012; 345:e6684.
31. Chaves LJ, Gonçalves ECQ, Ladeira LR, Ribeiro MS, Costa MB, Ramos AAM. A tutoria como estratégia educacional no ensino médico. *Rev Bras Educ Méd* 2014; 38:532-41.
32. Adler MS, Gallian DMC. Formação médica e serviço único de saúde: propostas e práticas descritas na literatura especializada. *Rev Bras Educ Méd* 2014; 38:388-96.
33. Christensen CM, Bohmer R, Kenagy J. Will disruptive innovations cure health care? *Harv Bus Rev* 2000; 78:102-12.
34. Tulenko K, Mogedal S, Afzal MM, Frymus D, Oshin A, Pate M, et al. Community health workers for universal health-care coverage: from fragmentation to synergy. *Bull World Health Organ* 2013; 91:847-52.
35. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health outcome (update). *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (23):CD002213.
36. Dal Poz MR, Varella TC, Santos RM. Formação em saúde: problemas e tendências. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
37. Dias Sobrinho J. Educação superior: bem público, equidade e democratização. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior* 2013; 18:107-26.
38. Carvalho CHA. O ProUni no governo Lula e o jogo político em torno do acesso ao ensino superior. *Educação & Sociedade* 2006; 27:979-1000.
39. Vonbun C, Mendonça JLO. Educação superior uma comparação internacional e suas lições para o Brasil. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2012. (Texto para Discussão, 1720).
40. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2014. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.
41. Presidência da República. Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2001; 10 jan.
42. Trow M. Reflections on the transition from elite to mass to universal access: forms and phases of higher education in modern societies since WWII. Berkeley: Institute of Governmental Studies; 2005.
43. Gomes AM, Moraes KN. Educação superior no Brasil contemporâneo: transição para um sistema de massa. *Educação & Sociedade* 2012; 33:171-90.
44. Trow M. Problems in the transition from elite to mass higher education. In: *Policies for Higher Education, Conference on Future Structures of Post-Secondary Education*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 1973. p. 55-101.

45. Garcia M. Três grandes tendências para o ensino superior privado no Brasil. *Revista do Ensino Superior* 2005; 77:41-3.
46. Salm C. Estagnação econômica, desemprego e exclusão social. In: Sicsú J, Paula LF, Michel R, organizadores. *Novo desenvolvimentismo: um projeto nacional de crescimento com equidade social*. Barueri: Edições Manole/Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer; 2005. p. 217-37.
47. Gaspar RF, Fernandes TC. Mercantilização e oligopolização no ensino superior privado. *Educação & Realidade* 2014; 39:945-66.
48. Chaves VLJ. Expansão da privatização/mercantilização do ensino superior brasileiro: a formação dos oligopólios. *Educação & Sociedade* 2010; 31:481-500.
49. Carvalho CHA. A mercantilização da educação superior brasileira e as estratégias de mercado das instituições lucrativas. *Rev Bras Educ* 2013; 18: 761-801.
50. Sguissardi V. Regulação estatal e desafios da expansão mercantil da educação superior. *Educação & Sociedade* 2013; 34:943-60.
51. Tuon L. Valor da Kroton na bolsa salta nove posições após compra da Anhanguera. <http://www.valor.com.br/empresas/3604836/valor-da-kroton-na-bolsa-salta-nove-posicoes-apos-compra-da-anhanguera> (acessado em 04/Mai/2015).
52. Corbucci, PR. Desafios da educação superior e desenvolvimento no Brasil. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2007. (Texto para Discussão, 1287).
53. Sécca RX, Leal RM. Análise do setor de ensino superior privado no Brasil. *BNDES Setorial* 2009; 30:103-56.
54. Guimarães ALS, Leal RM, Lima JCCO, SéccaRX, Menezes NML. O financiamento do BNDES ao ensino superior: uma avaliação dos impactos do primeiro Programa IES-BNDES. *Revista do BNDES* 2010; 33:55-80.
55. Souza MRA, Menezes M. Programa Universidade para Todos (ProUni): quem ganha o quê, como e quando? *Avaliação de Políticas Públicas em Educação* 2014; 22:609-33.
56. Brasil. Lei nº 11.552, de 19 de novembro de 2007. Altera a Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior – FIES. *Diário Oficial da União* 2007; 20 nov.
57. Brasil. Lei nº 12.513, de 26 de outubro de 2011. Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec); altera as Leis nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-desemprego, o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), nº 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui Plano de Custeio, nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior, e nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem); e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 27 out.
58. Brasil. Lei nº 12.202, de 14 de janeiro de 2010. Altera a Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior – FIES (permite abatimento de saldo devedor do FIES aos profissionais do magistério público e médicos dos programas de saúde da família; utilização de débitos com o INSS como crédito do FIES pelas instituições de ensino; e dá outras providências). *Diário Oficial da União* 2010; 15 jan.
59. Brasil. Lei nº 12.868, de 15 de outubro de 2013. Altera a Lei nº 12.793, de 2 de abril de 2013, para dispor sobre o financiamento de bens de consumo duráveis a beneficiários do Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV); constitui fonte adicional de recursos para a Caixa Econômica Federal; altera a Lei nº 12.741, de 8 de dezembro de 2012, que dispõe sobre as medidas de esclarecimento ao consumidor, para prever prazo de aplicação das sanções previstas na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990; altera as Leis nº 12.761, de 27 de dezembro de 2012, nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997, e nº 9.615, de 24 de março de 1998; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 16 out.
60. Brasil. Lei nº 12.688, de 18 de julho de 2012. Conversão da Medida Provisória nº 559, de 2012. Autoriza a Centrais Elétricas Brasileiras S.A. (Eletrobras) a adquirir o controle acionário da Celg Distribuição S.A. (Celg D); institui o Programa de Estímulo à Reestruturação e ao Fortalecimento das Instituições de Ensino Superior (Proies); altera as Leis nº 3.890-A, de 25 de abril de 1961, 9.718, de 27 de novembro de 1998, 10.637, de 30 de dezembro de 2002, 10.887, de 18 de junho de 2004, 10.833, de 29 de dezembro de 2003, 11.033, de 21 de dezembro de 2004, 11.128, de 28 de junho de 2005, 11.651, de 7 de abril de 2008, 12.024, de 27 de agosto de 2009, 12.101, de 27 de novembro de 2009, 12.429, de 20 de junho de 2011, 12.462, de 4 de agosto de 2011, e 12.546, de 14 de dezembro de 2011; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2012; 19 jul.
61. Mancebo D, Vale AA. Expansão da educação superior no Brasil e a hegemonia privado-mercantil: o caso da Unesa. *Educação & Sociedade* 2013; 34:81-98.
62. Gemaque RMO, Chaves VLJ. Perfil da expansão no setor público e privado e financiamento da educação superior brasileira pós-LDB. *Periódico do Mestrado em Educação da UCDB* 2010; (30):71-91.

Abstract

The article analyzes the configuration and trends in institutions of Higher Education and their relationship as components of the Health Economic-Industrial Complex (HEIC). The expansion of higher education is part of the transition from elite to mass systems, with tensions between quantitative and qualitative aspects. Such changes reflect different cultures and are related to international phenomena such as globalization, economic transformations, the development of new information and communication technologies, and the emergence of an international knowledge network. The scale and content of these changes vary according to the expansion and institutional reconfiguration of educational systems, as well as the link between state and society. Market expansion for private higher education stirs competition, shapes business clusters, modifies training processes, and raises new public policy challenges.

Higher Education Institutions; Government Financing; Public Policies; Sustainable Development; Innovation

Resumen

Este artículo analiza la configuración y las tendencias de las instituciones de Enseñanza Superior de salud, en su relación como componentes del Complejo Económico Industrial de la Salud (CEIS). La expansión de la enseñanza superior es parte de la transición de sistemas de élite hacia sistemas de masa, con tensiones entre aspectos cuantitativos y cualitativos. Estos cambios reflejan diferentes culturas y se relacionan con fenómenos de alcance mundial como: la globalización, transformaciones económicas, desarrollo de nuevas tecnologías de comunicación e información, y emergencia de una red internacional de conocimiento. La escala y el contenido de esos cambios varían con la ampliación de los sistemas de enseñanza y en la reconfiguración institucional, así como en la articulación entre Estado y sociedad. La ampliación del mercado privado en la enseñanza estimula la competitividad, conformando conglomerados empresariales, alterando procesos de formación y forjando nuevos desafíos para las políticas públicas.

Instituciones de Enseñanza Superior; Financiación Gubernamental; Políticas Públicas; Desarrollo Sostenible; Innovación

Recebido em 28/Ago/2015
Versão final reapresentada em 08/Dez/2015
Aprovado em 18/Fev/2015