Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Licelma Amanda Cavada Fehn

O ensino médico privado: expansão e tendências na Índia e no Brasil

Rio de Janeiro

2019

Licelma Amanda Cavada Fehn

O ensino médico privado: expansão e tendências na Índia e no Brasil

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor, em Saúde Coletiva no Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

F296 Fehn, Licelma Amanda Cavada
O ensino médico privado: expansão e tendências na Índia e no Brasil / Licelma Amanda Cavada Fehn – 2019.
124 f.

Orientador: Mario Roberto Dal Poz

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Educação médica – Tendências – Teses. 2. Educação superior – Teses. 3. Privatização – Teses. 4. Índia – Teses. 5. Brasil – Teses. 6. I. Dal Poz, Mario Roberto. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 37:61(540)+(81)

Bibliotecária: Joice Soltosky Cunha – CRB 7 5946

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Licelma Amanda Cavada Fehn

O Ensino Médico Privado: expansão e tendências na Índia e no Brasil

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor, em Saúde Coletiva no Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovado em 14 de maio de 2019.
Banca Examinadora:

_____

Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz (Orientador)
Instituto de Medicina Social - UERJ

_____

Prof. Dr. Paulo Henrique Almeida Rodrigues
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof. Dra. Célia Regina Pierantoni
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof. Dr. Luís Velez Lapão
Universidade Nova de Lisboa

_____

Profa. Dra. Andrea Araujo do Vale
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro/RJ
2019

DEDICATÓRIA

Especialmente para Mariana Scardua e Daniel Puig.

E sempre para Suzana, Elisabeth e Bruna.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz, orientador e grande mestre nessa jornada, meu mais ilustre e sincero agradecimento. Agradeço também ao Prof. Dr. Luís Velez Lapão, supervisor durante o período do doutorado sanduíche no Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa.

Aos professores, pesquisadores, profissionais e colegas do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, agradeço, sem distinção, pelo aprendizado compartilhado e tempo de convívio.

Agradeço à equipe de profissionais do departamento de Força de Trabalho em Saúde da Organização Mundial da Saúde, em Genebra, em especial ao seu Diretor Jim Campbel e ao Dr. Pascal Zurn, meu supervisor direto durante o período de estágio.

Aos amigos, Dr. André Rosa Biscaia e Dr. Victor Ramos, meu agradecimento pela acolhida, ensinamentos, partilha e pela afetuosa amizade, da qual tenho imenso orgulho.

Indistintamente, agradeço a todos os profissionais com quem trabalhei nos mais diversos cenários e lugares. Aos amigos que tenho a virtude de ter conquistado ao longo da vida e que sempre se fizeram presentes. E, especialmente, agradeço à minha família, sem cujo suporte eu não percebo até onde poderia ter chegado.

Engana-se quem pensa que é chegado ao fim. Tornar-se uma pesquisadora é um processo sem limites definidos, cujo princípio pode ser mais fácil de se determinar. Esta tese é um símbolo que marca um ciclo importante na minha vida. E, ao mesmo tempo, se sobrepõe a um novo que já se inicia. O aprendizado é processo. Sempre! E eu sigo a minha jornada. Sem saber ao certo onde e nem como, mas coma certeza de que aprendi a apreciar o caminho e a abraçar e agradecer continuamente aqueles que seguram a minha mão.

Muito Obrigada!

Uma criatura de nervos modernos, de inteligência sem cortinas, de sensibilidade acordada, tem a obrigação cerebral de mudar de opinião e de certeza várias vezes no mesmo dia.

Fernando Pessoa

RESUMO

FEHN, Licelma Amanda Cavada. **O ensino médico privado- expansão e tendências na Índia e no Brasil.** 2019. 105f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Introdução: As escolas médicas privadas na Índia e no Brasil estão se expandindo rapidamente. No entanto, são poucas as evidências sobre como esses países abriram os seus mercados educacionais para o setor privado e como a expansão das escolas médicas privadas impactam no planejamento da Força de Trabalho em Saúde e quais as tendências nos sistemas de saúde no contexto de implementação da Cobertura Universal da Saúde. Objetivos: Descrever e analisar o crescimento das escolas médicas privadas na Índia e no Brasil, destacando a dinâmica, as tendências e os desafios do mercado educacional nesses países. Métodos: Estudo bibliográfico qualitativo, empírico e transversal, de carácter descritivo exploratório, baseado em dados secundários. Esta pesquisa elegeu como cenário dois países do Bloco BRICS, a Índia e o Brasil. As escolas médicas privadas foram o elemento central de análise. Este estudo considerou como instituições privadas aquelas administradas por pessoas de direito privado, físicas ou jurídicas, com ou sem intenção de lucro. Diversas estratégias metodológicas foram empregadas, entre as quais uma revisão da bibliografia para identificação do "estado da arte" sobre a participação do setor privado na saúde e na educação, em especial na formação médica. O método do *Scoping Review* também foi empregado na identificação de evidências, definições e lacunas na literatura. Por fim, foi realizado o levantamento de dados secundários em *sites* oficiais da Índia e do Brasil. O período do estudo foi de 2000 a 2018 e toda a busca por material foi realizada em inglês, português e espanhol. Resultados: O estudo propõe um modelo teórico de análise da dinâmica do mercado de trabalho em saúde, no qual um conjunto de variáveis de análise são apresentadas e analisadas de acordo com os achados do *Scoping Review*. Em ambos os países, as escolas médicas privadas representam atualmente mais da metade de todas as escolas médicas e estudantes matriculados: 51% e 44%, respectivamente na Índia e 64% e 71%, respectivamente no Brasil. Em geral, estão concentradas em áreas com melhores indicadores de saúde e maior renda; há preocupações sobre a qualidade e o sistema regulatório, considerado burocrático e ineficiente. Conclusões: A tendência de crescimento do número de escolas médicas e vagas não parece estar ligada às estratégias para resolver o problema da crescente demanda por uma força de trabalho de saúde suficiente, especialmente com relação à escassez de médicos. A Índia e o Brasil parecem exemplificar esse problema. Embora os sistemas de saúde em muitos países em desenvolvimento precisem de mais médicos e de outros profissionais de saúde, esse aumento precisaria estar vinculado ao modelo de desenvolvimento do sistema de saúde. O estudo ainda evidencia que o aumento das escolas privadas não se coaduna com as propostas de sistemas com cobertura e acesso universal em saúde, e ainda pode potencializar as iniquidades existentes se mecanismos regulatórios eficientes e transparentes não forem desenvolvidos.

Palavras-chave: Privatização. Ensino Superior. Educação Médica. Índia. Brasil.

ABSTRACT

FEHN, Licelma Amanda Cavada. **Private medical education- growth and trends in India and Brazil.** 2019. 105f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Introduction: The private medical schools in India and Brazil are expanding rapidly. However, there is little evidence on how these countries have opened their education markets to the private sector and how the expansion of private medical schools is impacting health workforce planning and what are the trends in health systems in the context of implementing Universal Health Coverage. Objectives: To describe and analyse the growth of private medical schools in India and Brazil, highlighting the dynamics, trends and challenges of the educational market in these countries. Methods: A qualitative, empirical, cross-sectional, descriptive, exploratory study based on secondary data from India and Brazil, two countries of the BRICS Block. Private medical schools were the central element of analysis. The private medical schools were the central element of the study's analysis, which considers as private institutions those administered by private individuals or legal entities, with or without the intention of profit. Several methodological strategies were employed, including a review of the bibliography to identify the "state of the art" on the participation of the private sector in health and education, especially in the medical education. The Scoping Review method was also used to identify evidence, definitions and gaps in the literature. Finally, secondary data were collected from official websites in India and Brazil. The study covered the period from 2000 to 2018 and the whole search included documents in English, Portuguese and Spanish. Results: A theoretical model of analysis of the dynamics of the health labour market was developed, with a set of analysis variables that are presented and analysed according to the findings of the Scoping Review. In both countries, private medical schools currently represent more than half of all medical schools and enrolled students: 51% and 44%, respectively in India and 64% and 71%, respectively in Brazil. In general, they are concentrated in areas with better health indicators and higher income; there are concerns about quality and the regulatory system, considered bureaucratic and inefficient. Conclusions: The growing number of medical schools and enrolments does not appear to be linked to the strategies that address the growing demand for a sufficient health workforce, especially with regard to the shortage of physicians. India and Brazil seem to exemplify this problem. The growing trend in the number of medical schools and places does not seem to be linked to strategies to address the growing demand for a sufficient health workforce, especially with regard to the shortage of doctors. India and Brazil seem to exemplify this problem, because although health systems in many developing countries need more doctors and other health professionals, this increase would need to be linked to the health system development model. The study also shows that the increase in the number of private schools is not in line with the proposals for systems with universal health coverage and access, with the risk of contributing to increase existing inequities if efficient and transparent regulatory mechanisms are not developed.

Keywords: Privatization. Medical Education. Undergraduate Medical Education. India. Brazil.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura e Métodos do Estudo 36
Figura 2- Sistematização das estratégias de Scoping Review 44
Figura 3 - Modelo estrutural de sistemas 52
Figura 4 - Componentes-chave do sistema educacional 53
Figura 5 - Estrutura e dinâmica do mercado de trabalho em saúde e as estratégias políticas na busca pela cobertura universal da saúde 59
Figura 6 - Modelo teórico de análise do mercado de trabalho em saúde 62
Figura 7 - Tendências no número total de escolas médicas públicas e privadas por ano, de 2000 a 2018. Índia e Brasil 88
Figura 8 - Tendências no número total de vagas em escolas médicas públicas e privadas por ano, de 2000 a 2018. Índia e Brasil 89
Figura 9- Número de assentos em escolas médicas públicas e privadas por Estado e PIB por Estado. Índia,2017 95
Figura 10 -Número de assentos em escolas médicas públicas e privadas por Estado e PIB por Estado. Brasil,2017 96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Definições e Propósitos do método Scoping Review.....40
Quadro 2 - Critérios de inclusão adotado para o Scoping Review.....44
Quadro 3- Fontes de dados.....46
Quadro 4 - Fatores que influenciam e determinam o custo das mensalidades das escolas médicas indianas.....75
Quadro 5 - Múltiplos processos de admissão das escolas médicas indianas.....80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Os dez países com a maior participação do setor privado no ensino superior de acordo com o número e proporção de vagas 26
Tabela 2 - Número de escolas e número de matrículas nas IES públicas e privadas de medicina por Estado. Índia, 2017 91
Tabela 3 - Número de escolas e número de matrículas nas IES públicas e privadas de medicina por Estado. Brasil, 2017 93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abem	Associação Brasileira de Educação Médica
APS	Atenção Primária em Saúde
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Profissional de Nível Superior
CFM	Conselho Federal de Medicina
CEIS	Complexo Econômico Industrial da Saúde
EaD	Ensino a Distância
e-MEC	Plataforma eletrônica do Ministério da Educação no Brasil
Enade	Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
Enem	Exame Nacional do Ensino Médio
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
FTS	Força de Trabalho em Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituições de Ensino Superior
IESP	Instituições de Ensino Superior Privadas
ISMH	*Indian System of Medicine and Homeopathy*
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MBBS	Bacharelado em Medicina e Cirurgia
MCI	*Medical Council of India*
NAAC	*National Assessment and Accreditation Council*
NISM	*No-Indian System of Medicine*
NRHM	*National Rural Health Mission*
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OECD	*Organization for Economic Cooperation and Development*
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PDSE	Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior
PIB	Produto Interno Bruto
PNS	Política Nacional de Saúde
PROPHE	*Program for Research on Private Higher Education*
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	17
1	**JUSTIFICATIVA**	23
2	**O FENÔMENO DA PRIVATIZAÇÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS**	28
2.1	**O setor privado e a privatização na educação**	28
2.2	**A privatização das escolas médicas – um panorama global**	32
3	**OBJETIVOS**	35
3.1	**Objetivo Geral**	35
3.2	**Objetivos Específicos**	35
4	**METODOLOGIA**	36
4.1	**Tipo de estudo**	37
4.2	**Período do estudo**	37
4.3	**Cenário do estudo**	37
4.4	**Sujeitos do estudo**	38
4.5	**Estratégias de coletas de dados**	39
4.5.1	Revisão da literatura	39
4.5.2	Levantamento e análise dos dados secundários	45
4.6	**Limitações do estudo**	49
4.7	**Questões éticas da pesquisa**	50
4.8	**Financiamento**	50
5	**QUADRO CONCEPTUAL: modelo teórico de análise do mercado de trabalho em saúde**	51
5.1	**Eixo 1– O Sistema de Saúde e o Sistema Educacional**	51
5.2	**Eixo 2- Dinâmica do Mercado de Trabalho em Saúde**	55
5.3	**Eixo 3- A Cobertura e o Acesso Universal da Saúde**	59
6	**SISTEMAS DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO MÉDICA NA ÍNDIA E NO BRASIL**	63
6.1	**A Índia**	63
6.2	**O Brasil**	67
7	**SCOPING REVIEW SOBRE OS CASOS DA ÍNDIA E DO BRASIL**	73
7.1	**Financiamento/Custo**	73
7.2	**Distribuição Geográfica**	76

7.3 **Acesso**..... 79

7.4 **Qualidade**..... 82

7.5 **Regulação/Acreditação**..... 84

8 **ANÁLISE DESCRITIVA E COMPARATIVA DA PARTICIPAÇÃO DO SETOR PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE E NA EDUCAÇÃO MÉDICA NA ÍNDIA E NO BRASIL** 87

8.1 **Crescimento no número de escolas médicas privadas na Índia e no Brasil** 87

8.2 **Distribuição de faculdades de medicina privadas na Índia e no Brasil**..... 90

9 **DISCUSSÃO** 97

9.1 **A regulação das escolas médicas privadas** 102

9.2 **Qualidade/Performance das escolas médicas privadas** 105

CONCLUSÕES 107

APÊNDICE A – Lista de artigos selecionados para *Scoping Review*, por ano de publicação..... 124

APÊNDICE B – Ferramenta de extração de dados utilizada no *Scoping Review*..... 126

INTRODUÇÃO

Diversos autores, diversas pesquisas (ANAND; BÄRNIGHAUSEN, 2012; FRENKetal., 2010; JAMISON et al., 2013) e organismos internacionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006, 2016)concordam e suportam com evidência científica que os Recursos Humanos em Saúde (RHS) são essenciais e determinantes na qualidade dos sistemas e serviços de saúde, bem como no *status* de saúde das populações. Esse item estratégico da agenda política de saúde é crucial para a garantia de acesso aos diferentes níveis de atenção e, obviamente, um fator crítico no contexto de implementação da Cobertura e do Acesso Universal à Saúde, particularmente nos países em desenvolvimento.

Ainda assim, com todo esse destaque, déficits no quantitativo de profissionais de saúde e assimetrias na distribuição geográfica, com expressiva concentração em zonas urbanas comparadas às rurais, configuraram um fenômeno global nomeado de "Crise da Força de Trabalho em Saúde" (WHO, 2006). Mais recentemente, de forma precisa na Assembleia Mundial de Saúde de 2016, o debate acerca das políticas de RHS acendeu a necessidade de que a agenda de trabalho adquirisse uma nova perspectiva de enfrentamento, na qual a compreensão da escassez de profissionais de saúde transcende a "crise". A proposta torna imperativo ultrapassar os limites do caráter emergencial dado a toda intervenção em uma situação de crise e direciona as ações para respostas de longo prazo, alinhadas a evidências e aos recursos disponíveis, com destaque para ouso de novas tecnologias (MANDEVILLE et al., 2016).

Dez anos separam a Assembleia Mundial da Saúde (2016) e o Relatório Mundial da Saúde (2006), contudo o diagnóstico da insuficiência global de trabalhadores de saúde é o mesmo, ou, ainda pior. Os efeitos da globalização, como o aumento da mobilidade, o surgimento de novas epidemias, como Zika e Chikungunya, o (re)surgimento do número de casos de doenças já erradicadas em determinadas localidades, como Sarampo e Poliomielite e o aumento das doenças crônico-degenerativas, por exemplo, destacam a relevância dos profissionais de saúde nos Sistemas Nacionais. Nesse sentido, a Força de Trabalho em Saúde (FTS) é compreendida como a espinha dorsal dos sistemas de saúde, sem a qual não há funcionalidade. Importância que, alinhada ao crescimento da economia global ou a situações de austeridade política e econômica, aos processos de reforma do sistema de saúde, guerras e conflitos armados, desastres naturais etc., agrava substancialmente a problemática dos RHS.

Nesse cenário, destaca-se ainda que os países com a maior carga de doenças continuam a apresentar a menor FTS qualificada. Nessa uma década, entre o Relatório Mundial da Saúde (2006) e a Assembleia Mundial da Saúde (2016), mas não somente, muitos países adotaram medidas emergenciais para expandir o quadro de profissionais, além de esforços na ampliação da rede de serviços e do acesso à saúde. Diversas ações, todavia os sucessos foram limitados.

A necessidade de "superar a crise" segue. Contudo, precisa ir além das ações de curto prazo e de impacto imediato. Tradicionalmente, as abordagens que discutem estratégias de enfrentamento da crise dos profissionais de saúde focam primariamente no planejamento da força de trabalho, como por exemplo, estimativas de trabalhadores baseadas em indicadores epidemiológicos, demográficos e na ampliação e melhoria da educação, seja por meio de criação ou qualificações das instituições de ensino e/ou pelos treinamentos ofertados (McPAKE et al., 2013). Porém, poucas são as análises e os estudos realizados com foco no mercado de trabalho e na sua dinâmica e tendências. Nesse escopo, ganha destaque a formação médica, especialmente com o aumento da participação e expressividade das escolas privadas de medicina (McPAKE et al., 2013, 2015).

Globalmente, o perfil da educação superior vem apresentando grandes mudanças atreladas, sobretudo, à expansão do setor educacional com o crescimento de instituições superiores privadas. O fenômeno da privatização na educação superior em saúde é mundial e tem sido considerado um dos crescimentos mais dinâmicos e acelerados na área da educação do século XXI (ALTBACH, 1999). Suas tendências de expansão estão relacionadas, especialmente, às políticas públicas, que influenciam, e mesmo favorecem, o aumento dessas instituições (McPAKE et al., 2015). Essas circunstâncias promoveram a ampliação do debate, na agenda política e de pesquisa de RHS, no que diz respeito ao papel e ao impacto do setor privado na formação da FTS.

No caso específico das escolas médicas, o perfil de crescimento das Instituições de Ensino Superior Privadas (IESP) não é diferente e tem provocado uma mudança na composição da formação de profissionais de saúde, tradicionalmente operada por instituições públicas vinculadas a grandes hospitais de ensino (CHOUDHURY, 2016; SCHEFFER; DAL POZ, 2015).

Inicialmente, esse aumento no número de escolas e vagas pode até ser considerado positivo, uma vez que não só aumenta o acesso ao ensino superior, como também melhora a proporção de médicos por habitantes. Por outro lado, há disparidades tanto entre as diferentes

Regiões, Estados, cidades, como na qualidade da educação, na oferta de vagas e no processo de admissão. Além disso, não há evidências sobre como o aumento no número de vagas e de escolas médicas poderia resolver o problema da falta de profissionais de saúde. Paralelamente, também faltam evidências sobre como os governos de diversos países vêm administrando a abertura de mercado no setor educacional e quais são os impactos desse movimento para as políticas de RHS e para os sistemas de saúde.

O ensino em saúde e a qualificação dos trabalhadores exigem uma interface potente e ativa entre o sistema de saúde e o sistema educacional com articulações técnicas e políticas. Contudo, o que se observa, de modo geral, são relações pouco fluídas, carregadas de tensionamentos não somente entre os elementos nucleares desses dois sistemas, como Ministérios e Secretarias, por exemplo, mas também entre os seus demais componentes, como os conselhos e sindicatos profissionais. A essa trama, soma-se a influência direta dos interesses de mercado, legitimados por normas e leis e, portando, manifestados de forma mais explicita.

No contexto dos mercados em ascensão, Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul (BRICS) lideram as economias emergentes em níveis regional e internacional. Esses países estão, de modo geral, em processo de rápido crescimento e de transição para um modelo econômico de mercado com uma capacidade maior de fornecer aos investidores oportunidades promissoras de lucros. O BRICS concentra mais de 40% da população mundial e grande parte da carga de doença global (PETRIE; TANG, 2014), o que torna esse grupo extremamente interessante para comparações e análises na perspectiva da saúde, mesmo que a sua designação tenha bases econômicas.

Essas cinco nações enfrentam vários desafios de saúde comuns: a sobrecarga de doenças transmissíveis e não transmissíveis, o acesso desigual aos serviços, os custos crescentes e a presença de grandes setores privados de saúde. De forma geral, cita-se também o comprometimento do BRICS com a política da Cobertura Universal da Saúde, sobretudo por meio de reformas substanciais em seus sistemas de saúde, visando a melhorar a equidade[1]

---

[1] Segundo a OMS, equidade refere-se a oportunidades justas para que todos alcancem seu pleno potencial de saúde, independentemente de estratos demográficos, sociais, econômicos ou geográficos. A realização progressiva do direito à saúde envolve um esforço concertado e sustentado para melhorar a saúde em todas as populações e reduzir as desigualdades na saúde; ou seja, aquelas consideradas injustas, isto é, inaceitáveis e evitáveis. Disponível em: <https://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/equity-definition/en/>. Acesso em: 10 jun. 2019.

e a qualidade na utilização e acesso aos serviços de saúde e à proteção financeira das populações (RAOet al., 2014).

China, Índia, Brasil e Rússia estão entre os cinco países no mundo com o maior número de IESP[2] (PROPHE..., c2000). Esta tese analisa a Índia e o Brasil, ambos com significativas participações do setor privado na educação e na saúde, de tal modo que o número de cursos de medicina em instituições privadas é superior aos cursos oferecidos nas instituições públicas.

A Índia, por exemplo, é o país com o maior número de escolas médicas em todo o mundo, 497 instituições, das quais, 255 são privadas, e admite anualmente mais de 60mil novos alunos para o Bacharelado em Medicina e Cirurgia (MBBS) (MEDICAL COUNCIL OF INDIA, c2017). No país, a carreira médica é intensamente procurada, uma vez que possui as melhores perspectivas de empregabilidade e rendimento financeiro. Além disso, agrega *status* social e importante valor ao mercado de casamentos, sobretudo para as mulheres (NAGRAL, 2015).

No Brasil, por ano, mais de 33 mil vagas são oferecidas nas 325 instituições que oferecem a graduação em medicina, destas, 208 são particulares (BRASIL, [2017]). A FTS no país não só cresceu com a expansão dos serviços de saúde, como também diversificou o seu perfil. Por exemplo, a municipalização dos empregos, a crescente proporção de ofertas de trabalho em clínicas ambulatoriais, o aumento na flexibilidade dos tipos de contratos trabalhistas e a feminização dos RHS.

Paralelamente, nos sistemas de saúde desses países, mesmo diante das estratégias de fortalecimento do papel do setor público da saúde, por meio da Missão Nacional de Saúde Rural (*National Health Rural Mission*), na Índia, e da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil, o setor privado vem cada vez mais aumentando a sua representação (RAO et al., 2014). A forma como essa participação dinâmica da iniciativa privada impacta nesses sistemas e no contexto de implantação da Cobertura Universal em Saúde ainda é pouco conhecida e merece especial atenção.

O aumento da participação do setor privado na oferta de serviços e na educação em saúde ganhou força diante de uma alteração no papel do Estado inerente às tendências globais do modelo econômico. Da mesma forma, o mercado privado também vislumbrou oportunidades nas medidas que intencionaram a expansão da Cobertura Universal da Saúde e

---

[2] Ver Tabela 1.

na flexibilização de leis e normas quanto à participação do capital privado e do capital internacional, além da ineficiência de estruturas regulatórias.

Diante do contexto global do aumento na participação do setor privado na saúde e da privatização das escolas médicas, além da referida importância não só dos recursos humanos no sistema de saúde, mas também do tempo e outros recursos substanciais investidos para educar e desenvolver profissionais de saúde qualificados, torna-se crucial entender os fatores que afetam o tamanho da futura força de trabalho da saúde para planejar e propor ações mais efetivas e ajustadas a cada realidade (SCHEFFLER; BRUCKNER; SPETZ, 2012). Nesse sentido, o estudo dos casos da Índia e do Brasil pode oferecer elementos que enriquecem o caráter exploratório e potencializar o processo descritivo e analítico acerca das tendências, do crescimento e das preocupações relacionadas ao mercado educacional na saúde.

Esta tese tem como justificativa os elementos aqui apresentados que, sintetizados, podem ser agrupados em quatro argumentos centrais: a) a necessidade de incorporar novos elementos nas políticas e no planejamento dos RHS; b) o fenômeno mundial da privatização das escolas médicas; c) a expansão do ensino superior nos países membros do BRICS (ênfase à expansão das escolas médicas privadas na Índia e no Brasil); e d) a lacuna de informações sobre o papel e o impacto do setor privado na educação médica.

Este estudo está organizado e estruturado em dez seções, além dessa **Introdução**. A primeira, em sequência, traz a **justificativa** do estudo com seus argumentos principais descritos de forma detalhada, a fim de não apenas explicar ao leitor os elementos que motivaram sua realização, mas também destacar a sua relevância e as especificidades das perspectivas de análise.

Em seguida, diante da complexidade do tema e da diversidade de conceitos e abordagens que versam sobre o setor privado, a educação e a saúde, a **seção 2** "**o fenômeno da privatização das escolas médicas"** oferece uma apresentação dos conceitos centrais desta pesquisa, bem como um panorama mundial sobre a expressividade do setor privado, reforçando o argumento da privatização das escolas médicas como um fenômeno global. Diante desse panorama, são expostos os **Objetivos** e, depois, os **Métodos** e as estratégias de pesquisa empregados, bem como as suas limitações e as dificuldades encontradas durante o período de realização deste estudo.

Como ferramenta de suporte conceitual teórico e analítico, esta tese apresenta, na **seção 5, o Quadro Conceptual** com um modelo teórico de análise das escolas médicas privadas. Um esforço da autora em propor um instrumento que convergiu as evidências e os

fatores de influência e determinação da dinâmica do mercado de trabalho em saúde e identificou as variáveis cujos efeitos têm potencial impacto para o alcance da Cobertura Universal em Saúde. Além disso, o modelo é apresentado graficamente e configura-se em um componente esquemático e visual à compreensão das análises realizadas neste estudo.

Em continuidade, a **seção 6**aborda os **"Sistemas de saúde e de educação médica"** expondo as singularidades da Índia e do Brasil, destacando a participação do setor privado em ambos os sistemas. A descrição oferece os mesmos componentes para os dois países, uma característica essencial para a realização de estudos comparativos, e apresenta, ao fim, um quadro síntese das similaridades e diferenças sistêmicas entre os dois países.

Em seguida, nas **seções 7 e 8,** estão os **Resultados** da tese. A seção 7 apresenta os resultados referentes ao *Scoping Review* dispostos nas categorias analíticas que, nesta tese, podem igualmente serem nomeadas de variáveis, conforme disposto no modelo teórico analítico. Já a seção 8 exibe a sistematização dos dados secundários referentes ao número de escolas, número de vagas e localização das escolas. O olhar mais crítico sobre as informações mostra ainda não só a relação da distribuição das IESP com o Produto Interno Bruto (PIB) de cada Estado, como também os aspectos relativos à regulação e à qualidade/performance nos dois países.

Por fim, a **Discussão** realizada (**seção 9**) busca sistematizar os principais elementos dos resultados deste estudo amparados no modelo conceptual descrito e as **Conclusões (seção 10)** que incluem também possíveis contribuições na agenda de investigação e futuras políticas de RHS.

1 JUSTIFICATIVA

A relevância deste estudo se justifica basicamente em quatro argumentos: a) a necessidade de incorporar novos elementos nas políticas e no planejamento dos RHS; b) o fenômeno mundial da privatização das escolas médicas; c) a expansão do ensino superior nos países membros do BRICS (ênfase à expansão das escolas médicas privadas em dois países membros – Índia e Brasil); e d) a lacuna de informações sobre o papel e o impacto do setor privado na educação médica.

Parte-se do pressuposto de que a FTS é elemento estruturante do sistema de saúde. Há vasta literatura que aponta a essencialidade dos profissionais de saúde para o desenvolvimento e fortalecimento de sistemas de saúde mais equânimes e sustentáveis (DARZI; EVANS, 2016; SOUSA et al., 2013; WHO, 2016). Uma diversidade de esforços vem sendo empenhada na tentativa de minimizar os efeitos não apenas da escassez desses profissionais, como também das desigualdades na distribuição geográfica e das incongruências entre a formação e o perfil de competências necessárias aos sistemas de saúde e às necessidades das populações. Contudo, ainda que diversos governos reconheçam essa importância, muitos são os estudos e análises que diagnosticam a permanência desses desafios (DAL POZ; PIERANTONI; GIRARDI, 2013).

O potencial de influência das forças de mercado, na escolha da carreira dos profissionais de saúde, é com frequência maior do que aquela exercida pelas políticas públicas e pelas estratégias de muitos governantes (McPAKE et al., 2015). Há uma necessidade de estudos que descrevam e analisem a influência, as tendências e o impacto das “dinâmicas do mercado de trabalho em saúde”, nomeadamente o mercado da saúde, mercado da educação e o mercado de trabalho em si, nos sistemas de saúde e, consequentemente, no planejamento de RHS.

Frequentemente, o argumento mais utilizado para o planejamento da FTS é a abordagem baseada “na oferta e na demanda”, a qual negligencia alguns componentes importantes e que afeta, de forma bastante direta, a FTS. Estudo de Bloor e Maynard (2003) ressalta que há uma falta de atenção aos princípios econômicos básicos nos modelos de planejamento de RHS. Os autores destacam que o papel dos incentivos financeiros é largamente ignorado, e as elasticidades de oferta no mercado de trabalho são, na maior parte, desconhecidas e mal pesquisadas. Segundo estudo realizado por Murphy et al. (2016), diferentes abordagens para o planejamento de RHS são apropriadas para diferentes regiões, dependendo de seus respectivos contextos e dos objetivos de seus sistemas de saúde e,

portanto, das questões de política que estão sendo enfrentadas. Dessa maneira, “a dinâmica do mercado de trabalho em saúde” pode ser utilizada como uma ferramenta que oferece “ajustes” importantes no planejamento de RHS.

Paralelamente, o número estimado de profissionais de saúde, tendo em vista as necessidades de saúde da população, não coincide necessariamente com o número mais adequado, considerando a demanda por esses trabalhadores. Isso se deve à capacidade econômica e a outras condições de mercado dos sistemas de saúde (LIU et al., 2016)

A análise da dinâmica do mercado de trabalho em saúde colabora para medidas mais ajustadas no planejamento e na formulação de políticas de RHS. Além disso, essas forças interagem intimamente com a formação em saúde e, portanto, com as instituições de ensino superior (IES) e apresentam comportamentos distintos de acordo com o nível de desenvolvimento de cada país. O perfil das escolas privadas em saúde é uma evidência nesse aspecto. Fato que se liga ao segundo argumento, cuja justificativa está descrita a seguir.

A compreensão da formação da força de trabalho está intrinsicamente vinculada ao desenvolvimento econômico, e apresenta consequências sociais, econômicas e políticas importantes. Torna-se difícil supor que largas economias atinjam estágios avançados de desenvolvimento sem elevados níveis de inovação e de qualidade na educação, por exemplo, os quais podem ser considerados componentes básicos para se colocar um país na vanguarda da “sociedade da informação” (CARNOY et al., 2013). Nesse sentido, é crucial o entendimento de como se dá o funcionamento das universidades, no processo de formação de recursos humanos, em termos de mercado, uma vez que essa realidade nem sempre é incluída na descrição pública da sua função e recebe, com frequência, uma conotação negativa (DEMIN, 2017).

O ensino superior já foi identificado como um importante e lucrativo setor de investimentos da iniciativa privada (MCP-6246…, 2015; HADDAD; GRACIANO, 2004),cujo interesse não é restrito à educação. Uma evidência é o crescimento e desenvolvimento do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS)[3]; ou seja, dos segmentos produtivos e de prestação de serviços da área da saúde. Nessa perspectiva, as IES, consideradas como componentes do CEIS, seriam agentes do desenvolvimento econômico, alicerçados, sobretudo, nos processos de inovação, na ampliação do acesso, na privatização e

[3] Por CEIS, compreende-se a 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 (CORDEIRO, 1980).

no financiamento (DAL POZ; COUTO; FRANCO, 2016). Esses elementos permitem associar o aumento da participação do setor privado na saúde, de forma geral, a uma relação de interdependência entre os segmentos produtivos e de prestação de serviços, entre os quais, as escolas médicas (DAL POZ; COUTO; FRANCO, 2016).

Em 2001, por exemplo, o setor privado movimentava cerca de 20% do mercado da educação, percentual que corresponde atualmente a mais de US$ 400 bilhões. Recentemente, as projeções de lucro foram estimadas em torno de US$ 1,4 trilhão para 2020, em consequência do aumento do número de matrículas, da globalização da educação e de uma forte demanda por uma força de trabalho qualificada nas chamadas economias emergentes (MCP-6246…, 2015). Nessa lógica, Brasil, Índia e China, além dos países membros da *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD), foram considerados os mercados mais prósperos para investimentos no ensino superior por efeito da expressiva demografia, aliada à insuficiência desses serviços.

A análise do crescimento mundial da participação do setor privado nas IES neste estudo é direcionada para o fenômeno da privatização das IES em saúde, cujo impacto ainda é pouco avaliado, sobretudo na formação de médicos (DAL POZ; COUTO; FRANCO, 2016).

Por privatização[4], este estudo compreende a expansão de instituições privadas de ensino superior que oferecem cursos de graduação em medicina. Sobre esse processo, é possível ainda destacar que essas IES são dirigidas por pessoas físicas ou jurídicas, e não mais pelo Estado; além disso, há uma tendência de perceber o aluno como consumidor e a educação como um produto (JOHNSTONE, [2000]). Paralelamente, o processo depende do forte apelo das marcas de IESP, da concorrência, da exploração de nichos de mercado com profissões socialmente prestigiadas, *marketing* agressivo e políticas de preços orientadas para o lucro (SCHEFFER; DAL POZ, 2015).

Esses elementos associam-se ao terceiro argumento sobre a escolha de dois países do BRICS, a Índia e o Brasil. O bloco BRICS passou de 11% para 30% de representação no PIB mundial (entre 1990 e 2014) (BREMMER, 2017)e cuja influência dos países membros na agenda da saúde global tem aumentado significativamente. Já no contexto da internacionalização do ensino superior, a educação médica mostra tendências que a destacam

---

[4]A utilização do termo neste estudo também levou em conta os resultados obtidos no *Scoping Review*, os quais permitem a exploração da literatura para a melhor definição e nova conceituação dos elementos de pesquisa. A análise identificou que a expressão *privatization* é utilizada de forma vasta na literatura internacional e tem consonância com a definição aqui apresentada. Os resultados do *Scoping Review* são apresentados no capítulo 7.

de outras profissões (WAGHMARE et al., [2015]). Efeitos dessa realidade são percebidos com a comercialização e a privatização do ensino em medicina.

Índia e Brasil ocupam, respectivamente, a primeira e a terceira posição no mercado global do ensino superior privado, o segundo lugar é dos Estados Unidos (PROPHE..., c2000) (Tabela 1). A Índia é o país que possui a maior quantidade de cursos de medicina privados no mundo e onde o crescimento é mais documentado (McPAKE; CORREIA; LÊ, 2017). Ainda assim, sofre com a escassez de médicos e com as desigualdades na distribuição geográfica desses profissionais. Já o Brasil apresenta uma das maiores participações do setor privado no ensino superior do mundo, ao lado da Indonésia, Japão, Filipinas e Coreia do Sul (ALTBACH; REISBERG; RUMBLEY, 2009). Contudo, pouco se sabe a respeito do mercado educacional em medicina no país. Atualmente, em ambos os países, o número de escolas médicas privadas é maior do que a oferta desse curso no setor público.

Tabela 1 - Os dez países com a maior participação do setor privado no ensino superior de acordo com o número e proporção de vagas

País	**Total de vagas**	***Rank* por total de vagas**	**Privado %**	**Vagas no privado**	***Rank* por vagas no setor privado**
China	23.856.345	1	19,6	4.664.531	4
Índia	21.350.427	2	58,3	12.443.748	1
Estados Unidos	20.427.709	3	27,5	5.617.069	2
Rússia	8.984.977	4	14,7	1.323.348	10
Brasil	6.552.707	5	72,7	4.764.498	3
Indonésia	5.001.048	6	58,2	2.908.383	6
Japão	3.836.314	7	78,6	3.016.964	5
Irã (República Islâmica do)	3.790.859	8	44,9	1.702.572	8
Turquia	3.529.334	9	5,2	181.829	35
República da Coreia			80,7	2.636.972	7

Fonte: Adaptado de PROPHE Global Data (2017)[5].

[5] Os valores expostos na tabela 1 referem-se às informações dispostas no *site* PROPHE. Disponível em: <https://www.prophe.org/en/global-data/country-dimension-tables/ten-largest-systems%E2%80%99-individual-and-aggregated-private-shares/>. Acesso em: 10 jun. 2019. Detalhamento e informações sobre a fonte de dados e especificações de cada país, está disponível em:<https://www.prophe.org/en/global-data/global-data-files/global-enrollment-by-country/>. Acesso em: 10 jun. 2019.

A Tabela 1 destaca também que, entre os dez países com o maior percentual de participação do setor privado, quatro são do BRICS (Brasil, Rússia, Índia e China). No contexto das sete economias emergentes do mundo, agrupadas no *Emerging* 7 (E-7), a Tabela ainda inclui outros dois países: Indonésia e Turquia.

Por fim, poucas são as evidências, particularmente nos países de baixa e média rendas, sobre os efeitos do crescimento do setor privado nas instituições de formação de profissionais de saúde, em especial o mercado educacional em medicina, cujo perfil de comportamento é diferenciado dos outros cursos na área da saúde (FRANCO; DAL POZ, 2018). Da mesma forma, as consequências dessa realidade para o planejamento de RHS, considerando o contexto de implantação da Cobertura e do Acesso Universal em Saúde, também são incógnitas.

Além disso, alguns estudos (DIWAN et al., 2013; NALLALAet al., 2015) já identificaram que a formação em escolas médicas privadas direcionam os seus alunos e, portanto, novos profissionais para as especialidades médicas que nem sempre estão alinhadas às necessidades dos sistemas de saúde e da população. Nesse contexto, a privatização da educação médica é um fenômeno cuja compreensão, tendências e impactos precisam ser melhor investigados.

2 O FENÔMENO DA PRIVATIZAÇÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS

Compreender o cenário da privatização do ensino superior e, sobretudo, das escolas médicas na Índia e no Brasil, exigiu um esforço de diálogo com diferentes campos e setores que, obviamente, não estão limitados aos sistemas de saúde e de educação, mas que aqui estão a eles direcionados. A complexidade do tema e a diversidade de conceitos e perspectivas que podem ser explorados reforça a necessidade de novas abordagens sobre o crescimento do setor privado e suas formas e estratégias de expansão.

O texto em sequência é resultado de um mapeamento geral da literatura que subsidiou o trabalho desenvolvido nesta pesquisa. Assim, apresentam-se aqui os conceitos de privatização e suas especificidades relacionadas ao sistema educacional, bem como uma contextualização dos elementos que direcionaram esse sistema a novas conformações, com destaque para as influências econômicas e políticas. Em seguida, é descrito um panorama mundial da expressividade do setor privado nas escolas de medicina, reforçando o argumento da privatização das escolas médicas como um fenômeno global.

2.1 **O setor privado e a privatização da educação**

O conceito e significado de privatização, como categoria analítica, é bastante difícil e complexo. O binário “público/privado” é frequentemente tratado de forma rudimentar, com adjetivações de “público bom” e “privado ruim”, ou vice-versa, fragilidades metodológicas e produções pouco críticas.

O termo privatização, explorado neste estudo, compreende a expansão do setor privado, que inclui não somente uma variedade de processos, tipos e formas, mas também diferentes arranjos financeiros, relações entre os financiadores, serviços oferecidos e tipos de clientes (BALL, 2007). Acrescenta-se a essa definição o “mercado”, parte cada vez mais integrante e estratégica no funcionamento da máquina pública moderna. O mercado agrega o elemento da competitividade, possui capacidade polimórfica, organização maleável a cada setor e um paradoxo, amplia a proporção de quem pode participar na oferta de serviços e limita a proporção dos que consomem esses serviços a quem pode pagar. Para Polany (2000), a economia de mercado apresenta um perfil predatório e não possui condições sociais de se sustentar sem algum tipo de regulação.

O Estado, de forma geral, sempre adquiriu e vendeu serviços, contudo a velocidade com a qual a privatização passou a ocorrer, sobretudo nas três últimas décadas, foi implacável para a sua consolidação como um **fenômeno**. Essa expansão confirma uma realidade apresentada por Ball (2007), na qual não há serviços isentos de participação do setor privado, o que ainda existem são aqueles em que o setor privado opera com menor ou ínfima expressão (grifo nosso). Nesse contexto, Ball (2007) destaca que há um reposicionamento no papel do Estado para o lugar de fiador, e não apenas provedor ou financiador de bens, como no campo da educação, por exemplo.

A adoção de práticas privadas pelos Estados é bastante comum e, apesar de apresentar registro importante na literatura, há certa dificuldade de percepção dos mecanismos empregados dada a pluralidade de relações e formatos legítimos na atualidade (TRIPODI; SOUSA, 2018). A globalização da educação e a sua internacionalização, sobretudo do ensino superior, direcionam a adoção de políticas e práticas que visam à obtenção de vantagens comerciais e à maior competitividade global (ALTBACH; KNIGHT, 2007). Somam-se a isso as políticas específicas adotadas pelos diferentes países no campo da formação e, no caso deste trabalho, da educação superior em saúde, mais propriamente a medicina.

Para Ball (2007), há uma relação imbricada entre o novo gerenciamento público[6], o mercado e o crescimento do setor privado na prestação de serviços, até então, maciçamente, ofertados pelo Estado. Para o autor, a criação do mercado dos serviços de assistência social foi um precursor do mercado no serviço educacional. O interesse dos Estados em privatizar o ensino superior e incentivar investimentos nesse setor não é sinônimo de que a educação seja uma prioridade para os governos nacionais. Em verdade, segundo Tripodi e Sousa(2018), o setor público se tornou uma ótima oportunidade de rendimentos e as mudanças ocorridas nos sistemas de educação ampliaram a permeabilidade[7]ao setor privado

Segundo Williams (2016), desde os anos 1960, a contribuição do ensino superior é significativa para a economia não só porque o grau de instrução interferiu na maneira e no modo de produção da época, uma vez que tornou os formandos mais produtivos do que teriam

---

[6] No âmbito da gestão pública, compreende-se como "novo gerenciamento público" o movimento e as iniciativas desse setor em aplicar os métodos empregados no setor privado. Esses métodos têm o objetivo de otimizar os processos em substituição às clássicas burocracias, além disso, focam na custo-efetividade, na liberdade de escolha do serviço e na inovação. Um tom "moderno" é então impresso ao dito arcaico e engessado modo de gestão pública (BALL, 2007; TRIPODI *et al.*, 2018).

[7] Para Marques (2000), a expressão "permeabilidade" refere-se aos efeitos da reunião ou sobreposição do Estado e do setor privado nas diversas etapas da produção e entrega de políticas públicas. Segundo o autor, os efeitos podem assumir diferentes contornos dependendo do padrão relacional estabelecido em um dado momento, sob certas condições históricas, sociais, políticas e econômicas.

sido de outra forma, como também pelos avanços no campo científico que permitiram melhorar a eficiência econômica. Em 2014, cerca de 20% do total de empregos em países desenvolvidos estavam vinculados à educação e à saúde, em geral, financiados por impostos e taxas públicas (PIKETTY, 2014). As tendências de crescimento econômico de ambos os setores, destacadas por Piketty (2014), estavam vinculadas diretamente a dois elementos: o componente demográfico e o componente econômico. Componentes que também podem ser aplicados e associados à privatização da saúde e do ensino.

O crescimento da economia, a abertura do comércio internacional e o aumento da demanda por acesso ao ensino superior não permitiriam que a educação se isolasse das correntes políticas e culturais da "sociedade moderna"[8]. Piketty (2014), por exemplo, cita três pressões que direcionaram as mudanças no ensino superior: a pressão financeira, a pressão sociopolítica e a pressão ideológica. O que se identifica mundialmente é que essas forças tensionaram mercados em diferentes continentes.

Até a década de 1980, tanto na América Latina como na Europa, as universidades estavam ligadas maciçamente a dois grupos: público, estatal e laico; e católicos, com a maioria também dependente de recursos públicos (DURHAM, 2003). A religião teve um pioneirismo importante no estabelecimento do setor privado educacional nas Américas. Na América Latina, por exemplo, a primeira onda de IESP no séc. XIX foi claramente dominada pela Igreja Católica (TEIXEIRA et al., 2017).

Para Altbach (1999), a evidência da privatização do ensino superior pode estar associada a um aumento na demanda por acesso a universidades e à incapacidade ou falta de interesse dos Estados em promover a formação universitária como um bem público. O aumento da participação da iniciativa privada na educação superior é percebido de forma exponencial em vários países. O continente asiático, em 2010, tinha 36,4% do ensino superior privatizado, com destaque para países com maioria privada, como Japão, Coreia, Taiwan, Indonésia e Filipinas (ALTBACH, 1999; LEVY; ZUMETA, 2011). Destacam-se também os países da Europa Central e Oriental e a expressividade da América Latina, cuja proporção de participação privada (48,6%) é muito próxima da pública(51,4%) (ALTBACH, 1999; LEVY; ZUMETA, 2011).

A velocidade do processo de privatização do ensino superior tem sido um dos crescimentos mais dinâmicos e acelerados no setor da educação em todo o século XXI

[8] A utilização de aspas na expressão "sociedade moderna" vincula a compreensão do termo "moderno" à forma de organização das sociedades do séc. XXI; ou seja, ao liberalismo econômico e a globalização.

(ALTBACH, 1999). Segundo os dados apresentados na base global do Programa para Pesquisa na Educação Privada, do inglês *Program for Researchon Private Higher Education* (PROPHE), referentes a 2010, a Índia é o país que ocupa primeira posição no mundo no *ranking* dos sistemas educacionais com maior número absoluto de matrículas no setor privado (12.443,748), a segunda posição é dos Estados Unidos (5,617,069), seguido pelo Brasil (4,764,498), China (4,664,531) e Japão (3,016,964), como pode ser visto na Tabela 1 (PROPHE..., c2000). A base de dados ilustra também a maior participação do setor privado no sistema educacional ocorria nos países em desenvolvimento (37,8%) em relação aos países desenvolvidos (25,2%) (PROPHE..., c2000).

A forma de organização e de relação entre as IESP e a sociedade pode se dar de diferentes maneiras e concepções, as quais buscam, em seu fim, integrar o ensino superior à economia. Para a teoria do *"Capitalismo Acadêmico*", a educação é uma valiosa mercadoria a ser comercializada e consumida, indo além do pensamento do estudante como consumidor para considerar a instituição como comerciante. O que se propõe e se anuncia é a venda não só de um serviço, mas de um estilo de vida (SLAUGHTER; RHOADES, 2004).

Nesse contexto, os investimentos são direcionados para tornar a instituição um item de consumo mais atraente, no qual o *marketing* utilizado serve para atrair pessoas com capacidade de pagamento. Segundo a Teoria do "*Capitalismo Acadêmico"* de Slaughter e Rhoades (2004), esse mercado competitivo não favorece as populações de menor renda e de maior vulnerabilidade econômico-social. Portanto, é mais provável que menor atenção seja dada aos aspectos educacionais propriamente ditos, não só aqueles relacionados à qualidade, como também ao acesso e à equidade.

As consequências do aumento da iniciativa privada na educação superior, e também na saúde, são, em geral, controversas e marcadas pela participação central de agências internacionais como o Banco Mundial e a Organização Mundial do Comércio (ALTBACH; REISBERG; RUMBLEY, 2009). Na área da educação, as IESP podem apresentar autonomia total ou parcial e serem privadas com ou sem fins lucrativos, este último, apesar da nomenclatura, não impede a obtenção de rendimentos. Da mesma forma, apresentam estrutura, tipo de atividades, composição societária, financiamento, entre outros aspectos bastante variáveis, o que torna difícil estabelecer padrões.

A pluralidade de arranjos do mercado privado na educação superior também é perceptível quanto ao perfil econômico dos países. Assim, em regiões mais desenvolvidas e ricas, as escolas privadas são, em maioria, classificadas como instituições de excelência com

destaque e relevância na produção de inovação, ciência e tecnologia. Já em países com economias menos expressivas, as IESP oferecem pouco, ou mesmo nenhum, estímulo à pesquisa. Além disso, operam na lógica de absorverem a parcela da população que não conseguiu acesso às instituições públicas (*demand-absorving*) (ALTBACH; REISBERG; RUMBLEY, 2009).

2.2 **A privatização das escolas médicas - um panorama global**

A privatização das escolas de medicina no mundo seguiu as tendências da privatização da educação superior, na qual Índia, Estados Unidos e Brasil também ocupam as primeiras posições com expressivos mercados (PROPHE..., c2000; SHEHNAZ, 2010). Dos dez países com o maior número de escolas médicas no mundo, seis são asiáticos; ou seja, além da Índia, citam-se também Japão, Malásia, Coreia do Sul, Tailândia e Filipinas (SHEHNAZ, 2011).

A Ásia possui 44% do total de escolas médicas no mundo e dispondo de um total de número de vagas que, proporcionalmente, corresponde a cerca de 60% da população mundial. Apesar dessa particularidade e da expressividade numérica, o continente asiático possui uma densidade de médico por habitante menor do que na Europa e nos Estados Unidos. Paralelamente, a qualidade da formação médica e os modelos pedagógicos adotados são frequentemente questionados e alvos de críticas (AGARWAL, 2007; DEO, 2009; BEARAK, 2016). Na Índia, por exemplo, no que se refere à qualidade, citam-se as mais de 550 escolas médicas que não produziram nenhum artigo de pesquisa revisado por pares em mais de uma década (2005-2014) (BEARAK, 2016).

Estudo recente sobre a privatização das IES na China vincula o expoente crescimento das instituições, após 2003, com a implementação de Leis e Regulamentações que encorajaram setores não governamentais e indivíduos a investirem na educação (HOU et al., 2018). As particularidades do sistema de governo chinês devem ser consideradas e, nesse caso, as escolas privadas pertencem à comunidade e ao seu bem-estar e, portanto, são organizações sem fins lucrativos; além disso, somente em raras ocasiões recebem financiamento do Estado (HOU et al., 2018). De acordo com esses autores, o país dispõe de

123 IESP, das quais, 32,8% são escolas médicas[9] responsáveis pela formação de 17,3% da força de trabalho em medicina.

Ainda no continente asiático, até o ano de 2011, por exemplo, 100% da formação médica eram oferecidas por instituições privadas em países como Yemen, Bahrain e Qatar (n=4, n=2 e n=1 respectivamente) (SHEHNAZ, 2011). No mesmo período, vale destacar a expressividade do mercado privado, em relação ao total de instituições, no Nepal (77%, n=13), Bangladesh (63%, n=40) e Paquistão (53%, n=64) (SHEHNAZ, 2011).

Na Grécia, Holanda, Portugal e nos países da Ásia Central (Uzbequistão, Cazaquistão, Quirguistão, Tadjiquistão e Turcomenistão), o ensino médico é totalmente público. No Reino Unido e na Alemanha, há apenas uma universidade privada de medicina, na Espanha 7,14% (n=28), na Oceania e na Austrália o percentual é de 10,5% (n=19) (SCHEFFER; DAL POZ, 2015). A Região do Caribe também presenciou um crescimento no número de escolas médicas privadas, com destaque para aquelas denominadas “além mar”, as quais são, em sua maioria, instituições com fins lucrativos que têm a finalidade de formar médicos americanos e canadenses que pretendam regressar aos seus países para o exercício profissional (ECKHERT, 2010; SCHEFFER; DAL POZ, 2015).

Na África subsaariana, 25,6% (n=168) das instituições médicas são privadas (MULLANet al., 2011). O setor privado investiu fortemente na formação em medicina nos países da América Latina. O Chile, por exemplo, possui 58,33% (n=60) das escolas privadas.

A privatização das escolas médicas no Brasil tem diversas particularidades destacadas no estudo de Franco (2016), entre as quais, a não existência de vagas ociosas e a elevada relação candidato/vaga. A Índia é o país onde essa expansão está mais bem documentada, incluindo uma vasta publicação na mídia nacional de escândalos de corrupção nas intuições privadas de medicina, especialmente porque, no país, por lei, somente são permitidas IESP sem fins lucrativos. As especificidades dos casos desses dois países são apresentadas e detalhadas na seção que contempla os resultados desta pesquisa.

As informações gerais aqui expostas, sobre o cenário mundial da presença e crescimento do setor privado na formação em medicina, revelam a dimensão e a proporção desse mercado cujas consequências ainda não são totalmente conhecidas. A formação de

---

[9] Nesse percentual, são apenas consideradas as escolas de Medicina Clínica, por apresentarem características mais semelhantes à formação de Bacharel em Medicina do Brasil. O sistema educacional chinês é bastante complexo e, no que se refere à formação em medicina, inclui também a Medicina Tradicional Chinesa, o modelo que integra a Medicina Ocidental à Chinesa, entre outros (HOU *et al.*, 2018a).

profissionais de saúde segue como elemento central da agenda política dos sistemas de saúde que buscam superar doenças e agravos atemporais, deste século e do século passado, como os casos de cólera e de câncer, por exemplo. O estudo dos casos da Índia e do Brasil, pertencentes ao mesmo bloco econômico, busca revelar tendências com potencial de aplicabilidade e ocorrência em outros países e Regiões, mesmo com economias e sistemas diferentes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever e analisar o crescimento das escolas médicas privadas na Índia e no Brasil, destacando a dinâmica, as tendências e os desafios do mercado educacional nesses países.

3.2 Objetivos Específicos

Descrever o fenômeno da privatização das escolas médicas na Índia e no Brasil.

Analisar o comportamento e a dinâmica do mercado privado de formação de profissionais médicos e as tendências no contexto da implementação da Cobertura Universal em Saúde.

Comparar as semelhanças e as diferenças da privatização das escolas médicas na Índia e no Brasil.

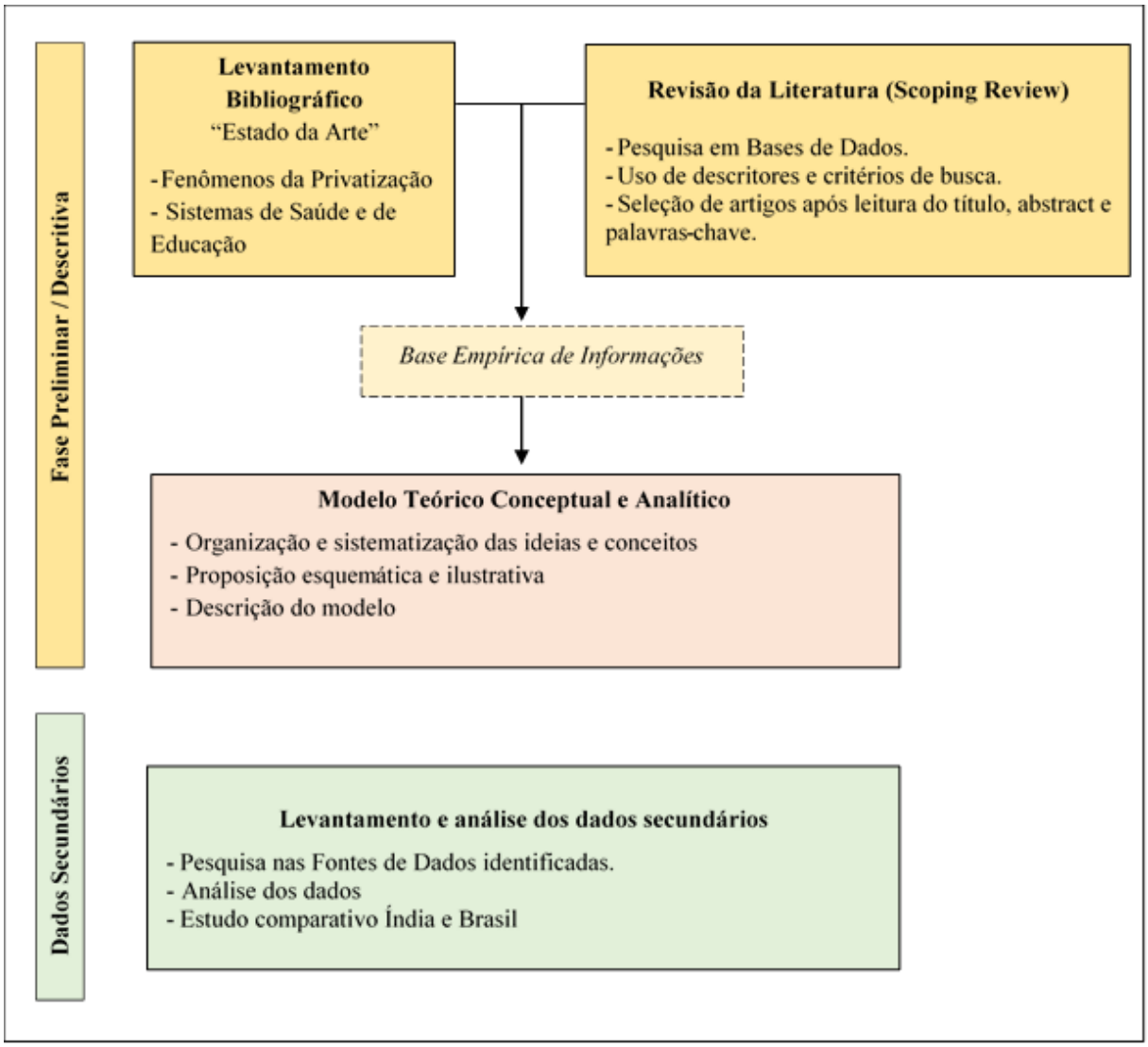
Contribuir para a construção de uma agenda de pesquisa sobre a privatização da formação de medicina.

4 METODOLOGIA

A organização dos métodos empregados em uma pesquisa é elemento essencial e estruturante para que os objetivos propostos sejam alcançados com sucesso. Este estudo traz a originalidade, pré-requisito a ser preenchido em trabalhos acadêmicos de doutoramento, não apenas na escolha do tema proposto, mas também nas estratégias metodológicas adotadas.

Nessa seção, estão detalhados, item a item, cada componente, cujas principais etapas são ilustradas na Figura 1.

Figura 1 - Estrutura e Métodos do Estudo



Fonte: O autor, 2018.

4.1 **Tipo de estudo**

Estudo bibliográfico qualitativo, empírico e transversal de carácter descritivo exploratório baseado em dados secundários.

Em geral, estudos sobre o setor educacional em nível superior possuem caráter empírico e são tipicamente descritivos, concentrando-se em um elemento em particular como subsídios financeiros ou aspectos de direcionamento de carreira, por exemplo (CARNOY et al., 2013). Esta pesquisa não foge a essa característica e trouxe como foco a dinâmica do mercado de trabalho em saúde à luz das escolas privadas de medicina.

Paralelamente, esta tese tem como fonte de informação a literatura existente sobre o tema, bem como dados e informações disponíveis publicamente nas plataformas oficiais de ambos os países estudados.

4.2 **Período do estudo**

Foram coletados dados referentes ao período de 2000 a 2018. A escolha do período se justifica na atualidade dos dados, considerando as estratégias metodológicas adotadas para a pesquisa. Além disso, a partir dos anos 2000, por exemplo, nota-se um ritmo acelerado de crescimento das vagas, ingressos e egressos no curso de medicina bem como uma expansão do setor privado.

4.3 **Cenário do estudo**

Esta pesquisa elegeu como cenário dois países do Bloco BRICS, a Índia e o Brasil.

Os países membros do BRICS aumentaram consideravelmente o quantitativo de profissionais com nível superior no mercado de trabalho, assim como o número de trabalhadores com formação técnica e treinamento técnico específico. Contudo, a efetividade da oferta de um ensino superior de qualidade é contestada frequentemente (CARNOY et al., 2013).

No que se refere à seleção de Índia e Brasil como países representantes, soma-se, aos elementos já apresentados na justificativa deste estudo, o fato de que o relatório mundial de saúde de 2006 já sinalizava como interessante a comparação da FTS entre esses dois países, em razão de padrões similares de comportamento ao longo do tempo (WHO, 2006).

Paralelamente, ambos os países possuem sistemas capitalistas democráticos com forte influência do período em que foram colônias inglesa e portuguesa, respectivamente.

No âmbito do ensino superior, tanto a Índia quanto o Brasil tiveram lentos processos de expansão quando comparados a países em desenvolvimento. Da mesma forma, o processo de ampliação das IES se deu concomitante à abertura ao capital global.

Nesse sentido, esta pesquisa apresentou uma descrição sobre os sistemas de educação e de saúde e sua intrínseca relação com o mercado de trabalho. Paralelamente, uma visão abrangente sobre as especificidades locais de cada sistema e país foi apresentada, a fim de ilustrar similaridades e diferenças. Por fim, essa comparação possibilitou sugerir/inferir generalidades sobre padrões compartilhados nos sistemas de ambos os países, incluindo o questionamento sobre o motivo de esses padrões existirem.

4.4 **Sujeitos do estudo**

As escolas médicas privadas na Índia e no Brasil foram o elemento central de análise deste estudo. Esta pesquisa considera como instituições privadas aquelas administradas por pessoas de direito privado, físicas ou jurídicas, com ou sem intenção de lucro.

De acordo com a legislação indiana, o sistema educacional superior não permite o estabelecimento de IES privadas lucrativas. Já no Brasil, a participação do setor privado lucrativo na educação superior é bastante primitiva, e tem como marco a Constituição da República, de 1891, que facultou sua possibilidade de existência. A atual Constituição vigente no país, de 1988, reafirmou o princípio liberal e, em 1996, por meio da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), o sistema educacional brasileiro alinhou-se às orientações do Banco Mundial e da Organização Mundial do Comércio. A partir de então, o setor privado teve seu crescimento potencializado pela flexibilização, permeabilidade e incentivo do Estado ao setor.

A estrutura educacional de ensino superior indiana está organizada em Faculdades e Universidades. Estas últimas podem ser de cinco tipos, Central Estadual, Acreditada, Privada e Instituto de Importância Nacional (CENTRE FOR CIVIL SOCIETY, 2014). No Brasil, o modelo é organizado em Universidades, Centros Universitários e Faculdades.

No aspecto da educação médica, cabe ressaltar as peculiaridades de cada país estudado, como, por exemplo, as categorias de classificação da educação médica na Índia: o Sistema não Indiano de Medicina, do inglês *No-Indian System of Medicine* - NISM, que é

moderno, e o Sistema Indiano de Medicina e Homeopatia, do inglês *Indian System of Medicine and Homeopathy* - ISMH, que inclui Ayurveda, Unani, Siddha e homeopatia. O Brasil possui apenas um grau para formados em medicina, o bacharelado em medicina. Para fins de comparação, este estudo focou apenas na titulação MBBS da Índia, equivalente ao atual diploma de Bacharel em Medicina no Brasil.

4.5 **Estratégias de coleta e análise de dados**

O estudo combinou diversas estratégias metodológicas, cujas etapas incluíram a revisão da literatura sobre o tema e a construção de uma base empírica de informações, a qual serviu como elemento base para a elaboração do modelo conceptual e de análise desenvolvido neste trabalho. Em sequência, foi realizada a coleta de dados secundários por meio da pesquisa em fontes oficiais de ambos os países. A Figura 1 identifica os métodos empregados nesta pesquisa.

4.5.1 Revisão da literatura

Inicialmente, foi realizado um **mapeamento geral da literatura**, incluindo artigos, livros, teses, relatórios, documentos oficiais e informações da mídia relacionados com a privatização do ensino superior, o mercado do setor privado, a privatização no setor saúde e todas as aproximações inerentes à carreira médica. Da mesma forma, foi necessária maior fundamentação a respeito das estratégias de planejamento e enfrentamento da chamada crise da FTS, bem como do mercado de trabalho em saúde.

A busca desse material foi realizada em diversas plataformas científicas, institucionais, *sites* oficiais da Índia e do Brasil, banco de teses, entre outras. Foram pesquisados *sites* de várias organizações nacionais, como Ministérios da Saúde e da Educação, órgãos representantes da categoria médica, como o *Medical Council of India* (MCI), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) no Brasil, departamentos de estatística e órgãos específicos de informações e dados sobre os RHS. Paralelamente, também foram pesquisados *sites* de organizações internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a OECD e o Banco Mundial.

Quando as funções de pesquisa estavam disponíveis para o conteúdo do *site*, os descritores apresentados anteriormente foram usados. Se a função de pesquisa não estivesse

disponível, as seções desses *sites*, intituladas "Publicações", "Relatórios" ou semelhantes, foram pesquisadas.

Outra estratégia de revisão de literatura foi a metodologia do ***Scoping Review*** *c*om o intuito de revisar a complexidade e o escopo dos materiais já produzidos previamente em relação a transformações na educação superior, entre as quais, a direcionalidade para a lógica do mercado e, por conseguinte, a privatização das escolas médicas.

O método do *Scoping Review* foi eleito, pois permite um mapeamento de evidências por intermédio da utilização de critérios preestabelecidos que, neste caso, correspondem aos elementos já expostos no modelo conceptual, a fim de determinar a extensão e o tipo de informação existente (ARKSEY; O'MALLEY, 2005; LEVAC; COLQUHOUN; O'BRIEN, 2010). Ademais, identifica lacunas da produção acadêmica, o que permite direcionar e sugerir temáticas e estudos adicionais, circunstância que destaca esse método por ir ao encontro de mais de um objetivo deste trabalho (ARKSEY; O'MALLEY, 2005; LEVAC; COLQUHOUN; O'BRIEN, 2010).

A literatura não apresenta um consenso universal acerca das etapas da metodologia *Scoping* (LEVAC; COLQUHOUN; O'BRIEN, 2010; TRICCO et al., 2016). Em geral, parte do método está contido no conjunto das Revisões Sistemáticas guardadas especificidades. O estudo de Levac, Colquhoun e O'Brien (2010) realizou um levantamento interessante que colabora na definição e compreensão da proposta de metodologia *Scoping*, a qual vem sendo cada vez mais utilizada. A Tabela 2 foi traduzida e adpatada deste estudo e sistematiza as definições e propósitos do *Scoping Review*.

Quadro 1 - Definições e Propósitos do método *Scoping Review*

Definição	**Propósito**	**Bibliografia original consultada**
Não fornecida	Mapear a literatura e prever lacunas e abordagens inovadoras	EHRICH, K. et al. How to do a scoping exercise: continuity of care. *Res. Pol. Plan.*, v. 20, n. 1, p. 25-29, 2002.
Mapear rapidamente os principais conceitos que sustentam uma área de pesquisa e as principais fontes e tipos de evidências disponíveis	1. Examinar a extensão, alcance e natureza da atividade de pesquisa 2. Determinar o valor para realizar uma revisão sistemática completa	ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int. J. Soc. Res. Methodol.*, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005.

	3. Resumir e divulgar os resultados da pesquisa 4. Identificar lacunas de pesquisa na literatura existente	
Identificar o estado atual do conhecimento emum contexto de políticas e de práticas	1. Mapeamento de literatura: faz um mapa da literatura relevante, a qual pode variarde relatos gerais para estudos que estão aquém das revisões sistemáticas Frequentemente,envolvem também a síntese de descobertas de diferentes tipos de estudo. 2. Mapeamento conceitual: colabora para estabelecer como um termo em particular é usado, em qual literatura, por quem e com que propósito 3. Mapeamento de políticas: identifica os principais documentos e declarações de agências governamentais e órgãos profissionais que influenciam a natureza da prática nessa área 4. Consulta às partes interessadas: apesar de não constituirem propriamente um *Scoping Review*,colaboram de forma importante na identificação de prioridades de pesquisa, no direcionamento das questões de pesquisa e na validação do escopo da pesquisa	ANDERSON, S. et al. Asking the right questions: scoping studies in the commissioning of research on the organisation and delivery of health services. *Health Res. Policy. Sys.*, v. 6, p. 7, Jul. 2008.
Avaliação preliminar do tamanho potencial e escopo da literatura a ser pesquisada	Visa a identificar a natureza e a extensão das evidências de pesquisa (geralmente incluindo pesquisas em andamento)	GRANT, M. J.; BOOTH, A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info. Libr. J.*, v. 26, n. 2, p. 91-108, 2009.
Envolve a síntese e a análise de uma ampla gama de material de pesquisa e da literatura cinza para fornecer maior clareza conceitual sobre	É geralmente sinônimo de uma investigação preliminar em que a informação é sistematicamente reunida e examinada, a fim de estabelecer pontos fortes e fracos e orientar a tomada de decisão	DAVIS, K.; DREY, N.; GOULD, D. What are scoping studies? A review of the nursing literature. *Int. J. Nurs. Stud.*, v. 46, n. 10, p. 1386-400, 2009.

um tópico ou campo		
Não fornecida	1. Clarifica, define e colabora na definição dos limites conceituais de uma área temática. Não se constitui especificamente em uma revisão sistemática e exclui o uso do quadro de referência para tal determinação 2. Delineia o que já é conhecido e identifica as lacunas na pesquisa existente 4. Analisa conceitualmentee mapeia asevidências empíricas existentes para descrever e interpretar questões que informarão novas oportunidades de pesquisa e desenvolvimento	*National Institute for Health Research* *Service Delivery and Organisation* *Research and Development Programme*
São projetos exploratórios que mapeiam sistematicamente a literatura disponível sobre um tópico, identificando os principais conceitos, teorias, fontes de evidências e lacunas na literatura. Eles são, muitas vezes, preliminares a sínteses completas, mais comumente realizadas quando a viabilidade é uma preocupação - ou porque a literatura potencialmente relevante é pensada para ser especialmente vasta e diversificada (variando por método, orientação teórica ou disciplina) ou há suspeita de que não existe literatura suficiente. Tais circunstâncias implicam a seleção sistemática, coleta e sumarização do conhecimento existente em uma ampla área temática com a finalidade de identificar onde há	Não fornecida	CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH. Knowledge Translation. *CIHR*, 28 July 2016. Disponível em: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html>. Acesso em: 10 jun. 2019.

evidências suficientes para conduzir uma síntese completa ou onde a evidência insuficiente existe e mais pesquisas primárias são necessárias		

Fonte: Adaptado de Levac, Colquhoun e O' Brien (2010, p.02, tradução nossa).

Diante do que foi apresentado, este trabalho elegeu duas estratégias: a primeira relacionada aos critérios de eleição do material de análise, apresentados no Quadro 1; e a segunda pertencente à sistematização das evidências produzidas e às lacunas existentes. Nesse aspecto, a metodologia do *Scoping Review* descreveu e sistematizou as informações quanto aos fatores que impulsionaram a privatização das faculdades de medicina na Índia e no Brasil. Para tal, foram selecionados 26 artigos cujas informações foram organizadas em cinco eixos de análise, apresentados detalhadamente no modelo teórico conceptual. A lista completa dos artigos está disponível no Apêndice A.

As categorias são:

- Financiamento/Custo
- Distribuição Geográfica
- Acesso
- Qualidade
- Regulação/Acreditação

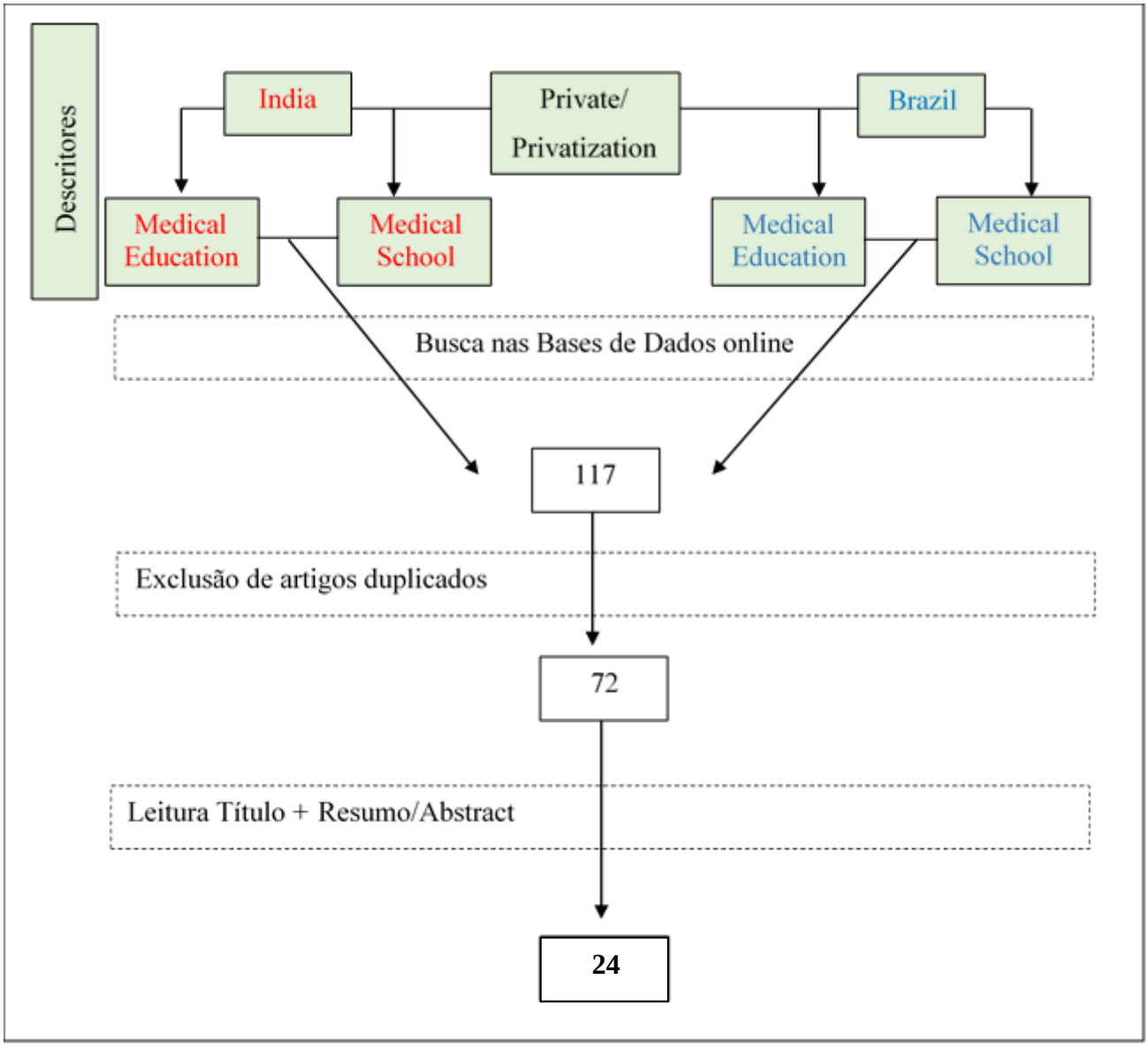
A busca foi direcionada nos bancos de dados eletrônicos: PubMed, Google Scholar e SciELO e teve os critérios destacados no Quadro 1 para seleção do material. Os detalhes dos primeiros resultados da busca de acordo com os descritores utilizados e as etapas estão apresentados na Figura 2.

Quadro 2 - Critérios de inclusão adotado para o *Scoping Review*

Aspectos	**Critérios**
Idioma de publicação	Inglês, espanhol e português
Ano de publicação	2000-2018
Descritores	*Private; Privatization; Medical Education; Medical School; Brazil e India*
Descritores – opção avançada	Busca por artigos cujos títulos ou *abstracts* apresentassem um ou mais termos descritores

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Figura 2- Sistematização das estratégias de Scoping Review



Fonte: Elaboração própria, 2019.

O seguimento das estratégias mencionadas de pesquisa identificou que parte importante das informações disponíveis era apresentada na chamada literatura cinza. Artigos e materiais adicionais também foram identificados[10] e, mediante adoção dos critérios de inclusão, selecionados.

As pesquisas no banco de dados e no *site* renderam de 117 documentos considerados potencialmente relevantes. Os títulos e resumos e/ou resumos executivos desses documentos foram revisados, a fim de garantir os parâmetros de inclusão. Ao final, foram selecionados 24 documentos para revisão de texto completo (Apêndice A).

Considerando o modelo conceptual teórico analítico, uma ferramenta de extração de dados (Apêndice B) foi desenvolvida, com o intuito de facilitar a organização e a sistematização das informações.

Essas etapas do estudo viabilizaram o desenvolvimento do modelo conceptual teórico analítico.

4.5.2 Levantamento e análise dos dados secundários

Nessa etapa do estudo, foram coletados e analisados dados secundários sobre o sistema de saúde e de educação médica, bem como do ensino superior privado de medicina na Índia e no Brasil.

As variáveis selecionadas nessa fase também estão dispostas no modelo conceptual teórico analítico já apresentado e aqui referem-se, sobretudo, ao número de escolas e de vagas ofertadas por tipo de instituição. De forma geral, essas informações foram extraídas dos *sites* do MCI e da plataforma eletrônica do Ministério da Educação no Brasil (e-MEC), durante o estágio realizado no Departamento de Força de Trabalho em Saúde da Organização Mundial da Saúde, em Genebra, de agosto a setembro de 2017. Posteriormente, os dados foram revistos, considerando a atualização das informações e o período do estudo (até 2018). A lista completa das fontes de dados utilizadas nessa etapa, bem como a sua descrição, está apresentada no Quadro 2.

A descrição do panorama de atuação do setor privado na educação médica na Índia e no Brasil possibilitou compreender a dimensão desse mercado, bem como o perfil e taxas de crescimento anuais dos setores público e privado em cada país. Ainda no que se refere à

[10] Parte do material adicional foi coletada por meio da extração de referências da lista final de documentos selecionados.

expansão ao longo dos anos, a coleta das informações permitiu identificar a distribuição das escolas médicas por regiões e sobre a concentração das IESP em determinados espaços geográficos e sua relação no contexto de implementação da Cobertura Universal à Saúde.

As variáveis priorizadas foram contextualizadas com o período do estudo e as políticas nacionais e internacionais voltadas para a formação em saúde e para o mercado, em especial o mercado da educação. Foram identificados diversos documentos oficiais como Portarias, Leis, Decretos, relatórios de gestão, entre outros, disponíveis eletronicamente em *sites* oficiais de ambos os governos nacionais e de agências internacionais.

Paralelamente, este trabalho também realizou uma descrição e análise comparativa dos sistemas de saúde e de educação da Índia e do Brasil, com ênfase na educação médica e nas ferramentas utilizadas para regulação e qualidade do setor privado nessa graduação.

Quadro 3- Fontes de dados

Fontes de dados	**Descrição**	**Dados disponíveis**	**Endereço eletrônico**
Banco Mundial	Site do Banco Mundial com descrição e acesso livre a dados, pesquisas, atualizações, treinamentos, projetos, operações e publicações	Base de dados de livre acesso com indicadores por campo de conhecimento, publicações e pesquisas realizadas pelo Banco Mundial	http://www.worldbank.org/
Global Health Workforce Alliance	Site da Aliança Global sobre FTS	Reportagens, publicações e recomendações do Grupo de Trabalho da Aliança Global	http://www.who.int/workforcealliance/en/
HRH global Resource	*Site* do Centro Global de RHS	Artigos, reportagens, pesquisas avaliativas, informações sobre currículos etc.	www.hrhresourcecenter.org

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e INEP data.	Disponibiliza sinopses estatísticas, Legislação e Normas da Educação Superior	Dados gerais do ensino superior referentes por tipo de estabelecimento, matrícula, função docente, movimento e rendimento escolar, número de ingressos e concluintes para as diferentes modalidades de ensino brasileiras por curso e por ano	http://portal.inep.gov.br/
Literatura cinza	Notícias e informações veiculadas na mídia; periódicos de circulação nacional, periódicos das empresas ou da área, entrevistas, *sites* das instituições de ensino, *sites* de meios de comunicação	Diversos	Diversos
OECD	Está disponível a biblioteca eletrônica OECD. É uma coleção multidisciplinar, cobrindo todas as áreas do conhecimento, com ênfase em Economia e Geografia	Contém periódicos, livros, estatísticas e outras coleções publicadas pela OECD. Destaque para as bases de dados estatísticas interativas.	http://www.oecd.org/
Relatórios de Gestão da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas/OMS)	Algumas ações e programas do MS, como o Programa Mais Médicos são desenvolvidos por meio de Termos de Cooperação com a Opas/OMS	Os relatórios de Gestão apresentam informações sobre os próprios Termos de Cooperação; as ações desenvolvidas e a descrição dos resultados esperados e dos indicadores e metas atingidos. Além disso, também apresentam a previsão orçamentária dos programas	http://www.paho.org/bra/
Sistema de Informações de Graduações em Saúde (SIGRAS-IMS/Uerj)	É uma ferramenta que processa dados da Educação Superior do INEP/MEC, desenvolvidos pela Rede Observatório de RHS/Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj)	Número de vagas, matrículas, inscritos, ingressantes e concluintes, por natureza jurídica, categoria administrativa e organização acadêmica da IES, segundo localização geográfica (município, Estado, união) no país dos cursos das profissões de saúde	http://obsnetims1.tempsite.ws/sigras/

Sistema de Regulação do Ensino Superior do e-MEC	Permite ao público a consulta de dados sobre instituições de educação superior e seus cursos. Abrange as instituições públicas federais e todas as instituições privadas de ensino superior do país. O Cadastro informa dados como a situação de regulação das instituições e dos cursos por elas oferecidos, endereços de oferta e indicadores de qualidade obtidos nas avaliações do MEC	Informações sobre as IES e seus cursos (categoria administrativa e acadêmica, endereço, mantenedora); dados sobre a renovação e reconhecimento dos cursos e número de vagas; indicadores de qualidade obtidos nas avaliações do MEC (indicadores: índice geral de cursos; conceito preliminar de curso, Enade)	http://emec.mec.gov.br/ http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/212-educacao-superior-1690610854/17246-indicadores-de-instituicoes-e-cursos-estao-disponiveis
Ministério da Saúde	*Site* oficial do Ministério da Saúde e dos respectivos programas Ministeriais	Informações sobre os programas e políticas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde	http://portalsaude.saude.gov.br/
Ministério da Saúde e Ministério da Educação	*Site* oficial do Ministério da Educação e dos respectivos programas Ministeriais	Informações sobre os programas e políticas desenvolvidas pelo Ministério da Educação	https://www.mec.gov.br/
Medical Council of India	*Site* com Conselho Nacional de Medicina da Índia. Órgão responsável pela autorização e regulação da carreira médica no país	Informações sobre as IES e seus cursos (categoria administrativa e acadêmica); dados sobre a renovação e reconhecimento dos cursos e número de vagas	https://www.mciindia.org/CMS/
Ministry of Health and Family Welfare	*Site* do Ministério da Saúde e bem-estar social da Índia	Informações sobre os programas e políticas desenvolvidas por esse ministério, bem como produções e documentos oficiais do governo nacional.	https://mohfw.gov.in/medical-education
National Health Portal	*Site* do Ministério da Saúde e bem-estar social da Índia. Fornece informações relacionadas à saúde para os cidadãos da Índia e para servir como um ponto único de acesso para o consolidado informação de saúde	Informações relacionadas aos serviços de saúde e serviços de saúde para todos os cidadãos da Índia	https://www.nhp.gov.in/
PRS Legislative Research	O *PRS* acompanha o funcionamento do Parlamento indiano e trabalha com deputados em todos os partidos políticos e de vários	Fornece uma base de recursos abrangente e credível para aceder a dados específicos do Parlamento, informações de	http://www.prsindia.org/

	Estados	base sobre processos parlamentares e de governação e análise de questões legislativas e políticas fundamentais	
PROPHE	*Site* do Programa de Pesquisa sobre Ensino Superior Privado em todo o mundo. O PROPHE promove estudos e pesquisas sobre o ensino superior privado no mundo	O *site* visa a informar a discussão pública e a formulação de políticas nobre o ensino superior privado. Disponibiliza notícias e produções do grupo e externas	https://prophe.org/
Department of Industrial Policy & Promotion			https://dipp.gov.in/

Fonte: O autor, 2019.

4.6 **Limitações do estudo**

O principal elemento identificado como limitação para este estudo foi a escassez das informações disponíveis. No âmbito da privatização das escolas médicas, percebeu-se que a Índia, ainda que possua seu processo documentado, tem as informações dispostas de forma desordenada em uma infinidade de plataformas oficiais que, recentemente, passaram por processos de modernização de *layout.* Obviamente, a tentativa de tornar o ambiente virtual mais intuitivo facilita o acesso a informações. No entanto, o processo deixou esses ambientes virtuais inacessíveis.

Ademais, grande parte das informações sobre a Índia são disponibilizadas na mídia, cujas fontes primárias nem sempre são acessíveis, seja por ausência da referência ou pela limitação do idioma (hindu). Paralelamente, a diversidade de fontes de informações exigiu um esforço importante para a confirmação de dados, pois, mesmo aqueles acessados em fontes oficiais, traziam dados diferentes.

No Brasil, a publicação relativa à privatização na saúde e no ensino superior ganhou um corpo importante nos últimos anos. Contudo, a especificidade da formação em medicina não foi contemplada. Nesse sentido, compreender essas singularidades ainda é um exercício a ser realizado. Soma-se ainda a identificação de apenas dois artigos científicos sobre o tema da privatização e escolas médicas.

Paralelamente, no que se refere à crescente participação das instituições privadas no ensino superior, sobretudo nas escolas médicas, esta tese não teve o objetivo de descrever o

período histórico desses acontecimentos. A expansão no período da ditadura brasileira, por exemplo, não foi detalhada neste estudo, contudo são indicadas referências bibliográficas ao longo do texto.

Acrescenta-se ainda a complexidade do campo de estudo, que congrega conceitos vastos e de diferentes áreas, exigindo, diversas vezes, a adoção de compreensões mais generalistas que, por serem assim definidas, são também mais superficiais. No entanto, os elementos aqui expostos como fatores limitantes deram igual suporte à justificativa desse estudo.

Por fim, esta tese não pretendeu fazer uma descrição mais aprofundada dos sistemas de saúde da Índia e do Brasil, não apenas pela complexidade de ambos os sistemas; mas, sobretudo, porque não se tratava do objeto de análise desta tese.

4.7 **Questões éticas da pesquisa**

Por se tratar de uma pesquisa com base em dados secundários, o estudo não foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa, mas está de acordo com as normativas éticas nacionais e internacionais.

4.8 **Financiamento**

A aluna-pesquisadora é beneficiária de bolsa de estudos em nível de doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Profissional de Nível Superior (Capes) desde março de 2015. Esta pesquisa tem relação com o projeto de pesquisa do CNPq nº. 405077/2013-0 intitulado “Complexo Econômico Industrial da Saúde, Inovação e Dinâmica Capitalista: Desafios Estruturais para a Construção do Sistema Universal no Brasil”.

Eventuais custos decorrentes de compra de material bibliográfico ou outras despesas relacionadas à obtenção de dados e execução das análises foram cobertos com esses recursos.

Ressalta-se ainda que a aluna-pesquisadora teve sua inscrição homologada pela Capes no edital nº. 19/2016, referente ao Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE), o qual foi realizado no período de abril a novembro de 2017 no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

5 QUADRO CONCEPTUAL: Modelo teórico de análise do mercado de trabalho em saúde

As especificidades do mercado da educação em medicina e o contexto de implementação da Cobertura Universal em Saúde trouxeram a necessidade da proposição de um modelo teórico de análise da dinâmica do mercado de trabalho em saúde. A estrutura desse modelo resulta dos estudos e conceitos que alicerçam esta pesquisa e se justifica nos argumentos já apresentados anteriormente. Além disso, a proposta endossa evidências e conjuga alguns componentes de outras *frameworks* apresentadas na literatura de referência da área.

O esforço de organizar esse quadro conceptual em um modelo visa, obviamente, a estruturar os elementos teóricos para a análise dos casos da Índia e do Brasil, bem como clarear os conceitos envolvidos no contexto do mercado de trabalho em saúde, em especial aqueles relativos ao mercado educacional.

A apresentação gráfica das ideias surge como um componente esquemático e visual que facilita a compreensão das análises realizadas neste estudo. Importa destacar ainda que a simplificação do *layout* é apenas ilustrativa e não negligencia e nem minimiza a complexidade e a amplitude de cada conceito.

O modelo apresenta três eixos conceituais. A composição de cada eixo é enunciada abaixo, seguida pelo detalhamento teórico e em seguida pela apresentação gráfica do modelo.

- Eixo 1 - Composto pelo Sistema de Saúde e Sistema Educacional.
- Eixo 2 - Composto pela Dinâmica do Mercado de Trabalho em saúde, com ênfase nos aspectos educacionais, sobretudo a privatização das escolas médicas.
- Eixo 3 - Composto pela Cobertura e pelo Acesso Universal da Saúde.

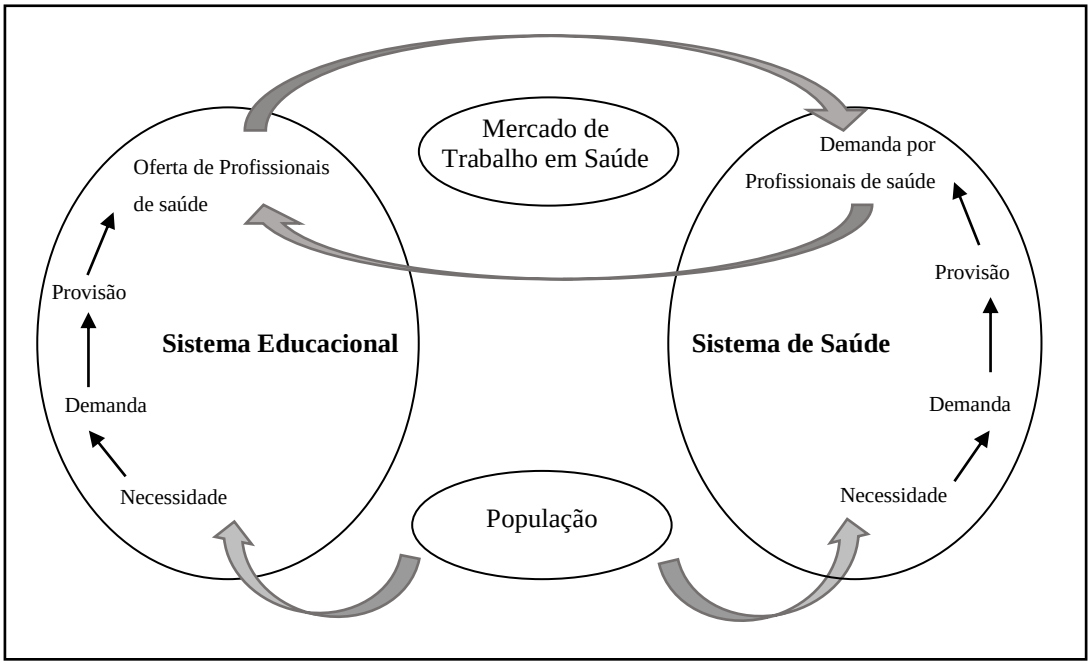
5.1 **Eixo 1 - O Sistema de Saúde e o Sistema Educacional - relações em um modelo**

Este eixo destaca e inspira-se, em parte, na estrutura sistêmica e integrada apresentada pela *Comission on Education of Health Professionals for the 21th Century* (FRENK et al., 2010) a qual destaca uma relação de interdependência primordial entre o sistema de saúde e de educação. Paralelamente, esse *framework* ressalta dois pontos de junção cruciais: o

mercado de trabalho em saúde e a fraca capacidade, sobretudo das populações de baixa renda, de transitar por entre ambos os sistemas.

Na dinâmica de funcionamento ideal desse modelo (Figura 3), as instituições de ensino determinam a quantidade e o perfil dos profissionais produzidos de acordo com o mercado de trabalho em saúde (FRENK et al., 2010). As instituições de saúde sinalizam as necessidades, as quais estão ajustadas às demandas do sistema de saúde e da população. Contudo, desigualdades são geradas pela ação inerente do mercado de trabalho, as quais, segundo os autores, são minimizadas pelo sistema educacional ao responder ao sistema de saúde.

Figura 3 - Modelo estrutural de sistemas



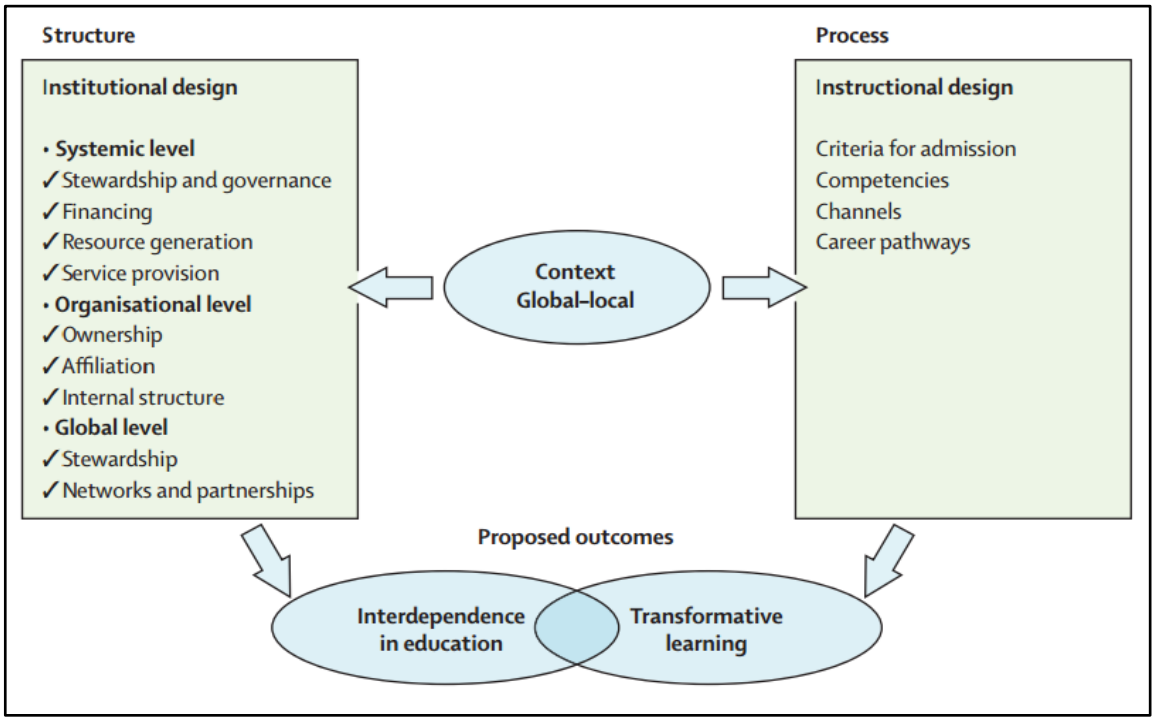
Fonte: (FRENK et al., 2010, p. 1927, tradução nossa).

Esse documento destaca ainda que, com maior frequência, os governos nacionais influenciam a oferta de profissionais de saúde em resposta a situações políticas. Com raridade, essa circunstância tem foco na racionalidade do mercado ou na realidade epidemiológica.

Paralelamente, a estrutura apresentada identifica três dimensões educacionais-chave: o *design* institucional (estrutura), o *design* educativo (processo) e o produto educacional (resultado). Outrossim, adapta o modelo originalmente pensado para compreender a performance dos sistemas de saúde (MURRAY; FRENK, 2000) e ressalta quatro funções

cruciais transponíveis e aplicáveis ao sistema educacional: administração e governança[11], financiamento, geração de recursos e oferta de serviços, dispostos em diferentes níveis estruturais igualmente importantes (sistêmico, organizacional e global) (Figura 4) (FRENK et al., 2010).

Figura 4 - Componentes-chave do sistema educacional



Fonte: FRENK et al., 2010, p. 1928.

O modelo considera as instituições de ensino pertencentes a um conjunto de organizações inter-relacionadas e com funções diversificadas, o que compõe o sistema educacional. Dessa forma, as instituições de ensino são membros estruturantes do sistema de saúde e as instituições de saúde, componentes essenciais do sistema educacional.

---

[11] A expressão *governance* surge a partir de reflexões conduzidas principalmente pelo Banco Mundial, a fim de aprofundar o conhecimento das condições que garantem um Estado eficiente. Pode ser compreendida como “o exercício da autoridade, controle, administração, poder de governo", ou ainda "a maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país visando ao desenvolvimento", implicando sobre "a capacidade dos governos de planejar, formular e implementar políticas e cumprir funções" (WORLD BANK, 1992). Este estudo se utiliza da compreensão de Santos (1997). A qual se refere à governança como o 'modus operandi' das políticas governamentais, contudo, sem restringir aos aspectos gerenciais e administrativos do Estado, tampouco ao funcionamento eficaz do aparelho de Estado. Para a autora, o conceito se relaciona aos padrões de articulação e cooperação entre os atores sociais e políticos e os arranjos institucionais que coordenam e regulam transações dentro e por meio das fronteiras do sistema econômico e social (SANTOS, 1997).

A compreensão dessa relação sistêmica e simbiótica ressalta a importância da inter-relação dessas duas esferas, cujas políticas deveriam ser elaboradas a partir da compreensão desse elo e influir de forma equânime. Assim, os resultados esperados seriam mais ajustados às necessidades dos sistemas e das populações. Paralelamente, vale ressaltar que diferentes configurações no *design* institucional e pedagógico, obviamente, decorrem em variações educacionais.

Como os componentes-chave do sistema educacional proposto pela *Comission* pretendiam intervir no modelo de formação médica, tal como o Relatório Flexner, em 1910, há a proposição de dois resultados: A *Educação Interdependente* e a *Aprendizagem Transformadora,* considerados norteadores das recomendações propostas pelo relatório. Todavia, este estudo não pretende explorá-los, uma vez que compreende ausência direta de relação com os objetivos propostos.

O modelo aqui apresentado explora a parcela dos componentes mencionados, mas não somente. Acrescenta-se ainda o mercado de trabalho, como um elemento de análise transversal, cujo potencial de influência é destacado na literatura. As forças de mercado são consideradas aquelas que determinam a estrutura, o processo e o resultado dos diferentes segmentos, serviços e sistemas. O detalhamento sobre o mercado de trabalho em saúde e suas relações é feito no Eixo 2, apresentado em sequência.

No âmbito do sistema educacional, o ensino superior tem experimentado diferentes fenômenos e mudanças com influência, sobretudo de dois grandes fatores: a globalização e a internacionalização. A globalização foi e é a responsável pela ambientação do contexto acadêmico aos desafios do século XXI, e pode ser definida pelo crescimento e integração da economia mundial, novas tecnologias no campo da informação e da comunicação, além do estabelecimento e consolidação de uma rede dinâmica de conhecimento internacional (ALTBACH; KNIGHT, 2007; MARGINSON; VAN DER WENDE, 2007). Já a internacionalização é definida por Altbach e Knight (2007) como a variedade de políticas e de programas que as instituições de ensino e os Estados adotam como estratégias de imersão no mundo global e resposta às suas demandas.

Ainda que as transformações desse sistema sejam reconhecidas, descritas e caracterizadas com certo padrão, elas apresentam singularidades e intensidades ajustadas aos contextos locais e nacionais. A expansão do sistema educacional, por exemplo, é diversa no modelo de ampliação, nas características jurídicas e formatos institucionais, no financiamento,

na articulação do Estado com a sociedade e outros atores, e assim por diante. Da mesma forma, o impacto da relação com o sistema de saúde varia.

Paralelamente, fenômenos como o aumento na mobilidade internacional de estudantes e professores, a competitividade por vagas, a massificação do ensino superior são algumas realidades com impacto direto na formação de profissionais em saúde. Não apenas na quantidade, sobretudo pelo aumento do número de instituições e de vagas, mas também na qualidade da formação e na distribuição geográfica das escolas e dos trabalhadores, o que tornam as iniquidades ainda mais expressivas.

Desigualdades no sistema educacional, de forma geral e no caso específico da saúde, estão intimamente ligadas ao desfecho e ao *status* de saúde de uma população. Dessa maneira, compreender as especificidades de ambos os países abordados neste estudo em seus sistemas de saúde e de educação é fundamental.

5.2 **Eixo 2 - Dinâmica do Mercado de Trabalho em saúde, com ênfase nos aspectos educacionais, sobretudo a privatização das escolas médicas**

O mercado de trabalho em saúde é um sistema dinâmico composto por duas forças econômicas distintas e inter-relacionadas: a oferta de trabalhadores de saúde e a demanda por esses trabalhadores. A interação entre elas determina a remuneração dos trabalhadores, seja tanto na forma de salários, de subsídio e benefícios, como na forma de auxílio moradia, por exemplo, o número de trabalhadores empregados e a carga horária de trabalho. Essas forças do mercado de trabalho também interferem de forma determinante na localização geográfica dos trabalhadores de saúde e na escolha do ambiente de emprego (hospitais, clínicas, unidades de atenção primária e assim por diante) (LIU et al., 2016; SCHEFFLER; BRUCKNER; SPETZ, 2012; SCHEFFLERet al., 2018).

A identificação das necessidades de saúde de uma população determina o seu *status* de saúde e, por fim, a demanda por serviços de saúde e recursos humanos (VUJICIC; ZURN, 2006). Esse “modelo” e seus elementos, aqui em destaque, merecem algumas considerações.

A relação aparentemente linear de causa e efeito é bastante complexa e seus elementos merecem destaque individual considerando os direcionamentos e metas ambiciosas para sistemas de saúde mais equânimes, integrais e que estejam alinhados aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e à Cobertura Universal da Saúde.

No entanto, essa abordagem baseada em necessidades negligencia outros fatores importantes que influenciam o tamanho da mão de obra de saúde, notadamente a dinâmica do mercado de trabalho que é definida pelas interações entre demanda e oferta (McPAKE et al., 2013). Não se deve presumir que os mercados de trabalho são sempre "claros"; ou seja, que a oferta e a procura de trabalhadores correspondem perfeitamente. Há uma série de razões para um desequilíbrio entre a demanda e oferta para os trabalhadores.

A compreensão entre *status*, necessidade de saúde e demanda por saúde tem a magnitude dos diferentes níveis e estado de saúde de uma população, podendo ser identificada por meio da utilização de inúmeras variáveis como o perfil de carga de doenças, taxas de mortalidade e morbidade, expectativa de vida, qualidade de vida, entre outras.

A relação entre *status* de saúde e os recursos humanos necessários para que se mantenha ou se eleve certo *status* com base no perfil de carga de doença está diretamente vinculada à ampliação das capacidades de educação e à capacitação para aumentar a oferta de trabalhadores de saúde para fornecer esses serviços. O aumento na oferta corresponde a uma maior densidade de trabalhadores, o que repercute positivamente em indicadores de saúde, como a mortalidade materna e infantil, por exemplo (WHO, 2006).

Usualmente, são utilizadas quatro formas de planejamento de RHS: baseadas na necessidade, na oferta e na demanda, nos padrões dos serviços e na proporção entre a força de trabalho e a população (DUSSAULT; ADAMS; OURNIER, 1997). Destes, o argumento mais frequentemente utilizado é a oferta e a demanda. No entanto, na prática, a relação, entre esses elementos, adquire maior complexidade, uma vez que a capacidade real de RHS observada em uma determinada localidade é, muitas vezes, diferente do que está identificado como necessidade da população, tendo em vista que as necessidades são variáveis.

Um modo de perceber a relação entre o *status* de saúde de uma população e suas necessidades de saúde seria a possibilidade do *status* de saúde de determinada população melhorar qualitativamente a partir da oferta de serviços de saúde. Contudo, não importa o quanto de serviços sejam oferecidos para a população, sempre haverá necessidades não satisfeitas, pois a disponibilidade de serviços não implica a obrigatoriedade da sua utilização. Aspectos demográficos, sociais, culturais, de gênero e referentes aos próprios profissionais de saúde, por exemplo, são elementos que colaboram na definição de consumo dos serviços de saúde. Além disso, aspectos econômicos imprimem forte influência na determinação das necessidades de saúde, podendo gerar benefícios, privilégios e colaborar na produção de novas “necessidades” (CAMARGO JR., 2007).

Necessidade de saúde pode ser compreendida como a diferença no estado de saúde verificado por meio de indicadores de saúde em dois momentos no tempo e que determinam os serviços e os recursos a serem ofertados (DUSSAULT; ADAMS; OURNIER, 1997). A medida é complexa, multidimensional, multicausal e alvo de constantes mudanças, como envelhecimento da população e epidemias, por exemplo, o que sugere o envolvimento de outros setores, além da saúde.

A definição do que é necessário ofertar, a partir das necessidades, implica em recursos. O questionamento seguinte contemplaria o nível de recursos necessários para assegurar que as necessidades sejam assistidas. A demanda de RHS depende de fatores como produtividade, performance, formação e qualificação dos profissionais, tecnologia disponível, financiamento, além de outros elementos. Diversidades importantes são facilmente identificadas entre países e no mesmo país, como é o caso da Índia e do Brasil, o que torna a contextualização local imprescindível.

Ainda na perspectiva da demanda, três setores influenciam e moldam o mercado de trabalho em saúde: o setor público, o setor privado, e os doadores (agências, instituições, pessoas físicas).

O setor privado é uma força emergente no mercado de trabalho dos trabalhadores da saúde tanto do lado da procura como da oferta. No lado da demanda, as Organizações não Governamentais (ONG) aumentaram a sua participação e, no que se refere à oferta, as escolas médicas privadas representam o setor. Essa contribuição e a sua interação com o setor público estão redefinindo o modo como alguns países produzem, distribuem e administram os trabalhadores da saúde (SOUCAT; SCHEFFLER; GHEBREYESUS, 2013).

Nesse contexto, a influência das forças de mercado ganham destaque, uma vez que interferem na demanda de vagas em universidades e programas de residência, fato que, consequentemente, interfere na escolha profissional dos estudantes (McPAKE et al., 2015). Essa influência, com frequência, se sobrepõe às políticas governamentais na escolha da carreira.

No mundo, há um movimento de crescimento exponencial das IESP, sobretudo com fins lucrativos e em países em desenvolvimento. Evidência que altera o perfil até então predominante de formação médica, por meio de instituições públicas, e destaca um comportamento voltado aos interesses de mercado com clara intenção de lucro.

Em 2001, por exemplo, o mercado educacional mundial era responsável por 5% dos empregos e movimentava US$ 2,2 trilhões anualmente no mundo (HADDAD; GRACIANO,

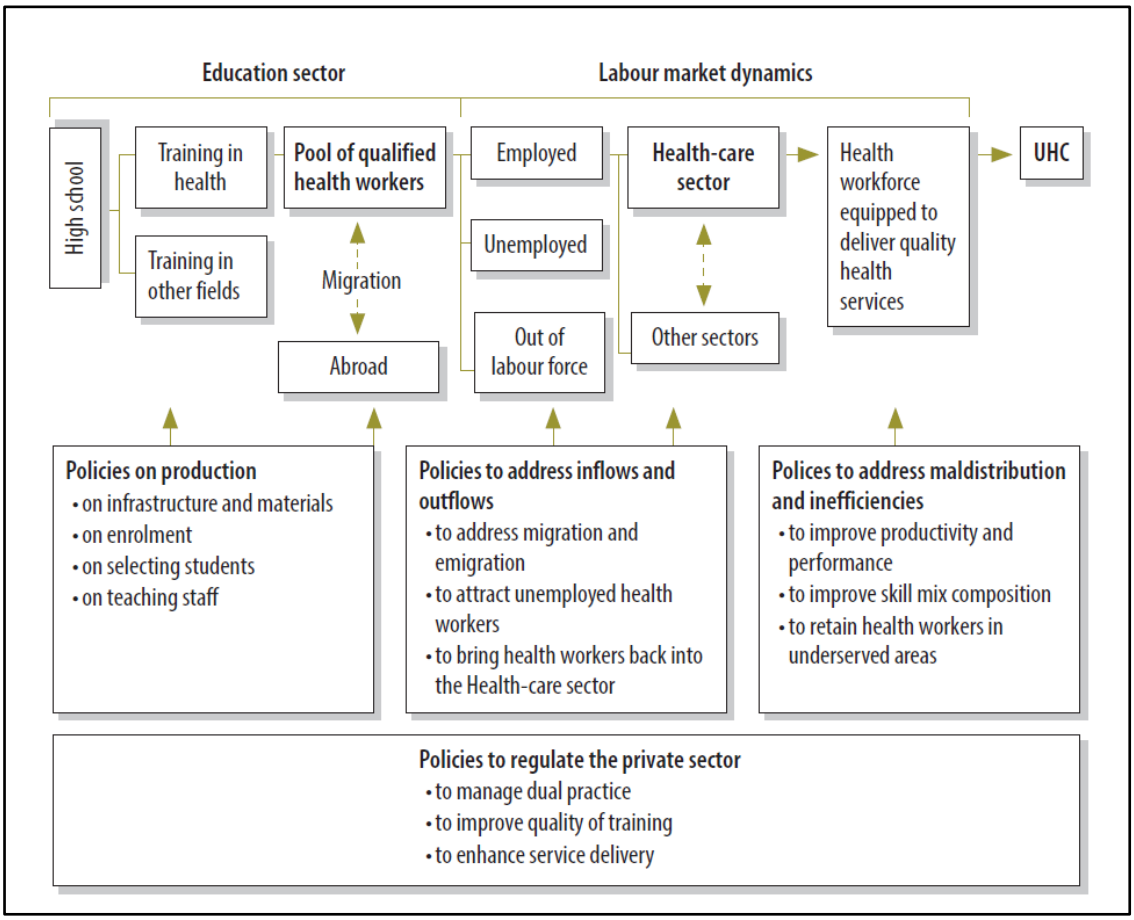
2004). A potencialidade da expansão mundial do setor já era mencionada com projeções de aproximadamente 160 milhões de pessoas almejando uma vaga na universidade em 2025 (GUPTA, 2008; HADDAD; GRACIANO, 2004).

Em particular, os mercados emergentes da América Latina, Índia, Sudeste Asiático e Europa Oriental são os que mais testemunharam mudanças provocadas pela expansão do setor na educação superior (SCHEFFER; DAL POZ, 2015). Em 2018, a China flexibilizou a participação de investidores internacionais no mercado da educação (HOU et al., 2018).

A importância das escolas privadas no contexto da dinâmica do mercado de trabalho em saúde não se limita apenas ao percentual de participação do setor privado em relação ao público ou o quantitativo de vagas ofertadas e, consequentemente, de novos profissionais. Parte das reflexões é sustentada na literatura com evidência de que alunos de medicina provenientes de instituições de ensino privadas tendem a optar por atividades no mercado de trabalho pouco relacionadas às necessidades de saúde da população. Esses novos profissionais de saúde, em geral, possuem perfil voltado às especialidades médicas e são pouco motivados a trabalhos em zonas distantes das capitais e grandes centros urbanos (DIWAN et al., 2013; SCHEFFER; DAL POZ, 2015; SHEHNAZ, 2011).

Dessa forma, essa mudança no perfil do mercado de trabalho em saúde acarreta alterações no acesso a serviços de saúde, com consequente desfecho nas necessidades de saúde da população. O diagrama apresentado a seguir (Figura 5) ilustra essas relações e salienta pontos de influência política.

Figura 5 - Estrutura e dinâmica do mercado de trabalho em saúde e as estratégias políticas na busca pela cobertura universal da saúde



Fonte: SOUSAet al.,2013, p. 893.

5.3 **Eixo 3 - A Cobertura e o Acesso Universal da Saúde**

Os ODS buscam promover sistemas mais equânimes, nos quais a cobertura e o acesso universal à saúde são pontos centrais. Na esfera da Agenda de Saúde para 2030, o ODS número três tem como meta “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” (WHO, 2016); e, para tal, os RHS são indispensáveis. Nesse contexto, diversos países têm buscado reorientar seus sistemas de saúde estimulando processos de reformas, os quais possuem processos de concepção, definição e implementação e existem diferentes graus de desenvolvimento e de sucesso (McPAKE; EDOKA, 2017)

De forma geral, as reformas dos sistemas de saúde visam a **aumentar** a **eficiência** e a **equidade** na utilização dos serviços de saúde, **ampliando a cobertura** da população, particularmente para os pobres e vulneráveis, ao mesmo tempo em que oferece **proteção financeira** dos pagamentos diretos (McPAKE; EDOKA, 2017).

Alcançar a cobertura e o acesso universal em saúde não é possível sem que haja profissionais de saúde em número suficientes, qualificados para desenvolverem suas funções e com condições e vínculos de trabalho mais justas. Contudo, o processo de formação dos profissionais de saúde atravessa um período crítico que, para McPake, Correia e Lê (2017), possui três aspectos transformadores: a mudança das necessidades de saúde das populações, a preferência pelas especializações em saúde e a qualidade da educação.

Nos eixos de composição desse quadro conceptual, as relações entre o mercado da saúde e da educação já foram expostas. Cabe, à luz da Cobertura Universal, destacar novamente que essas relações são mediadas pelo mercado de trabalho em saúde. A perspectiva real dessas interações permite compreender as discrepâncias e incongruências inerentes, para as quais devem estar voltados o verdadeiro foco de análises e as formulações de novas políticas e as reformas no setor saúde (McPAKE et al., 2015; McPAKE; CORREIA; LÊ, 2017). De acordo com esses autores, esse intercâmbio sistêmico resulta basicamente em dois conjuntos de situações que não dialogam com a política de Cobertura Universal de Saúde: a) negligência às populações mais pobres, rurais e habitantes de regiões mais remotas, além de escassas intervenções de promoção e prevenção; b) falta de profissionais de saúde, subemprego ou desemprego.

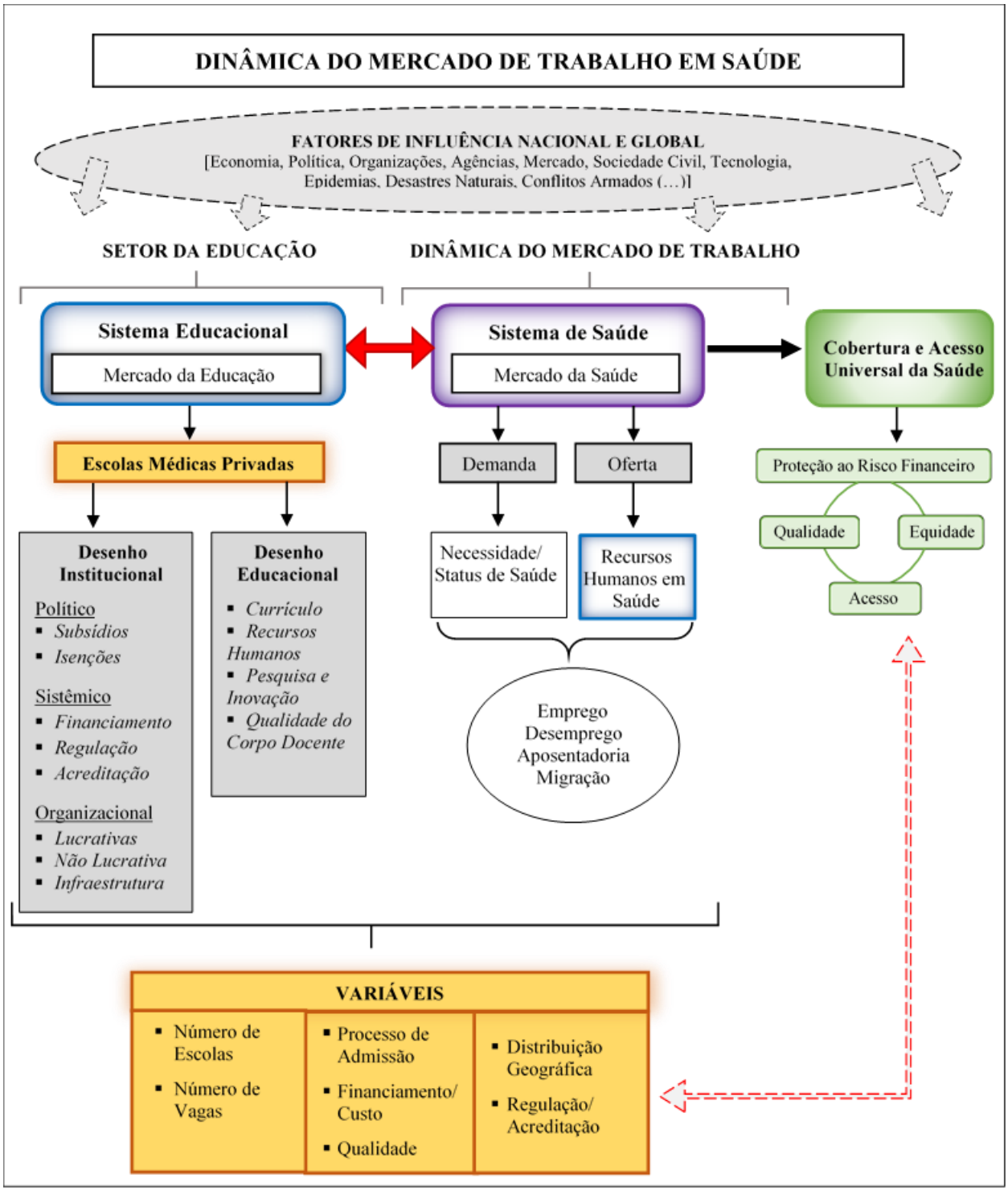
Para McPake et al. (2013; 2015), há evidências de que as forças de mercado são mais influentes do que as políticas governamentais, o que força o exame das novas configurações dos sistemas educacionais e da formação em saúde, sobretudo do mercado das escolas privadas. E aqui, portanto, se configuram as relações entre a privatização das escolas médicas, o mercado de trabalho em saúde e seus efeitos no contexto de implantação da cobertura e do acesso universal à saúde.

Destaca-se ainda que a abordagem relativa à cobertura universal da saúde neste estudo é dada pela perspectiva da dinâmica do mercado de trabalho em saúde e tem essencialmente as produções de McPake et al. (2013; 2015) como referência principal. Nesse sentido, considerando a amplitude do conceito de cobertura universal de saúde e suas diversas interfaces no campo da saúde pública, saúde coletiva, economia, entre outros, o “recorte” conceitual proposto e realizado é necessário, uma vez que busca elucidar elementos essenciais desse processo.

O modelo conceptual teórico e analítico proposto nesta pesquisa identifica quatro componentes essenciais no processo de implantação da cobertura universal de saúde: proteção ao risco financeiro; qualidade; equidade; e acesso. Esses componentes precisam coexistir de

forma balanceada e devem nortear não apenas os rearranjos dos sistemas de educação e de saúde, como também o mercado de trabalho em saúde (Figura 6).

Figura 6 - Modelo teórico de análise do mercado de trabalho em saúde



Fonte: O autor, 2019.

6 SISTEMAS DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO MÉDICA NA ÍNDIA E NO BRASIL

O estudo comparativo entre países exige a compreensão das singularidades e diferenças existentes entre os dois sistemas principais em análise neste trabalho: o sistema de saúde e da educação médica. Nesse sentido, buscou-se descrever e caracterizar os mesmos componentes em ambos os países, sem que isso implique julgamento de valor sobre quaisquer sistemas e realidades, sejam elas econômicas, sociais, culturais ou políticas.

6.1 **A Índia**

A Índia é uma república federal com 29 Estados e sete territórios da união. O Sistema Nacional de Saúde (SNS) é federal; ou seja, seu financiamento, legislação, regulamentação e prestação de serviços de saúde são fornecidos pelo governo central e pelos governos estaduais. No entanto, a participação do setor privado é cada vez mais representativa.

A Política Nacional de Saúde (PNS) foi reformulada duas vezes já neste novo século; a primeira em 2002 e a última em 2017, a fim de ajustar o sistema à sua própria subsistência e às necessidades de saúde da população. O contexto nacional de saúde mudou, sobretudo em quatro aspectos principais no período entre as PNS, são eles:

a) A carga crescente de doenças não transmissíveis e algumas doenças infecciosas;
b) O crescimento exponencial do setor de saúde que se confirmou como um campo muito atraente e lucrativo;
c) O aumento dos gastos com saúde, um dos principais contribuintes para a pobreza;
d) A evolução crescente da economia, o que possibilita maior capacidade fiscal.

As transformações propostas na PNS de 2017 consideram esse novo perfil de saúde e estão intimamente vinculadas ao contexto de implantação da Cobertura Universal da Saúde. Portanto, a PNS teve, de acordo com o texto oficial, o objetivo de melhorar os indicadores de saúde e garantir acesso a serviços de boa qualidade à população, sobretudo, por meio da Atenção Primária em Saúde (APS), reduzindo os gastos particulares das famílias e, assim, o risco financeiro (GOVERNMENT OF INDIA, 2017). No entanto, um certo “caminho de pedras” precisa ser percorrido para superar toda a diversidade de contextos e os problemas do país que concentram quase um quinto da população mundial.

Apesar do crescimento econômico, a Índia gasta apenas 1% de seu PIB com saúde, o menor entre os BRICS, e tem o pior desempenho nesse setor entre os países do bloco (RAO et al., 2014; RAO, 2017). De forma geral, a performance do país, em comparação com outros em desenvolvimento, e também com a média global, é insatisfatória em vários indicadores básicos de saúde, como por exemplo, a esperança de vida ao nascer (68,8 anos, enquanto a média global é de 72 anos) e a taxa de mortalidade infantil e neonatal (21% de todas as mortes infantis, abaixo de 5 anos no mundo e 27% de todas as mortes neonatais no mundo).

O SNS foi fundado em princípios que limitam a participação setor privado. No entanto, a falta de capacidade de gestão do Estado em oferecer acesso a cuidados de saúde de qualidade criou uma verdadeira "janela de oportunidades", ou melhor dizendo, uma "porta aberta" para o desenvolvimento do setor privado (CHOKSHI et al., 2016). A partir dos anos 1990, com a liberalização da economia, a maior parte do setor de saúde foi privatizada, de modo que, em 2010-2011,10,4 mil empresas privadas eram responsáveis pela prestação de serviços em diferentes seguimentos de saúde (HOODA, 2017)

O liberalismo do período pós-90 trouxe um pico de crescimento para o país, não sem ampliar o *gap* existente entre ricos e pobres (RAO, 2017). Segundo a autora, esse cenário transformou paradigmas de premissas fundamentais, nas quais serviços viraram mercadorias, hospitais se tornaram poderosas e lucrativas companhias, a educação médica um bom investimento e os pacientes passaram a ser clientes. O Estado se rendeu ao inevitável mercado, a fim de requerer investimentos e reestabelecer estruturas hospitalares e serviços oferecidos, uma vez que as demandas da classe média exigiam novos e diferentes padrões de consumo. Nesse contexto, a ideia de um sistema de saúde público e gratuito para todos, como proposto em Alma-Ata (1978), foi sendo "abandonada" pelo Estado.

Nesse novo panorama, a influência política e econômica do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (FMI) foi global. Ambos tensionaram e direcionaram movimentos de Reformas do Setor Saúde em diversas partes do mundo, fundamentadas em dois princípios: privatização e descentralização. O momento estimulou Parcerias Público Privadas e abriu novos caminhos tanto para as ONG, como para as agências e instituições privadas de saúde, presentes desde muito antes no país. Nesse contexto, Rao (2017) destaca o favorecimento pelo Banco Mundial de ONG internacionais ao tornar mais complexo os editais de licitação e a contratação de projetos, e atividades de auditorias locais. Segundo a autora, as justificativas estavam amparadas na prerrogativa da transparência e da redução da corrupção, mas colocavam em xeque as capacidades das organizações indianas.

Nos anos 2000, a criação do *Insurance Regulatory Devlopment Authority* estimulou o mercado das seguradoras de saúde no país e facilitou imensamente o ingresso de companhias privadas, que obviamente não se limitaram ao nicho dos seguros e planos de saúde e expandiram massivamente seus negócios. Dois anos depois (2002), 3% a 6% da população indiana já havia vendido bens ou contratado empréstimos a altas taxas para pagar despesas médicas. Ademais, cerca de 40% dessa população já estava endividada (PETERS et al., c2002).

A situação caótica da saúde no país, destacada com mais de cinco milhões de habitantes infectados pelo HIV/AIDS, a falha na erradicação de doenças como a Poliomielite e uma das maiores taxas de mortalidade materna e infantil do mundo estimularam mudanças nas políticas de saúde do país. Nos anos seguintes, estratégias foram lançadas, como é o caso do *National Rural Health Mission* (NRHM), em 2005, e de trabalhos e inquéritos de investigação que denunciavam o abandono aos aspectos e determinantes sociais da saúde na organização do sistema e no planejamento de novas ações.

Como esperado, o país apresentava um cenário bastante contraditório, de um lado uma população adoecida e incapaz de arcar com os custos em saúde; e do outro, hospitais privados, com leitos vazios e tecnologias subutilizadas. No entanto, na prática, as decisões políticas e os investimentos realizados por parte do Estado indiano não colaboraram para que a realidade de grande parte da população fosse alterada e, em 2012, cerca de 70 milhões de famílias estavam abaixo da linha da pobreza no país (RAO, 2017).

Em 2015, aproximadamente 54,3% das instituições médicas, 75% dos hospitais, 51% dos leitos hospitalares e 80% de todos os médicos qualificados estavam no setor privado (HOODA, 2015). Paralelamente, 60% dos atendimentos hospitalares e 80% dos atendimentos ambulatoriais são fornecidos por instituições privadas concentradas, quase que absolutamente, em zonas urbanas onde habitam menos de 30% da população (HOODA, 2015). Essas estatísticas denotam não só a presença dominante da iniciativa privada na saúde do país, como também o limitado, ou mesmo impraticável, acesso a serviços de saúde para muitas famílias, haja vista o perfil econômico da população.

Situações como estas tornaram o SNS um dos maiores setores da Índia tanto em receita quanto em empregos. Composto por serviços hospitalares, dispositivos médicos, produtos de diagnóstico, testes clínicos, telemedicina, seguro saúde, equipamentos médicos, organizações de pesquisa clínica, entre outros, a Índia começou a experimentar um mercado associado ao “mercado da saúde”, o turismo médico. Com um crescimento de cerca de 25% e

um aumento de 0,98 milhão em janeiro de 2017 para 1,07 milhão em janeiro de 2018, os centros hospitalares e de diagnóstico atraíram Investimento Direto Estrangeiro no valor de US$ 4,99 bilhões entre abril de 2000 e dezembro de 2017 (GOVERNMENT OF INDIA, 2018[S.d.];HOODA, 2015)

Da mesma forma, e a partir do mesmo período, houve uma expansão massiva do ensino superior no setor privado, igualmente e amplamente impulsionado pelo mercado e curiosamente mais visível em graduações de medicina e de engenharia (TILAK, 2009; VARGHESE, 2015).

De acordo com as projeções do Banco Mundial ([2018]), a Índia terá aproximadamente 370 milhões de pessoas abaixo dos 29 anos até 2021. Em outras palavras, aproximadamente 26% da população total buscarão educação superior - mais do que a população atual dos Estados Unidos. Isso ilustra o tamanho do mercado de educação na Índia, que prevê aumentar o acesso ao ensino superior e atingir a marca na Índice de Matrícula Bruta[12] de 30% em 2020. Atualmente, é de 26%.

O sistema educacional no país tem configurações bastante complexas, especialmente no nível terciário ou superior, em que há diferentes tipos de instituições e modelos de aprendizagem, que incluem desde as ciências e práticas da cultura Hindu ao modelo ocidental britânico de ensino. Tais singularidades não puseram o país à parte das tendências globais. Logo, o setor de ensino superior experimentou uma expansão massiva durante as sete décadas seguintes à independência (1947). Em 1950-51, por exemplo, havia apenas 0,26 milhão de estudantes buscando educação superior e 30 universidades. Desde então, esses números aumentaram para aproximadamente 36,6 milhões de estudantes, 903 universidades, 39.050 faculdades e 10.011 "instituições autônomas" em 2017-2018 (GOVERNMENT OF INDIA, 2018).

De acordo com a Lei, as IES não podem operar com fins lucrativos, mas podem aceitar admissões e mensalidades dentro de limites razoáveis (D’SILVA, 2015). No entanto, a expressão “razoável” tem diferentes interpretações que permitem que as faculdades de medicina privadas coletem taxas arbitrárias e exorbitantes (principalmente taxas de captação)

---

[12] Índice de Matrícula Bruta - Número de alunos matriculados em determinado nível de ensino, independentemente da idade, expresso em porcentagem da população oficial em idade escolar correspondente ao mesmo nível de educação. Disponível em:<http://uis.unesco.org/en/glossary-term/gross-enrolment-ratio>. Acesso em: 10 jun. 2019.

dos alunos. Com a estrutura de taxas muito alta nas escolas médicas, é quase impossível para os estudantes pobres, mas meritórios, se tornarem médicos.

No caso das escolas médicas, o processo é regulado pelo MCI, a quem compete a autorização para a abertura de novos cursos e/ou aumento no número de vagas. Atualmente, existem 472 escolas de medicina (públicas e privadas), com uma capacidade total de admissão anual de aproximadamente 65 mil alunos (GOVERNMENT OF INDIA, 2018), e com desequilíbrios regionais gritantes no que se refere à localização das faculdades de medicina no país. Contudo, apesar de ter o maior número de faculdades de medicina no mundo, o país sofre com a quantidade, a concentração, a migração e a qualidade desses profissionais.

6.2 **O Brasil**

O Brasil também é uma República federativa, possui 26 Estados e mais o Distrito Federal (Brasília), 5.570 cidades e 207.660.929 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018), menos de um quinto da população total da Índia, em um território 2,5 vezes maior. O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema de saúde gratuito fundamentado em três princípios gerais, a universalização, a equidade e a integralidade; e três princípios organizativos, a regionalização e hierarquização, a descentralização e a participação popular (BRASIL, c2013; PAIM et al., 2011).

A responsabilidade da prestação de serviços de saúde nos SUS tem parciais diferentes para cada entre federado, cujas arrecadação financeira e organização administrativa são bastante variáveis, especialmente nas esferas municipais. As diferenças das capacidades municipais em gerir seus sistemas locais de saúde contribuiu significativamente com disparidades na cobertura e no acesso aos serviços de saúde, sobretudo nas cidades de pequeno porte (com menos de 20 mil habitantes), que correspondem a 68,3% das cidades brasileiras e apenas 15,5% da população (BANCO MUNDIAL, 2017; IBGE, 2017; MASSUDA et al., 2018).

A estratégia nacional de promoção da APS é a ESF que ampliou a cobertura de 4,40%, em 1998, para 64,66%, em 2018, aproximadamente 15 vezes mais (MASSUDA et al., 2018). Paralelamente, o acesso da população às consultas médicas também aumentou, de 54,7% em 1998 para 71,2% em 2013. No entanto, o SUS não cresceu sozinho, a participação do setor privado no sistema de saúde brasileiro é cada vez maior. O número de leitos em hospitais

privados, por exemplo, aumentou em cerca de três mil novos leitos, de 2016 a 2017, enquanto foram reduzidos nos hospitais públicos (FILGUEIRAS, 2018).

A complexidade do sistema de saúde brasileiro já parte das definições e do dimensionamento do que é público e do que é privado, sobretudo quando esses conceitos são compreendidos como extremo opostos, quando, em verdade, eles coabitam e competem. De acordo com Bahia e Scheffer (2018), as acepções da existência de um SUS e um "Sistema Suplementar":

> [...] seriam inócuas se não fosse o fato de elas embasarem a falsa suposição de que existe um equilíbrio, que as proporções entre a demanda 'pagante' correspondem à oferta disponível e às despesas. Na realidade, a oferta e as despesas para o SUS são menores do que as demandas. Inversamente, a oferta e as despesas do setor privado assumem proporções maiores do que as demandas. Ou seja, o senso comum sobre mercados do tamanho dos bolsos dos indivíduos e seu desdobramento relativo à virtude do privado para 'desonerar' o SUS não resistem às evidências.

Cordilha e Lavinas (2018) definem essa relação a partir da taxonomia empregada pela OECD como modelo "duplicado" (ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT, 2004), ou dito de outra forma, quando os setores público e privado cobrem indistintamente os mesmos tipos de serviços. Para esses autores, a comercialização dos serviços de saúde vende as vantagens, nem sempre reais, em relação ao SUS, como, por exemplo, o não enfrentamento de filas ou minimamente uma redução no tempo de espera e a opção de escolha de profissionais e instalações. Uma diferença marcada entre os que pagam e os que não podem pagar.

A coexistência desses dois sistemas não isenta nenhum cidadão brasileiro de contribuir com o SUS. Contudo, a diversidade de incentivos tributários concedidos amplamente e de forma ilimitada gera desonerações fiscais de viés regressivo visivelmente mais vantajosas às famílias de maior renda. Ou seja, na prática, o setor privado é parcialmente subsidiado pelo Estado por meio de incentivos fiscais para as seguradoras privadas (BAHIA et al., 2016). Circunstâncias e evidências que fazem do Brasil o segundo maior mercado de planos privados de saúde do mundo (BAHIA; SCHEFFER, 2018).

Ainda no domínio dos incentivos públicos ao setor privado, o caso do Brasil pode destacar diversas políticas públicas e flexibilizações nas estruturas regulatórias que deram passagem ao mercado privado no setor saúde, que mais recentemente apresenta um novo nicho, os planos de saúde de cobertura restrita ou "os planos populares" (BAHIA et al., 2016; BAHIA; SCHEFFER, 2018). De forma geral, essa abertura se insere no contexto político e econômico global já mencionado neste estudo, com ênfase ao liberalismo econômico pós-

1990 e às influências das agências internacionais, nomeadamente, Banco Mundial, OIC e FMI.

O gasto público em saúde no Brasil, em relação ao gasto total em saúde, é de 48,2% e é significativamente menor do que a média entre os países da OECD (73,4%), e um pouco acima da média entre os países do BRICS (46,5%) (BANCO MUNDIAL, 2017). Pesquisa do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar referente ao período de 2010-2015 indica que, dos R$ 546,1 bilhões gastos em 2015, 57,6% das despesas têm origem na iniciativa privada (LARA, 2018; PREITE SOBRINHO, 2018). Ou seja, mais da metade dos gastos totais com saúde são financiados pelo setor privado (planos de saúde individual e privado) (BAHIA et al., 2016; BANCO MUNDIAL, 2017).

Vale destacar ainda que, mesmo diante da oferta de um sistema público gratuito e universal, o maior gasto no consumo de bens e serviços de saúde corresponde aos planos de saúde privados, 66,6% do total do gasto com saúde pelas famílias no ano de 2015, ou dito de outra forma, 3,4% do PIB de 2015 (IBGE, 2017; LARA, 2018). Da mesma forma, o setor tem crescido sua participação na oferta de postos de trabalho em 2015,47% do total de ocupações na saúde tinham vínculo com o setor privado.

O investimento público no sistema de saúde no Brasil tem sido cronicamente insuficiente e ineficiente. O país gasta proporcionalmente menos em saúde do que muitos outros países da América Latina e do Caribe. Por exemplo, em 2015, Uruguai, Costa Rica, Chile, Argentina, Colômbia, El Salvador, Nicarágua, Panamá, Bolívia, Equador e Belize tiveram maiores gastos em saúde pública como proporção de seus PIB do que o Brasil, em todas as esferas de governo (SERÃO..., 2018). As ineficiências do sistema público de saúde custam aproximadamente US$ 5,95 bilhões em recursos públicos (aproximadamente 20% de todos os gastos em saúde no Brasil) (BANCO MUNDIAL, [2018]). Atualmente, o país enfrenta austeridade e uma crise econômica, e as tendências futuras em gastos públicos em saúde permanecem desconhecidas. A crise também aumentou brutalmente o desemprego formal, levando a uma diminuição no número de pessoas cobertas por mecanismos privados de seguro de saúde. Nesse contexto, a população que procura serviços públicos (denominada SUS-dependente) tem aumentado em alguns Estados e municípios, gerando pressão sobre os gastos com saúde pública.

No que se refere ao ensino superior brasileiro e do ponto de vista legal, o Estado pode transferir recursos para as IESP. Esse fenômeno, em relação às políticas públicas que influenciam e até poderiam atuar em prol da expansão das instituições privadas de ensino

superior, pode estar associado a tendências e ao aumento da expressividade do setor privado globalmente no setor saúde (McPAKE et al., 2015).

A complexidade da expansão da educação superior brasileira abrange quatro categorias: 1) ampliação de vagas, matrículas e cursos nas IES federais por parte da União, tal processo pode ser observado tanto na multiplicação dos campi de instituições federais já existentes, como no aumento do número de instituições ou ainda por intermédio de programas de reestruturação, como o Reuni[13], por exemplo; 2) expansão da pós-graduação e o empresariamento do conhecimento; 3) intensa diversificação de cursos, instituições e modalidades de ensino, sobretudo o Ensino a Distância (EaD); e 4) expressivo aumento das IES privadas com fins lucrativos (MANCEBO; VALE, 2013).

O Brasil tem o estabelecimento de um subsetor lucrativo de negócios de ensino superior de 1960 a 1970, quando os estabelecimentos eram considerados formalmente sem fins lucrativos (FRANCO; DAL POZ, 2018). Outro aspecto interessante no país é que, embora tenham ocorrido cenários políticos alternados entre partidos de "esquerda" e de "direita", os quais possuem, supostamente, ideais de conformação, orientação e militância distintos, seus governantes mantiveram direcionamento favorável à expansão das IES privadas (FRANCO, 2016). Como possíveis evidências, citam-se a aprovação da LDB em 1996, no governo de Fernando Henrique Cardoso; e o Programa Universidade para Todos em 2005, no Governo de Luiz Inácio Lula da Silva.

Após a expansão da participação das IES privadas durante o período da Ditadura, o setor se manteve estável até a década de 1990, quando, com a promulgação da LDB em 1996, houve um alinhamento das políticas educacionais do país às orientações do Banco Mundial: flexibilização das IES, liberalização, diversificação de financiamento e redefinição do papel do Estado na Educação (FRANCO, 2016). A LDB aproximou as regras de mercado do sistema educacional ao permitir a criação dos "centros universitários" e cursos superiores de curta duração; a simplificação do acesso ao ensino superior, por meio dos vestibulares simplificados; e a garantia de maior autonomia sobre o projeto político pedagógico e o currículo nas IES privadas.

A LDB é descrita como a grande responsável pela privatização do ensino superior no Brasil em grande parte da bibliografia nacional sobre o tema. Contudo, estudo de Franco (2016) sobre a participação de IESP na formação em saúde enfatiza que IES privadas com

[13]Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais, criado pelo Decreto Presidencial nº. 6.096, de 24 de abril de 2007.

intenção de lucro, de forma explícita ou não, já vislumbravam e exploravam a fertilidade desse terreno desde a década de 1960. Paralelamente, os estudos de Durham (2003) e Sguissardi (2008), já mencionados, antecedem essa evidência em sua análise sobre o público e o privado na educação superior.

Nos anos 2000, o mercado privado de IES foi estimulado por políticas públicas, principalmente o financiamento público, o que favoreceu a expansão do ensino superior - em várias instituições, locais e estudantes. A expansão da IES privada com fins lucrativos foi uma das mudanças mais significativas no ensino superior brasileiro e foi acompanhada por transformações nos formatos administrativo e legal e adoção de lógica de mercado com gestão profissional. Na última década, o crescimento, a consolidação e a fusão de grupos de educação empresarial possibilitaram a transformação em empresas educacionais de conglomerados empresariais, que poderiam alcançar o formato de organização do oligopólio (CHAVES, 2010).

Vinculado ao fenômeno da privatização está a mercantilização da educação superior brasileira, a qual destaca a expansão das instituições com finalidade lucrativa e a adoção de estratégias de mercado orientadas para a financeirização, oligopolização e internacionalização. Essas transformações no modelo educacional brasileiro abrem margem à compreensão da educação como um produto comercializado com objetivo de lucro e benefícios aos proprietários e acionistas. O interesse por esse ramo é evidenciado pela diversificação dos “produtos”, como a oferta de cursos presenciais e a distância, a produção de materiais didáticos, a presença de consultorias empresariais, o fortalecimento do *marketing* educacional, entre outros (OLIVEIRA, 2009).

O mercado privado da formação médica é bastante fragmentado e ainda mantém participação importante de proprietários individuais ou familiares, com distribuição geográfica em localidades de pequeno e médio portes distantes de áreas metropolitanas. As estratégias empresariais de expansão de mercado obviamente ecoam nas instituições superiores de medicina. Contudo, os grandes grupos do mercado educacional não concentram soma percentual de vagas expressiva comparadas às instituições de menor porte (SCHEFFER; DAL POZ, 2015).

Ressalta-se que a expansão do número de escolas médicas no país foi basicamente alicerçada nas instituições privadas de ensino. O Decreto nº. 5.773 definiu a regulamentação, a supervisão e a avaliação do ensino superior e serviu para determinar o processo de abertura

de novas escolas médicas até 2013 (BRASIL, 2006). Desde então, o processo passou a ser regulado pela Lei dos Mais Médicos (BRASIL, 2013).

7 *SCOPING REVIEW* SOBRE OS CASOS DA ÍNDIA E DO BRASIL

Esta seção apresenta uma síntese das evidências existentes sobre o crescimento das escolas privadas de medicina na Índia e no Brasil por meio de categorias ou igualmente aqui denominadas variáveis de análise, já apresentadas e descritas no quadro conceptual.

Os resultados que se seguem buscaram oferecer um retrato mais consistente acerca da produção acadêmica específica dos dois países. Da mesma forma, pretendeu-se identificar, e mesmo qualificar, a definição dos conceitos, teorias, fontes de informação e lacunas de conhecimento referentes ao fenômeno da privatização da formação médica.

Dos 24 artigos selecionados, apenas dois faziam referência ao processo de privatização das escolas médicas no Brasil, os demais abordavam o crescimento do setor privado na formação em medicina na Índia. Evidência que sustenta um dos argumentos da justificativa deste trabalho, a baixa produção científica, especialmente no Brasil, mas que também limita o estudo. No que se refere ao ano da publicação, percebe-se um certo padrão em termos de quantidade, com média de dois artigos por ano, exceção ao ano de 2015, no qual seis artigos foram publicados.

Outro aspecto geral do material aborda a metodologia. Embora este estudo não tenha se dedicado a uma análise rigorosa dos métodos empregados, torna-se importante destacar que a maioria dos documentos empregou métodos de análises descritivas e uso de dados secundários. Soma-se a isso, o fato de nem sempre haver um detalhamento minucioso dos processos metodológicos, incluindo uma fragilidade na descrição das estratégias de coleta de dados utilizadas.

A seguir, são apresentados os resultados da análise para cada uma das variáveis pertencentes ao quadro conceptual: financiamento/custo, distribuição geográfica, acesso, qualidade e regulação/acreditação.

7.1 **Financiamento/Custo**

Dos artigos selecionados, 66,7% traziam algum tipo de informações que pode ser compreendida na categoria “financiamento e custo”. Vele destacar aqui que a definição de financiamento e custo possuem sentidos diferentes no campo da economia e que este trabalho não destaca em profundidade essas nuances. A opção em associar esses termos a uma mesma

categoria também se justifica pelo fato de que poucas são as informações detalhadas e com dados possíveis para análises mais robustas.

Outra nota importante é que, apesar de a maioria do material selecionado conter elementos que coubessem nesse campo semântico, isso não confirma e nem sustenta a qualidade dos dados utilizados pelos autores. De forma geral, os textos fazem referência aos elevados preços das mensalidades, a formas de subsídios do Estado, a esquemas de corrupção e ao lucro possível ao se investir na formação em medicina, tanto do lado das famílias como do lado dos empresários.

No que se refere às mensalidades, Diwan et al. (2013) e Bansal (2003) afirmam que os valores cobrados em taxas e mensalidades são a principal fonte de recurso das IESP de medicina na Índia, o que amplia o potencial de competitividade desse mercado em busca de novos "financiadores". Segundo D'Silva (2015), é frequente o desenvolvimento de métodos alternativos para a captação de recursos extras. Contudo, é difícil comprovar esse tipo de estratégia e vínculo, assim como a finalidade do recurso captado. O autor ainda evidencia a lucratividade desse mercado nas escolas de medicina, sobretudo nas "taxas de captação"; ou seja, nos valores pagos às IESP como garantia de vaga, uma vez que a demanda por cursos de medicina segue alta.

De acordo com Davey et al. (2014), o empresariado já descobriu "uma larga avenida" para o lucro no mercado da educação médica, sobretudo na forma das altas mensalidades, taxas e doações realizadas.

Sobre a expressão "doações", duas interpretações são possíveis, a primeira é a de que há uma oferta de dinheiro a instituição, por exemplo, nos anos 1950 e 1960 na Índia, eram comuns doações de famílias mais abastadas para Instituições Públicas ou Filantrópicas,; no entanto, atualmente, mesmo a parcela da população com menores recursos, quando faz doações, as faz para instituições privadas (CHOUDHURY, 2014). Atualmente, essas doações são compulsórias e ilegais e referem-se a valores extras às mensalidades e taxas de manutenção pagas às IESP e podem ter custos em torno de US$ 150,000.00 (D'SILVA, 2015). A segunda interpretação é relacionada aos subsídios, os quais possuem diversos arranjos e possibilidades, seja pelo Estado como subsídio de capital, isenção de taxas ou programas públicos de financiamento estudantil (CHOUDHURY, 2014; SCHEFFER; DAL POZ, 2015), ou pelo próprio setor privado, como bancos que oferecem crédito aos estudantes (HIRA et al., 2009).

No que se refere ao valor das mensalidades e taxas pagas, nenhum estudo apresentou essa informação, de forma minuciosa, com um detalhamento de valores de mensalidades/anuidades, por exemplo, e as diferenças dos valores pagos por estudantes do setor público e privado. Contudo, é possível afirmar que as mensalidades possuem custos bastante elevados para o curso de medicina (HIRA et al., 2009; SOOD, 2008), podendo chegar, na Índia, até cerca de 20 vezes mais do que as taxas pagas para as instituições públicas (vide nota 14) (NAGRAL, 2015).

Muitos são os aspectos capazes de influenciar o valor das taxas/mensalidades nas escolas de medicina na Índia. O Quadro 3 apresenta alguns dos fatores identificados nesta revisão:

Quadro 4 - Fatores que influenciam e determinam o custo das mensalidades das escolas médicas indianas

Tipo de fator	Descrição	Referência
Estado	De forma geral e de acordo com a lei, o custo da formação é determinado pelo Estado e é baseado nos custos de educação relatados pelas escolas de medicina	GOSWAMI;SAHAI, 2015
Status	A fama institucional oferece um peso na definição do valor da mensalidade e das taxas	D'SILVA, 2015
Não residentes na Índia	A IESP tem autorização legal para cobrar taxas mais elevadas de indivíduos não residentes	SOOD, 2008; D'SILVA, 2015
Tipo de IES	Desde 2002, as escolas privadas são permitidas por lei a cobrarem mensalidades mais elevadas do que as IES públicas[14]	BANSAL, 2003; Hira et al., 2009
Taxa de captação	Ainda que a prática seja ilegal, há o pagamento dessa taxa antes do processo de admissão. Em geral, as mensalidades possuem valores menores	D'SILVA, 2015
Mérito	Por determinação do Estado as IESP devem possuir um percentual de vagas (calculados de	SUPE; BURDICK, 2006

[14] A expressão "mensalidade" foi empregada neste estudo de forma genérica, uma vez que as taxas cobradas nas IES em outros países, e no caso deste estudo na Índia, nem sempre são tarifadas mensalmente, como ocorre no Brasil. Além disso, as IES públicas são amparadas legalmente a cobrarem uma taxa, a qual varia de acordo com o país, o Estado e a instituição, podendo ser por período letivo, ou por disciplinas, por exemplo. Dessa forma, em uma equivalência superficial e simplória com o sistema educacional brasileiro, e apenas para título de facilitar a compreensão, as IES públicas indianas cobram mensalidades, assim como as privadas. A diferença consiste no valor, o qual é bem menor nas instituições públicas do que nas privadas.

	acordo com a instituição) ofertadas para estudantes de acordo com o seu desempenho no processo de admissão, e cujo ingresso não foi possível em instituições públicas em razão da limitada oferta de vagas	GOSWAMI; SAHAI, 2015
management seats[15]	Uma pequena proporção de vagas é designada a essa modalidade, que a maioria das faculdades vende por somas exorbitantes	NAGRAL, 2015

Fonte: O autor, 2019.

O valor a ser pago permite que um segmento importante da educação, considerando que Índia e Brasil possuem a maioria das escolas médicas privadas, seja acessível apenas para aqueles que podem pagar.

Davey et al. (2014),em seu trabalho sobre a privatização da educação médica na Índia- um dilema do sistema de saúde (tradução literal), fazem uso de uma expressão cada vez mais utilizada atualmente, a "comoditização" da educação médica, cujo significado é o mesmo da economia geral empregado atualmente, e pode ser compreendido como "mercadorização". O estudo de Gupta, Kaur e Gupta (2015) aponta que a abertura das escolas médicas particulares tem critérios vinculados ao mercado, ao dinheiro e ao lucro e não à equidade, à moralidade, à ética ou à empatia, argumento que torna o financiamento/custo um dos aspectos mais proeminentes a respeito da formação médica privada ou pública.

Dessa forma, ainda que a existência de escolas privadas lucrativas seja proibida por lei, a Suprema Corte Indiana considera exequível o pagamento de uma taxa como forma de subsídio da vaga ocupada (D'SILVA, 2015). Notícias de corrupção nesse nicho são cada vez mais frequentes na literatura e na mídia de forma geral (D'SILVA, 2015).

No que se refere ao Brasil, a literatura selecionada não apresenta informação sobre essa categoria de análise.

7.2 **Distribuição Geográfica**

A educação médica traz consequências na distribuição de cuidados de saúde; ou seja, no acesso, e nos padrões de saúde da população (CHOUDHURY, 2014; MAHAL; MOHANAN, 2006). Sessenta e quatro por cento dos artigos selecionados trazem elementos

[15] O autor não apresenta uma definição precisa do termo empregado. Contudo, a leitura dos materiais para a elaboração desta tese permite a inferência de que tais vagas consistem em reservas de vagas, potencialmente não habilitadas às demais categorias descritas no quadro, que permitem a venda a preços extremamente elevados pelas IESP médicas.

sobre a distribuição geográfica das escolas privadas de medicina. De forma geral, o material evidencia o problema da concentração das IESP de medicina na Índia e no Brasil (GOSWAMI; SAHAI, 2015; SCHEFFER; DAL POZ, 2015).

Estudos realizados por Choudhury (2014), Scheffer e Dal Poz (2015), Franco (2016), Sood (2008), Supe e Burdick (2006), por exemplo, destacam a concentração das escolas privadas de medicina em determinadas Regiões/Estados. Na Índia, em 2008, por exemplo, mais do que a metade das novas escolas médicas (57%) tinha se instalado apenas em seis Estados do país, os quais já possuíam média de vagas superior à média nacional, por exemplo (SOOD, 2008). Essa concentração, segundo Solanki e Kashyap (2014), refuta a teoria da demanda que orienta e direciona o desenvolvimento e suporta a teoria de que as forças de mercado são mais influentes sobre os aspectos do planejamento de RHS (LIU et al., 2016; McPAKE et al., 2013, 2015).

Choudhury (2014), em sua pesquisa sobre o papel do setor privado na educação médica, menciona ainda que na Índia, no ano de 2001, foi criado pelo Ministério da Saúde e Bem-estar social um grupo de Estados chamado *Empowered Action Group*, especialmente com a finalidade de garantir maior equidade nos serviços de saúde. Segundo o autor, esses Estados não só apresentavam os piores indicadores de saúde, como também possuíam o menor número de escolas médicas, apenas 20%, e de vagas. No Brasil, Scheffer e Dal Poz (2015) citam que o Programa Mais Médicosexpandiu escolas médicas para Regiões do interior, saindo do eixo das capitais, tornando o processo mais competitivo.

As diferenças de distribuição são igualmente marcadas entre as zonas rural e urbana (D'SILVA, 2015; NAGRAL, 2015; NALLALAet al., 2015). Em 2009, a diferença da concentração de médicos em áreas urbanas era seis vezes maior do que nas áreas rurais da Índia (HIRA et al., 2009), circunstância que contribui consideravelmente para a inequidade do acesso a cuidados e serviços de saúde (SCHEFFER; DAL POZ, 2015; SOOD, 2008) e consequentemente nas medidas dos indicadores de saúde.

A sistematização e a análise do material permitiram identificar quatro grupos de fatores que influenciam diretamente na distribuição das escolas: **Políticas, Subsídios**, **Riqueza** e **Regulação**. Essa subcategorização está descrita genericamente a seguir. Vale ressaltar que o exercício de nomear esses componentes é parte do processo de compreensão do objeto de estudo e não se limita às definições aqui expostas. Em verdade, compreende e destaca a necessidade de estudos mais aprofundados de compreensão e conceituação de cada um desses campos, e mesmo sua reorganização.

Por "**Políticas**", pode-se compreender as atividades, ações e direcionamentos que orientam a tomada de decisões e estão associadas à governabilidade de países e Regiões. No campo desta pesquisa, fica evidente que essas políticas de influência têm escopo internacional, como no caso do liberalismo econômico na década de 1990; e nacional, como a Lei dos Mais Médicos no Brasil, por exemplo.

Por "**Subsídios**", neste estudo, compreendem-se os incentivos que atuam como forma de suporte ou ajuda financeira ao mercado privado da educação. O termo, neste caso, é amplo e relativo a qualquer forma de suporte oferecida pelo setor público, a maior parcela, ou pelo privado. Destaca-se também que os incentivos podem ser diretos, como bolsas e financiamentos estudantis, e indiretos, no caso de reduções e isenções fiscais, por exemplo.

Os mecanismos e estratégias de subsídios ao setor privado são diversos e, no caso da graduação em medicina, podem ser ainda maiores, dada a lucratividade e a demanda por profissionais médicos.

Por fator "**Riqueza**", este estudo compreende as regiões com maiores valores do PIB e consequentemente maior poder de compra. Em geral, essas regiões estão concentradas em zonas urbanas, possuem melhores valores de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e melhor acesso a cuidados e serviços de saúde, logo, melhores indicadores de saúde. Outra tendência é que o mapeamento dessas localidades permite identificar uma proximidade geográfica que configura a formação de "novas regiões", cujas fronteiras não correspondem necessariamente aos limites geopolíticos

A concentração das escolas privadas de medicina, sobretudo nas localidades mais ricas, possui três razões de acordo com o estudo de Sabde et al. (2014), as quais estão basicamente associadas à capacidade de pagamento e poder de compra:

1. <u>A necessidade de sustentar os investimentos realizados por parte dos empresários</u> – a essa razão se associam os elementos expostos na categoria anterior, na qual as mensalidades e taxas são as principais formas de recursos. Os autores acrescentam a esse aspecto os atendimentos realizados nos hospitais universitários.
2. <u>A oferta de recursos humanos mais qualificados</u> – de acordo com a pesquisa, é mais fácil atrair e fixar profissionais com melhores habilidades e competências em áreas e regiões mais desenvolvidas e com ofertas de maiores e melhores recursos para os profissionais médicos e suas famílias, tanto profissional quanto pessoalmente.
3. <u>A estrutura das cidades mais ricas</u> – a existência de uma infraestrutura prévia facilita a atração de novos investidores.

4. Já para Mahal e Mohanan (2006), o crescimento das escolas médicas privadas também está vinculado com a riqueza da Região e com a capacidade de pagamento, isto é, a existência de um mercado de serviços médicos e de estudantes dispostos a pagar.

Por "**Regulação**", esta pesquisa entende, nesse caso, a existência ou não de mecanismos, regras e tendências que orientem e norteiem o estabelecimento de uma escola de medicina em determinada Região. Esses mecanismos podem ser de diferentes naturezas, como leis, normas, órgãos de fiscalização e acreditação, por exemplo.

Mahal e Mohanan (2006) associam a flexibilidade regulatória ofertada por alguns Estados e regiões ao aumento de rendimentos. Circunstância que atrai investidores, uma vez que amplia as possibilidades de lucros por intermédio das "taxas de captação", por exemplo (SOOD, 2008).

Ainda no que tange à regulação, como já mencionado neste trabalho; na Índia, o órgão responsável pela regulação das escolas médicas é o MCI que, embora tenha buscado investir em alternativas de modernização e inovação das suas ferramentas regulatórias, mantém importantes instrumentos arcaicos (CHOUDHURY, 2014; GOSWAMI; SAHAI, 2015). Paralelamente, o MCI não apresenta autonomia política. Logo, não é possível para a instituição licenciar a abertura de novas escolas médicas de acordo com as necessidades regionais (SHARMA, 2015). Contudo, vale ressaltar que a existência de autonomia política não garante necessariamente um processo idôneo, considerando o contexto de corrupção existente no país.

No Brasil, estudos de Franco e Dal Poz (2018) e Scheffer e Dal Poz (2015) evidenciam a flexibilização regulatória ocorrida no Brasil, citando os Decretos e Leis, os quais evidentemente estão associados à conjuntura política e econômica nacional e internacional. A ausência de outros estudos sobre o país não permite maiores análises, também, nessa categoria.

7.3 **Acesso**

Dos artigos selecionados, 71,4% continham informações sobre o acesso às IESP de medicina, incluindo o processo de admissão e o número de vagas. A leitura do material permitiu compreender similaridades e diferenças entre Índia e Brasil e identificar um elemento central nessa categoria, a equidade, ou melhor dizendo, a inequidade (sustentada e fortalecida). Não apenas vinculada à distribuição geográfica das escolas, mas também

relacionada a outros elementos como: o elevado número de candidatos por vaga, a permeabilidade das IESP a estudantes de classes sociais mais vulneráveis e o privilégio concedido aqueles que pagam pelo acesso.

Oficialmente, os governos nacionais de ambos os países afirmam promover oportunidades para estudantes de todos os níveis econômicos e estratos sociais, garantindo representatividade e ampliando acesso à formação de nível superior, sobretudo por meio de um sistema de cotas de vagas em faculdades públicas e privadas reservadas a grupos sub-representados. Contudo, mesmo com o aumento do número de escolas e de vagas em medicina, geralmente aqueles que aspiram a carreira médica enfrentam muitos desafios, incluindo competição intensa (a razão nº. candidato/vaga para o curso é sempre muito elevada), várias rodadas de exames de admissão, e, em muitos casos, um alto preço.

A oferta do número de vagas anualmente na Índia e no Brasil, em 2014, era de cerca de 50 mil vagas e 20 mil vagas, respectivamente. No material analisado, a pluralidade de formas de acesso nas escolas de medicina na Índia teve um importante destaque. As estratégias apresentadas estão dispostas no Quadro 4.

Quadro 5 - Múltiplos processos de admissão das escolas médicas indianas

Tipo	Descrição
Exame de qualificação *Pre Medical Test*	Etapa do processo admissional necessária para os alunos que buscam vagas em instituições públicas. Trata-se de um exame pré-classificatório realizado antes do exame nacional
Teste nacional	Etapa do processo admissional que consiste em prova de múltipla escolha. A contagem do escore dos candidatos é feita pela soma de pontos do exame de qualificação e do exame nacional, o resultado indica a aprovação ou não ao curso de nível superior
Teste da própria instituição de ensino	Pode ser uma etapa do processo admissional, no caso de instituições de alto prestígio. De forma geral, é realizado em grande maioria pelas instituições privadas, muitas vezes, aplicados porque permitem a captação de mais recursos
Compra de vagas	Pagamento de importante valor financeiro que garante o acesso à escola de medicina. Independe das etapas do processo admissional considerado “regular”. O sistema de compra de vagas é fortemente influenciado pelo poder político
Capacidade de pagamento das taxas pela família	A capacidade de arcar com as taxas, anuidades e mensalidades pode ser uma etapa do processo admissional. Famílias com maiores rendas são privilegiadas pelo seu poder de compra
Casta	Algumas regiões e instituições indianas somente permitem acesso de alunos pertencentes a certas castas. Esse sistema de

	classificação é cada vez menos marcante na sociedade indiana por causa, sobretudo, da internacionalização e da globalização da educação, mas ainda pode ser determinante para o acesso de um candidato a IES
Cotas	Percentual de vagas em IESP destinado a estudantes nas seguintes situações: a) com escore suficiente para ingresso em IES pública, mas que não foi contemplado pela insuficiência de vagas nas escolas de medicina do Estado b) baixa condição financeira

Fonte: BAL, 2010; CHOUDHURY, 2014; DIWAN et al., 2013; SABDE et al., 2014; SOLANKI; KASHYAP, 2014.

A diversidade de estratégias, em parte, pode ser justificada pela existência de organizações financiadoras que exigem particularidades nos processos de admissão (MAHAL; MOHANAN, 2006), ou em parte, uma vez que a ausência de uniformidade impede a transparência e abre espaço para corrupção e rendimentos expressivos (SABDE et al., 2014).

No Brasil, a LDB de 1996 permitiu a simplificação dos processos de admissão nas universidades. No entanto, atualmente é realizado um exame, o Exame Nacional do Ensino Médio (Enem), aplicado em todo país (SCHEFFER; DAL POZ, 2015). O Enem é essencial não só para o ingresso nas instituições públicas, como também para garantir financiamento estudantil e até mesmo para ingresso nas escolas privadas de medicina que, na tentativa de captar mais estudantes, ampliam os mecanismos de acesso e utilizam tanto o Enem quanto os processos admissionais próprios. Embora o material analisado referente ao Brasil não faça referência a eventos de corrupção e fraude, é sabido a ocorrência de escândalos desse tipo no país, assim como na Índia.

A venda de vagas ao curso de medicina é prática comum na Índia, ainda que proibida por Lei (MAHAL; MOHANAN, 2006). Para Diwan et al. (2013), a admissão para a educação médica pública no país é baseada no mérito, enquanto, para a educação privada, é condicionada ao poder de compra, o que torna a graduação em medicina, em grande parte, acessível somente aos mais privilegiados financeiramente. Contudo, Sharma (2015) revela que o esquema de compras de vagas também ocorre nas escolas públicas indianas. O autor descreve uma investigação criminal no país, onde foram identificados 295 estudantes de escolas de medicina públicas que sequer passaram pelas etapas admissionais, e 721 alunos em IESP de medicina admitidos pelo esquema de compra de vagas e fraudes nos testes.

No Brasil, Scheffer e Dal Poz (2015) destacam que os procedimentos de admissão para as universidades públicas envolvem exames de ingresso extremamente competitivos. Além disso, as altas taxas cobradas pelos cursos particulares tendem a favorecer alunos com mais recursos, semelhante ao que ocorre na Índia. A mídia brasileira já veiculou notícias revelando esquemas de fraude no acesso a cursos altamente concorridos, como o de medicina. No entanto, a literatura científica selecionada e analisada sobre o país não apresenta referências.

7.4 **Qualidade**

Aproximadamente 45% dos artigos fizeram referência à questão da qualidade da educação médica. De forma geral, os autores anunciam uma preocupação acerca do declínio da qualidade vinculada, sobretudo ao aumento expressivo e ao rápido do número de escolas. A leitura e a análise do material permitiram destacar os seguintes fatores: currículo, corpo docente, processo de avaliação e estrutura.

Elementos relacionados ao **currículo** foram mencionados 55 vezes na análise realizada. Mudanças no currículo das graduações em medicina são fortemente indicadas pela maioria dos autores, os quais também relatam que, embora tenham ocorridos diferentes iniciativas governamentais buscando incentivar inovações pedagógicas e metodológicas, e mesmo que algumas tenham sido postas em práticas, a realidade da estrutura rígida das instituições acadêmicas médicas públicas e privadas é, com frequência, apontada como um fator limitante de sucesso (CHOUDHURY, 2014; HIRA *et al.*, 2009; SABDE *et al.*, 2014; SCHEFFER; DAL POZ, 2015; SOLANKI; KASHYAP, 2014; SOOD, 2008; SUPE; BURDICK, 2006). Os autores apontam métodos antiquados e rudimentares e a existência de práticas de avaliação discente duvidosas, as quais não estão direcionadas para o desenvolvimento de habilidades e competências centradas no paciente e exigidas na prática clínica.

Hira et al. (2009), em seu estudo descritivo sobre a perspectiva dos estudantes indianos de escolas públicas e privadas, apontam que, para 59% dos alunos, o currículo é muito teórico, autoritário e pouco ou nada interativo. Os problemas pedagógicos não são privilégio das instituições privadas. Por vezes, o engessamento é maior nas instituições públicas por conta, sobretudo, da hierarquia institucional, e do fato de a longevidade dos docentes ser extremamente influente e, em geral, atuam em oposição a novas metodologias de ensino e aprendizagem.

Similar na Índia e no Brasil, a produção de pesquisa acadêmica é muito baixa ou inexistente no setor privado da educação médica. Na Índia, é raro o número de artigos indexados, uma vez que o direcionamento da carreira médica para a pesquisa é considerado um luxo, em virtude da carência de investimentos e da sobrecarga de trabalho (CHOUDHURY, 2014). No Brasil, em geral, os laboratórios de pesquisa estão vinculados às IES públicas.

Aliado a isso, **o corpo docente** costuma ter alta rotatividade nas IESP que, pela escassez de profissionais qualificados, minimizam e flexibilizam os critérios de seleção de professores, contribuindo para a redução de qualidade da educação (BAL, 2010; MALHOTRA, 2013; SOLANKI; KASHYAP, 2014).O déficit no quadro varia de 20% a 33% de acordo com o departamento (CHOUDHURY, 2014). O autor destaca ainda que o aumento no número das escolas ampliou massivamente a competitividade pelos professores universitários não somente entre as IESP, mas também com as públicas. Ressalta-se ainda que o país não possui um nenhum sistema de avaliação dos professores, portanto a qualidade do ensino é verificada somente pelo instrumento aplicado aos alunos nos semestres finais; ou seja, com baixíssimo, ou nenhum, potencial de interferência no processo formativo desses estudantes (SOLANKI; KASHYAP, 2014).

No Brasil, o estudo de Scheffer e Dal Poz (2015) destacou, por meio do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade), nos anos de 2010 e 2013,que houve diferença significativa na performance das escolas médicas públicas em relação às privadas. Segundo os autores, **o processo de avaliação** considera tanto as habilidades adquiridas pelos alunos (mediante exames), como também o desempenho da escola, por meio das qualificações do corpo docente e da organização didática e educacional da instituição. Contudo, nenhum dos estudos, selecionados para esta pesquisa, de ambos os países, apresenta dados quantitativos sobre as qualificações dos professores; ou seja, não há dados sobre o percentual de doutores nas instituições de ensino.

Outro fator associado frequentemente à melhoria ou não da qualidade do ensino são os **processos de avaliação,** não apenas dos alunos e professores, em parte já comentados, mas também da estrutura de ensino como um todo. A análise identificou que, embora a referência à “qualidade” tenha sido relevante, nenhum dos materiais selecionados trazia como objetivo principal ou específico a avaliação da qualidade das escolas médicas públicas e privadas. O estudo de Sood (2008) revelou que, na Índia, como parte das recomendações políticas nacionais, em 1994, foi estabelecido o Conselho Nacional de Avaliação e Acreditação na

Índia, do *inglês National Assessment and Accreditation Council* (NAAC), cuja missão seria oferecer à instituição um reconhecimento adicional do seu *status* por meio de processos de avaliação e acreditação por pares, com avaliadores externos e internos. Ademais, o MCI dispõe as diretrizes para abertura e funcionamento das IES de medicina. Contudo, o que se percebe é uma burocratização de aspectos estruturais minuciosamente detalhados e nenhuma referência aos processos pedagógicos e metodológicos das escolas (CHOUDHURY, 2014). Ademais, permissões são concedidas sob a influência política e/ou monetária (DAVEY et al., 2014; GUPTA; KAUR; GUPTA, 2015).

Por fim, a **estrutura física** das escolas médicas na Índia, de forma geral, foi considerada mais precária nas instituições privadas do que nas públicas. Nagral (2015) menciona ainda que muitas escolas privadas na Índia não possuem hospitais universitários próprios e nem possuem afiliações/convênios com outros hospitais, logo são dependentes dos hospitais públicos para o treinamento prático dos seus estudantes. O autor destaca o conteúdo de mídia publicado em jornais locais que, com frequência, denunciam a precariedade e a insuficiência de leitos e serviços oferecidos escolas privadas. Segundo Davey et al. (2014), 60% a 70% das escolas médicas não apresentam níveis satisfatórios em termos de infraestrutura e material clínico.

Para Anand (2009), as IESP de medicina não possuem controle sobre a educação médica, cujo dono em geral é um empresário, ou um grupo empresarial, e o principal interesse é a obtenção de lucro e não a qualidade do serviço oferecido.

Novamente, a literatura selecionada para esta revisão não contemplava informações sobre esse elemento.

7.5 **Regulação/Acreditação**

Os conceitos de regulação e acreditação apresentam diferenças importantes de aplicação, particularmente nos campos político e econômico, apesar de semelhanças em outros segmentos. Nesta tese, utilizamos ambos os conceitos de forma equivalente. A escolha dessa estratégia justifica-se em três aspectos: a) a complexidade de definição de ambos os termos, cuja aplicação também varia de acordo com o campo ao qual se emprega, assim a compreensão no setor saúde pode ser distinta da perspectiva econômica, por exemplo; b) o baixo número de estudos encontrado e analisados, sobretudo no caso do Brasil, o que tornou necessário o agrupamento desses conceitos, considerando a informação disponível; c) o fato de esta pesquisa comparar dois países que, embora apresentem similaridades, possuem

estruturas normativas e legais bastante específicas, as quais não foram analisadas em profundidade nesta pesquisa.

Os mecanismos regulatórios são imprescindíveis para o bom funcionamento e eficiência de todas as demais varáveis. Por esse motivo, é possível encontrar facilmente elementos desse campo nos demais eixos. No entanto, a análise realizada permitiu identificar que, apesar de existentes e compreendidos como essenciais para sistemas mais eficientes e eficazes, a regulação/acreditação da educação médica na Índia e no Brasil é burocrática e incompetente.

Regulação é a ação ou processo na qual o Estado promulga leis e direciona a conduta e a manutenção de sistemas, serviços, instituições etc. De forma geral, a regulação na saúde e na educação é bastante complexa, em razão do envolvimento de diversas estruturas em ambos os sistemas. Paralelamente, o processo deve ser acompanhado, monitorado e avaliado por um agente, que adequadamente é externo e geralmente público especializado. Da mesma forma, regulação pode ser compreendida com o qualquer forma de intervenção do Estado na economia e como mecanismos de controle social ou influência que afetam diversos aspectos do comportamento (CLARKE, 2016; SALTMAN, 2012)

A ausência de um mecanismo efetivo de regulação por parte do Estado, tanto na Índia quanto no Brasil, na educação médica privada, pode ser considerada um potencializador de muitos dos agravos já mencionados neste estudo, entre eles, a má distribuição de recursos que favorecem as regiões urbanas e mais ricas, por exemplo (GOSWAMI; SAHAI, 2015). Nesse contexto, o crescimento descontrolado das escolas médicas privadas pôs de lado segmentos estruturantes e condicionantes para uma educação de qualidade.

No caso da Índia especificamente, Sood (2008) fez referência aos processos bastante burocráticos e aparentemente rígidos para a abertura de novas escolas de medicina, no qual inúmeros requisitos precisam ser preenchidos além da obtenção da permissão do MCI e da acreditação do Conselho Médico Estatal. Segundo Khan (2012), as diretrizes e orientações elaboradas e comandadas pelo MCI são bastante específicas e minuciosas sobre o número de professores e outros quadros de funcionários necessários para cada disciplina. Ademais, as informações são baseadas no número de admissões das instituições a cada ano e consideram aspectos estruturais como instalações hospitalares, laboratórios e sala de aulas, por exemplo (GOSWAMI; SAHAI, 2015). Contudo, o que se percebe é que esse mecanismo não foi eficiente em garantir qualidade e promover inovações no ensino, uma vez que não considera

as metodologias e nem os processos pedagógicos empregados (MALHOTRA, 2013;SOLANKI; KASHYAP, 2014).

Segundo Choudhury (2014), o MCI é apenas um órgão de recomendações sem genuína autonomia e autoridade, o que limita a efetiva regulação das instituições de ensino em medicina. Além da ineficiência, a literatura apontou práticas antiéticas de “maquiagem” nas estruturas hospitalares e acadêmicas, nas quais são contratados “pacientes” para preenchimento de vagas nos hospitais privados e contratados ou trocados, entre as escolas, equipamentos e materiais clínicos durante o período de inspeções (GUPTA; KAUR; GUPTA, 2015). De acordo com o estudo realizado em Maharashta, 69% dos estudantes de escolas privadas afirmam que suas instituições maquiam a realidade das instalações e condições de ensino durante as visitas de avaliações (HIRA et al., 2009). Contudo, os autores afirmam também que os requisitos solicitados são impraticáveis e ultrapassados, reforçando e justificando a necessidade de reformas na educação médica do país.

Em relação à acreditação, o processo é mandatório e também é regulado pelo MCI e, portanto, ineficiente (SUPE; BURDICK, 2006). O país conta com um órgão acessório, o NAAC, um órgão autônomo estabelecido pela *University Grant Comission of India*, que auxilia as instituições na identificação de forças, fraquezas e oportunidades. No entanto, trata-se de um processo voluntário, e menos de 10% das escolas médicas estão creditadas (SUPE, BURDICK, 2006).

No Brasil, os processos de regulação do ensino superior são monitorados pelo Ministério da Educação (SCHEFFER; DAL POZ, 2015) e possuem políticas federais pautadas em legislações que visam a incentivar a oferta de cursos e vagas em escolas de medicina, com destaque para o Programa Mais Médicos. Este artigo traz informações relativas à performance das escolas, como já mencionado previamente, e do marco regulatório para abertura de novos cursos e vagas. Da mesma forma, estudo de Franco e Dal Poz (2018)faz referência à legislação nacional. Contudo, ambos os estudos não propõem descrição mais minuciosa do processo regulatório sobre as graduações de medicina.

8 ANÁLISE DESCRITIVA E COMPARATIVA DA PARTICIPAÇÃO DO SETOR PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE E NA EDUCAÇÃO MÉDICA DA ÍNDIA E DO BRASIL

Os Estados da Índia e do Brasil possuem sistemas de saúde comprometidos com a cobertura universal de saúde. Para tal, se faz necessário um número adequado de profissionais, idealmente bem treinados e com competências e habilidades direcionadas às realidades locais, sem perder de vista o contexto de saúde global. Compreender esse cenário pode contribuir ativamente e facilitar as relações e articulações das macropolíticas com outros setores sociais.

As carreiras médicas na Índia são muito procuradas porque têm melhores perspectivas de mercado de trabalho (retorno financeiro garantido), *status* social e agregam valor ao mercado de casamentos[16]. A FTS no Brasil cresceu com a expansão dos serviços de saúde e ficou mais diversificada. Como exemplos, citam-se a municipalização dos empregos, a crescente proporção de empregos em clínicas ambulatoriais, o aumento da flexibilidade dos contratos de trabalho e a feminização da força de trabalho (MARTEN et al., 2014).

Este capítulo apresenta as similaridades e diferenças e exibe os dados acerca da quantidade de escolas privadas de medicina, número de vagas e distribuição geográfica em ambos os países.

8.1 Crescimento no número de escolas médicas privadas na Índia e no Brasil

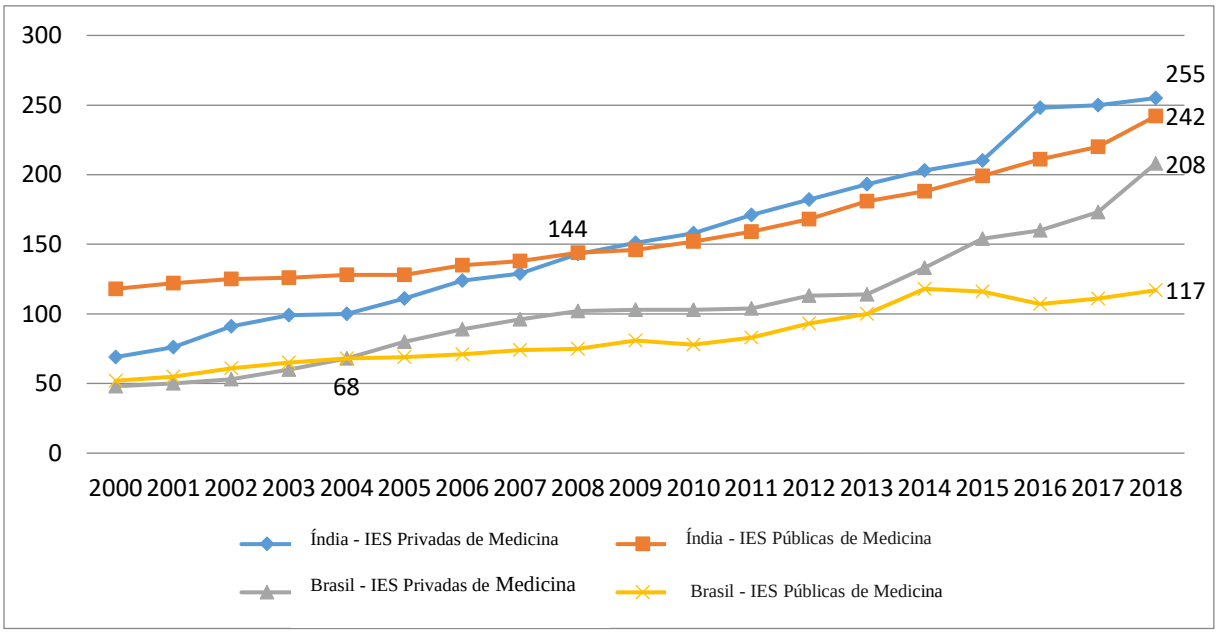
A rápida expansão das faculdades de medicina privadas na Índia acelerou na fase de liberação pós-econômica (a partir do início da década de 1990), juntamente com o encolhimento do financiamento público para o estabelecimento de faculdades de medicina pelo Estado.

O número de faculdades de medicina que oferecem MBBS aumentou de 28 em 1950 (CHOUDHURY, 2016) para 497 em 2018 (Figura 7), com uma capacidade total de aproximadamente 60.680 estudantes. Destas, 255 (51,31%) são faculdades de medicina particular com uma admissão total de 27.520 alunos (45,35%) (Figura 8). Durante os anos acadêmicos de 2016 e 2017, 51 novas faculdades de medicina foram afretadas e mais de 90 mil assentos MBBS foram renovados. Nas últimas duas décadas e meia (de 1990 a 2017), o número de faculdades de medicina privadas aumentou em 534% (de 41 para 260), enquanto o número de

[16] No país, ainda que exista uma variedade de crenças e religiões, para a maioria da população o matrimônio é um ritual de passagem das fases da vida com muita representatividade social e econômica. A carreira médica colabora na escolha dos parceiros e valoriza os dotes.

faculdades de medicina públicas aumentou apenas 107% (de 102 para 220) no mesmo período; ou seja, de 1990 a 2017, houve um crescimento global de 230% durante esse período.

Figura 7 - Tendências no número total de escolas médicas públicas e privadas por ano, de 2000 a 2018. Índia e Brasil



Fonte: O autor, 2019. Base nos dados do MCI, e-MEC, SIGRAS. 2018.

No Brasil, o perfil do ensino superior vem apresentando mudanças consideráveis, ligadas especialmente à expansão do setor da educação, com o crescimento de programas como medicina e enfermagem. A intensa participação do setor privado, que domina 70% a 80% do sistema de ensino superior no país, leva a preocupações com a qualidade da educação recebida pelos graduados desses programas.

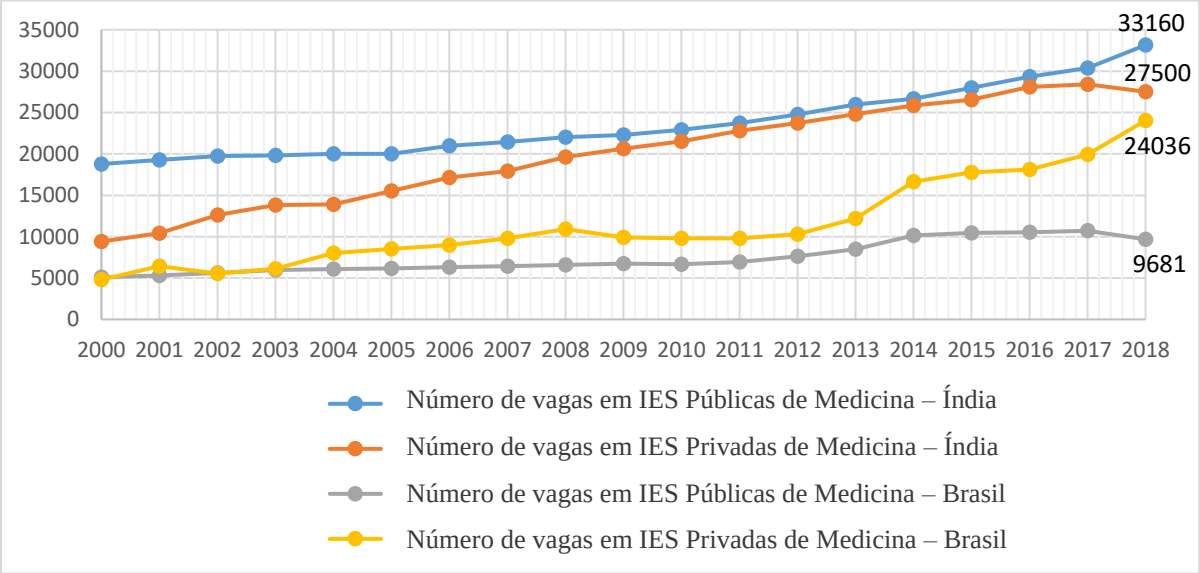
Notavelmente, conforme mostrado na Figura 7, a expansão do número de faculdades de medicina no Brasil é impulsionada principalmente por instituições educacionais privadas. Em 2018, havia 325 escolas de medicina no país, das quais 208 eram privadas (64%) e 117 (36%) eram públicas. Os percentuais de estudantes em cada uma das instituições foram de 71,28% e 28,71%, respectivamente (Figura 8).

A participação de instituições privadas no Brasil superou o número de IES públicas em 2003, quando as instituições privadas atingiram 50,6% das IES. No entanto, o setor público ainda produziu 61,3% dos graduados em 2003.

O número de faculdades de medicina brasileiras em 2017 foi 260% superior ao número de 2000. Além disso, desde 2005, as escolas privadas têm superado em número as escolas

públicas. O número de vagas disponíveis em instituições médicas privadas ultrapassou o número de assentos públicos desde 2003. A diferença entre as escolas públicas e privadas mantém-se estável até 2012; diminui entre 2012 e 2014; e depois, nos anos seguintes, o número de assentos privados cresce para quase o dobro do número de assentos públicos nos primeiros anos de educação médica.

Figura 8 - Tendências no número total de vagas em escolas médicas públicas e privadas por ano, de 2000 a 2018. Índia e Brasil



Fonte: O autor, 2019. Base nos dados do MCI, e-MEC, SIGRAS. 2018.

Na Índia, os últimos três Planos Quinquenais[17], o 10º (2002-2007), o 11º (2007-2012) e o 12º (2012-2016), estão associados a um crescimento consecutivo no setor privado de educação. No entanto, escolas médicas privadas na Índia são listadas como sem fins lucrativos e geram grandes fluxos de renda. Embora possam ser estabelecidos apenas por *trusts*, uma amostra aleatória e pequena (=10) de tais instituições na Índia mostra que metade delas é apoiada por políticos ou empresários, o que não é permitido por lei. Ademais, o forte aumento no número de faculdades de medicina particulares é motivado pela recompensa financeira possibilitada pela

[17] São ferramentas de planejamento adotadas pelo governo indiano imediatamente à independência do país. Denominados inicialmente, em 1948, de Planos de Desenvolvimento, os atualmente denominados Planos Quinquenais têm como objetivo a "persecução de metas de crescimento e modernização e justiça social, por meio de políticas visando à maximização da eficiência na utilização dos recursos produtivos disponíveis no país". As políticas econômicas de longo prazo estão dispostas no documento chamado de "Vision 2020" (GOVERNMENT OFINDIA, [S.d.]; NASSIF, 2006).

alta demanda por educação médica, juntamente com altas taxas de captação e mensalidades, que são contrárias às normas estabelecidas pelo MCI, o órgão regulador de saúde da educação médica na Índia.

A crescente demanda no país, juntamente com a redução (ou na melhor das hipóteses estagnada) do financiamento público para o ensino superior, estimula a participação do setor privado na Índia. A participação do setor privado no ensino superior também é apoiada pelo argumento de que a taxa de retorno privado excede a taxa de retorno social e, portanto, deve ser financiada principalmente pelos investidores.

No Brasil, após a implementação do Programa Mais Médicos, o número de escolas particulares aumentou em, aproximadamente, 51% de 2013 para 2017. O Programa promoveu a criação de 5.306 novas vagas - 68,15% oferecidos por IES privadas e 31,85% por IES públicas.

Durante esse período, entre 2014 e 2016, o número de escolas médicas públicas não mudou, enquanto o número de escolas particulares cresceu. Além do crescimento exponencial das faculdades de medicina privadas, o número de assentos no primeiro ano também aumentou.

O mercado privado de treinamento médico é fragmentado e ainda atrai participação significativa de proprietários individuais ou familiares, com distribuição geográfica desigual concentrada principalmente em locais pequenos e médios distantes das áreas metropolitanas. Atualmente, especialmente após o início do Programa Mais Médicos, o crescimento das faculdades de medicina privadas tornou-se um campo fértil para novos conglomerados da IES.

8.2 **Distribuição de faculdades de medicina privadas na Índia e no Brasil**

O sistema de educação médica na Índia tem mais escolas que qualquer outro país do mundo. Contudo, a proporção de vagas por 100 mil habitantes em escolas médicas privadas é cinco vezes maior no Brasil do que na Índia.

As Tabelas 2 e 3 mostram os dados referentes ao número de escolas e de vagas em cada país, bem como a distribuição nos Estados e Regiões de cada país.

Tabela 2 - Número de escolas e número de matrículas nas IES públicas e privadas de medicina por Estado. Índia, 2017

		Public		***Private***		***India***	
Zonal Council	***States***	***N of Schools***	***N of Seats***	***N of Schools***	***N of Seats***	***N of Schools***	***N of Seats***
Central	Chhattisgarh (Raipur)	6	650	3	450	9	1,100
	Madhya Pradesh (Bhopal)	6	800	12	1,800	18	2,600
	Uttar Pradesh (Lucknow)	16	2,049	29	4,000	45	6,049
	Uttarakhand (Dehradun)	3	350	3	450	6	800
	Subtotal	31	3,849	47	6,700	78	10,549
Eastern	Andaman & Nicobar Islands	1	100	0	0	1	100
	Bihar (Patna)	9	950	4	400	13	1,350
	Jharkhand (Ranchi)	3	350	0	0	3	350
	Odisha (Bhubaneshwar)	3	650	5	600	8	1,250
	West Bengal (Kolkata)	14	2,150	4	550	18	2,700
	Subtotal	30	4,200	13	1,550	43	5,750
Northeastern	Arunachal Pradesh (Itanagar)	0	0	0	0	0	0
	Assam (Dispur)	6	726	0	0	6	726
	Manipur (Imphal)	2	200	0	0	2	200
	Meghalaya (Shillong)	1	50	0	0	1	50
	Mizoram (Aizawl)	0	0	0	0	0	0
	Nagaland (Kohima)	0	0	0	0	0	0
	Sikkim (Gangtok)	0	0	1	100	1	100
	Tripura (Agartala)	2	200	0	0	2	200
	Subtotal	11	1,176	1	100	12	1,276
Northern	Chandigarh	1	100	0	0	1	100
	Delhi	6	900	2	200	8	1,100
	Haryana (Chandigarh)	4	500	6	750	10	1,250
	Himachal Pradesh (Shimla)	3	300	1	150	4	450
	Jammu & Kashmir (Srinagar-S*, Jammu-W*)	3	400	1	100	4	500
	Punjab (Chandigarh)	3	500	7	875	10	1,375
	Subtotal	20	2,700	17	2,075	37	4,775
Southern	Andhra Pradesh (Hyderabad)	13	2,050	19	2,750	32	4,800
	Karnataka (Bangalore)	18	2,300	38	5,945	56	8,245
	Kerala (Thiruvananthapuram)	9	1,250	24	2,800	33	4,050
	Lakshadweep	0	0	0	0	0	0
	Puducherry/Pondicherry	1	150	7	1,050	8	1,200
	Tamil Nadu (Chennai)	23	3,015	26	3,600	49	6,615
	Telangana (Hyderabad) - new state 2014	6	1,000	18	2,650	24	3,650
	Subtotal	70	9,765	132	18,795	202	28,560
Western	Goa (Panaji)	1	150	0	0	1	150
	Gujarat (Gandhinagar)	11	1,930	14	1,600	25	3,530
	Maharashtra (Mumbai)	22	3,050	28	4,070	50	7,120
	Rajasthan (Jaipur)	8	1,450	8	1,200	16	2,650

	Subtotal	42	6,580	50	6,870	92	13,450
Central Government	AIIMS	7	673	0	0	7	673
	JIPMER	1	150	0	0	1	150
	Subtotal	8	823	0	0	8	823
	Total	**212**	**29,093**	**260**	**36,090**	**472**	**65,183**

Fonte: O autor, 2019. Base nos dados do Medical Council of India (MCI)

O Conselho da Zona Sul (Andaman e Nicobar, Andhra Pradesh (Hyderabad), Karnataka (Bangalore), Kerala (Thiruvananthapuram), Lakshadweep, Pondicherry/Pondicherry, TamilNadu (Chennai) e Telangana (Hyderabad)) tem o maior número de escolas médicas, incluindo instituições públicas e privadas. No total, os cinco Estados do Sul – Andhra Pradesh, Karnataka, Kerala, Tamil Nadu e Telangana – e o território da união de Puducherry, com 21% da população total da Índia, tinham quase metade das escolas de medicina (42,8%) e capacidade de 43,8% em 2017. Em contraste, dez Estados e dois territórios da união do Leste Bihar (Patna), Jhark Bihar (Patna), Jharkhand (Ranchi), Orissa (Bhubaneshwar), Sikkim (Gangtok) e Bengala Ocidental (Kolkand) e Regiões do Norte Chandigarh, Deli, Haryana (Chandigarh), Himachal Pradesh (Shimla), Jammu e Caxemira, e Punjab (Chandigarh), representando 45,3% da população da Índia, têm apenas um quarto do número total instituições médicas (CHOUDHURY, 2014).

A distribuição regional desigual de faculdades e assentos médicos na Índia deve-se em grande parte à distribuição desigual das faculdades de medicina privadas. Os Estados nas Regiões Sul e o Oeste (Goa (Panaji), Gujarat (Gandhinagar) e Maharashtra (Mumbai)) têm quase três quartos das instituições médicas privadas na Índia, conforme evidenciado na Tabela 2. A partir de 2017, 51 % das faculdades de medicina privadas na Índia estavam localizadas nos Estados do Sul, em comparação com 33% das faculdades públicas (70 de 212 faculdades de medicina) (Tabela 2). A capacidade de admissão de estudantes de faculdades de medicina particulares nessa Região é de 52%, comparada a 33,5% das faculdades de medicina públicas. Nas outras quatro Regiões (Norte, Leste, Centro e Nordeste), a presença de educação médica no setor privado é significativamente reduzida.

A maioria dos estudantes de medicina no Brasil está matriculada em escolas privadas, principalmente no Sudeste (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo) onde quase metade das faculdades de medicina particulares estão localizadas (49,14%) (Tabela 3). Apesar do aumento do número de faculdades de medicina na Região Nordeste (Bahia, Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Ceará, Maranhão, Rio Grande do Norte, Paraíba e Piauí) nos últimos anos, a Região Sul (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) ainda ocupa o segundo lugar, considerando o total de escolas particulares de medicina no Brasil (18,28% no Sul e 17,14% no

Nordeste), seguido pelo Centro-Oeste (8%) (Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Tocantins) e depois Norte (7,42%). O número de alunos em instituições privadas não é homogêneo e está concentrado nas Regiões Sudeste e Nordeste. No Sudeste, o número de escolas é mais que o dobro do da Região Nordeste. A Região Norte (Pará, Amazonas, Rondônia, Acre, Amapá e Roraima) possui o menor número de escolas públicas e privadas.

Tabela 3 - Número de escolas e número de matrículas nas IES públicas e privadas de medicina por Estado. Brasil, 2017

		Public		***Private***		***Brazil***	
Regions	***States***	***N of Schools***	***N of Seats***	***N of Schools***	***N of Seats***	***N of Schools***	***N of Seats***
North	Acre	1	80	1	81	2	161
	Amapá	1	60	0	0	1	60
	Amazonas	2	242	1	100	3	342
	Pará	3	270	2	256	5	526
	Rondônia	1	40	3	260	4	300
	Roraima	1	80	0	0	1	80
	Tocantins	2	220	4	420	6	640
	Subtotal	*11*	*992*	*13*	*1,117*	*22*	*2,109*
Northeast	Alagoas	3	210	2	285	5	495
	Bahia	11	673	8	935	19	1,608
	Ceará	4	400	4	552	8	952
	Maranhão	4	330	1	149	5	479
	Paraíba	3	265	6	600	9	865
	Pernambuco	6	510	4	600	10	1,110
	Piauí	4	270	3	300	7	570
	Rio Grande do Norte	4	280	1	192	5	472
	Sergipe	2	160	1	140	3	300
	Subtotal	*41*	*3,098*	*30*	*3,753*	*71*	*6,851*
Southeast	Espírito Santo	1	80	4	490	5	570
	Minas Gerais	15	1,405	27	2,516	42	3,921
	Rio de Janeiro	5	674	15	1,906	20	2,580
	São Paulo	16	1,462	30	3,599	46	5,061
	Subtotal	*37*	*3,621*	*76*	*8,511*	*113*	*12,132*
South	Paraná	7	490	10	1,182	17	1,672
	Rio Grande do Sul	7	680	11	907	18	1,587
	Santa Catarina	3	220	8	627	11	847
	Subtotal	*17*	*1,390*	*29*	*2,716*	*46*	*4,106*
Central West	Distrito Federal	2	180	3	260	5	440
	Goiás	2	608	4	540	10	1,148
	Mato Grosso do Sul	4	268	1	120	5	388
	Mato Grosso	4	240	2	191	6	431
	Subtotal	*16*	*1,296*	*10*	*1,111*	*26*	*2,407*

Brazil	**122**	**10,397**	**156**	**17,208**	**278**	**27,605**

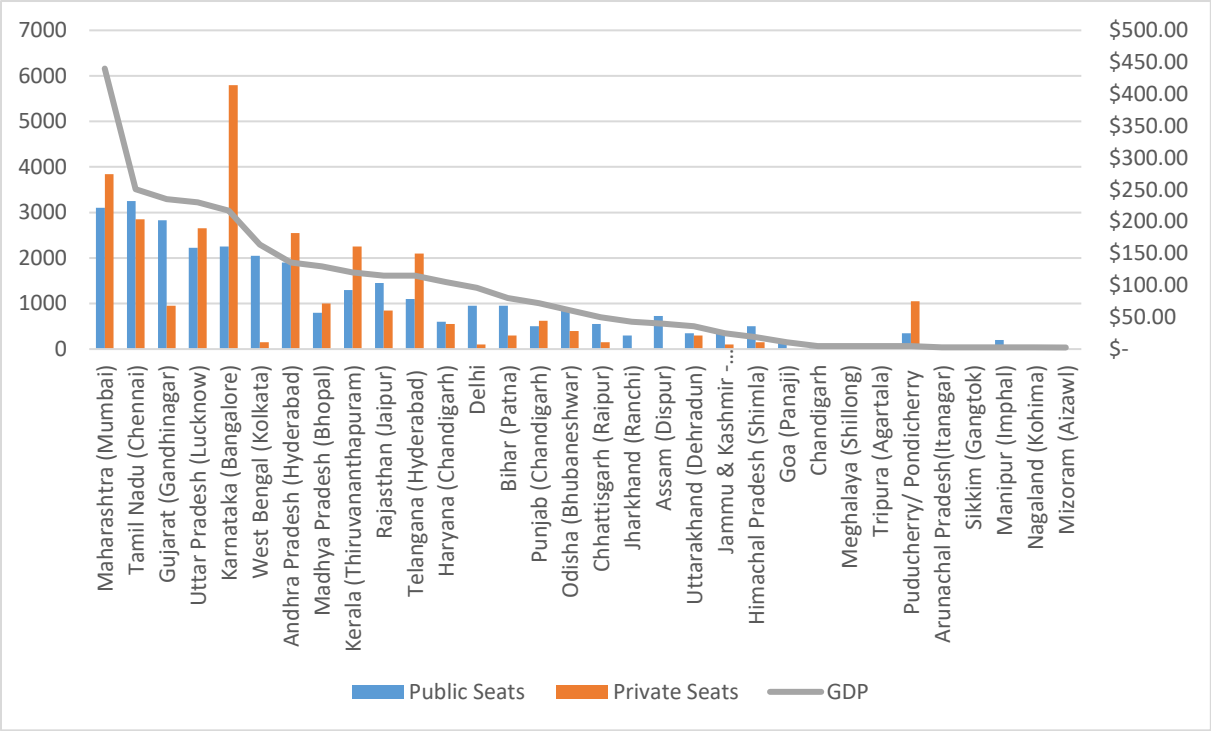
Fonte: O autor, 2019. Baseado nos dados do BRASIL ([2017]).

A literatura demonstra que o interesse dos investidores é impulsionado pela capacidade de pagamento de estudantes e pacientes e, em áreas mais ricas, é fácil contratar recursos humanos qualificados para as escolas médicas. Além disso, Estados e Regiões mais ricos têm melhor infraestrutura e, portanto, são capazes de atrair investidores em educação médica privada.

Confirmando essas informações, tanto na Índia como no Brasil (Figuras 9 e 10) a distribuição de faculdades de medicina privadas é maior em Estados com maior PIB. Esses dados destacam a concentração da atenção à saúde, o que reforça a desigualdade na disponibilidade não apenas das escolas médicas, mas também dos serviços de saúde em todo o país.

Existem enormes disparidades entre os Estados e Regiões da Índia. Mais da metade (57%) das escolas de medicina recentemente estabelecidas estão em apenas seis Estados (a saber, Maharashtra, Tamil Nadu, Karnataka, Andhra Pradesh, Gujarat e Kerala). Esses Estados já têm internações em faculdades de medicina para proporções populacionais bem acima daquelas encontradas em outros Estados e acima da média nacional. Em contraste, alguns Estados, especialmente no Nordeste da Índia, não possuem uma única faculdade de medicina.

Figura 9- Número de assentos em escolas médicas públicas e privadas por Estado e PIB por Estado. Índia,2017

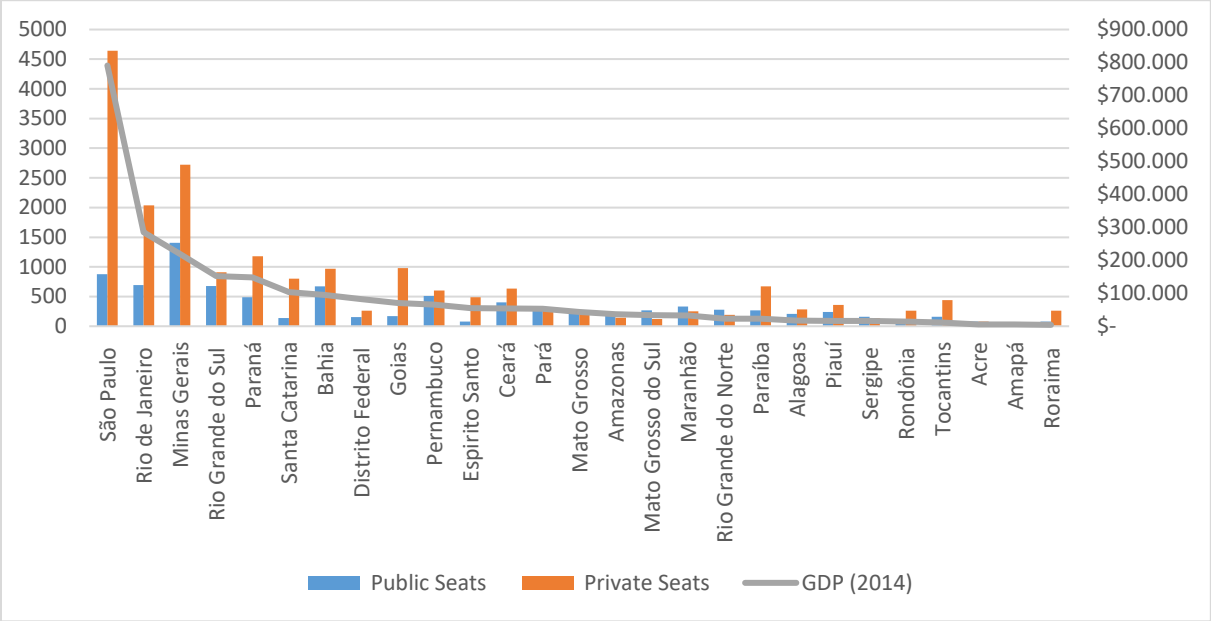


Fonte: Autor, 2019. Base nos dados do Medical Council of India (MCI); Banco Mundial - PIB, 2017.

No Brasil, dados dos Conselhos Estaduais de Medicina sobre os registros de médicos (indicativo da intenção de praticar em determinado estado) indicam que quase 75% de todos os novos registros em 2001 foram nos Estados mais ricos (e mais saudáveis!), 50% da população (SCHEFFER et al., 2018).

Um item de destaque é a literatura do setor privado que justifica sua expansão, especialmente em locais onde são necessárias escolas de medicina e, consequentemente, os recursos de saúde gerados por elas. Com a promulgação da Lei Mais Médicos, essa necessidade foi precisamente a justificativa dada para o aumento maior pelo setor privado e não pelo setor público.

Figura 10 -Número de assentos em escolas médicas públicas e privadas por Estado e PIB por Estado. Brasil,2017



Fonte: Autor, 2019. Baseado nos dados BRASIL ([2017]); IBGE, 2017.

9 DISCUSSÃO

A complexidade de abordar esse tema, a pluralidade de perspectivas possíveis, a diversidade de conceitos, além de uma escassa produção científica, constituem circunstâncias bastante óbvias sobre a importância deste trabalho. Contudo, associar e analisara dinâmica do mercado de trabalho em saúde e suas relações e impactos na política da cobertura e do acesso universal em saúde exigiram um esforço que transcendeu a conceituação de "privado" como categoria analítica.

A convergência de um conjunto de diferentes informações e evidências produzidas em um modelo teórico e analítico compôs a "espinha dorsal" deste estudo. Os achados produzidos a partir das estratégias metodológicas adotadas foram debatidos sob a égide dos três eixos estruturantes, cuja organização, apesar de esquemática, compreende a sobreposição de funções, variáveis, atividades e ações dos seus elementos. Diante disso e da possibilidade de maiores relações, essa seção destaca dois componentes, a regulação e a qualidade das IESP de medicina.

A autora compreende também que não há finitude no modelo teórico analítico aqui proposto, pelo contrário, há potencial de exploração e melhorias a partir da sua utilização e aprofundamento de conceitos. Um exemplo a ser destacado, e que já foi percebido durante a concepção desta tese, é a ênfase dada por Cordeiro (1980) às IES como membros do CEIS e a possível relação/vinculação com a expansão do setor privado na educação e na saúde.

As relações sistêmicas entre a saúde e a educação compreendem o **Eixo 1** do modelo teórico analítico da dinâmica do mercado de trabalho, cujo trabalho de Frenk et al. (2010) foi a principal referência. As propostas desses autores, que incluíam a necessidade de relações mais estreitas e dinâmicas entre ambos os sistemas, bem como uma mudança no modelo educacional dos profissionais de saúde do séc. XXI, tiveram pouca expressividade. As transformações sugeridas desejavam impactos do escopo do Relatório Flexner na educação médica para as profissões da saúde.

Essa comparação entre Índia e Brasil, e mesmo as análises individuais desses países, destacaram interfaces sinuosas e pouco dinâmicas entre o Sistema Educacional (mercado da educação) e o Sistema de Saúde (mercado de saúde), conforme destacado por McPake et al. (2013; 2015). Segundo McPake et al. (2013; 2015), a interação entre os dois sistemas gera desequilíbrios naturais, uma vez que são relações mediadas e tensionadaspelo mercado, e, portanto, resultam na negligência de cuidados de saúde às populações pobres, remotas e rurais.

Os resultados desta pesquisa demonstraram uma concentração das escolas médicas, públicas e privadas, em regiões urbanas e de maior PIB, o que corrobora essa evidência. Paralelamente, mesmo diante do estabelecimento de políticas e estratégias pelos governos de ambos os países que visaram à ampliação do acesso e da cobertura em saúde, na Índia, por exemplo a proposta do NRHM, e no Brasil, com o Programa mais Médicos, foram as pressões do âmbito do mercado que acabaram por determinar a localização das IES e mesmo a abertura de novas vagas.

Os resultados puderam comprovar também que, no escopo do "*Desenho Institucional*", os fatores destacados, como a existência de subsídios e isenções fiscais por parte dos Estados, a presença de mecanismos reguladores flexíveis com normativas bastante alargadas, e a possibilidade da obtenção de recursos por vias diversas serviram como estímulo potente para as instituições orientadas para o lucro, cujo crescimento foi mais expressivo. Estudos de Franco (2016), Choudhury (2014), McPake*et al.* (2015) e Scheffer, e Dal Poz (2015) já ressaltavam esse aumento que, no Brasil, se dá por meio das instituições com fins lucrativos; e, na Índia, embora a configuração organizacional não permita a legalidade dessas escolas, a obtenção de rendimentos e retornos financeiros é evidente.

Esta pesquisa também identificou que, de acordo com a literatura, o acúmulo de excedentes com base na diferença entre a soma das mensalidades e taxas totais cobradas e os gastos com a manutenção da instituição, como o corpo docente e outros serviços, por exemplo, também são fonte de retorno para os investidores (McPAKE et al., 2015). O componente "*Desenho Educacional"* e seus elementos fortemente pertinentes com a qualidade da formação apresentaram baixíssimas evidências de suporte. Pelo contrário, as variáveis qualitativas analisadas no *Scoping Review*, como a qualidade, por exemplo, apontou que tanto na Índia quanto no Brasil poucos investimentos são feitos para o estímulo da inovação, ciência e tecnologia (BEARAK, 2016). Além disso, a literatura consultada também identificou que o *marketing* é utilizado para captar pagadores, e não para a qualificação do corpo docente.

Outros aspectos que podem ser sublinhados, no âmbito da formação de profissionais de saúde, são os problemas relacionados com a infraestrutura das IESP que, associados à escassez de profissionais de saúde, ampliam a pressão sobre as instituições de ensino. Esse contexto destaca a limitação dessas escolas na qualificação, ou mesmo na formação de novos trabalhadores (DAL POZ; COUTO; FRANCO, 2016).

A análise do “currículo” das instituições indianas e brasileiras não foi objetivo desta tese. No entanto, esse componente é considerado um fator crítico e determinante na qualidade da formação em saúde. De acordo com Frenk et al. (2010), o modelo do ensino médico atual é amplamente ultrapassado, fragmentado e engessado, descrições que vão ao encontro das evidências apresentadas no *Scoping Review*. Os achados revelaram que diferentes iniciativas governamentais foram adotadas para incentivarem inovações pedagógicas e metodológicas; contudo, a estrutura rígida das instituições acadêmicas médicas, públicas e privadas é um fator limitante de sucesso na formação desses profissionais (CHOUDHURY,2014; HIRA et al., 2009; SABDE et al., 2014; SCHEFFER; DAL POZ, 2015; SOLANKI; KASHYAP, 2014; SOOD, 2008; SUPE; BURDICK, 2006).

Métodos antiquados e rudimentares, práticas de avaliação discente duvidosas e fragilidades na formação da prática clínica, cuja realização depende da aspectos estruturais como a disponibilidade ou não de hospitais para treinamento dos estudantes, por exemplo, foram realidades destacadas (CHOUDHURY, 2014; DAL POZ; COUTO; FRANCO, 2016). Há urgência de uma “educação transformadora”, na qual os currículos médicos sejam capazes de incluir as competências necessárias às demandas da população sem refutar as tensões das forças de mercado que orientam a escolha das carreiras (FRENK et al., 2010; McPAKE et al., 2015).

No âmbito do **eixo 2** do modelo teórico analítico apresentado, as escolas médicas, segundo a perspectiva de Cordeiro (1980), fazem parte do setor produtivo da saúde; ou seja, do CEIS e, consequentemente, do mercado da saúde. Essa “lente” não refuta o destino das instituições de formação em medicina na representação gráfica do modelo proposto, pelo contrário, vincula fortemente o crescimento do número de escolas privadas no setor saúde à presença cada vez mais marcante da iniciativa privada no setor saúde.

O CEIS contempla segmentos da indústria, serviços e universidades, cujas interfaces e articulações permitem ampliar a compreensão e análise sobre os fatores que influenciaram e influenciam a tendência de crescimento do mercado educacional.

A maior parte dos hospitais corporativos privados na Índia, aproximadamente 77%, localiza-se em 15 Estados, cobrindo apenas 33 Distritos do total de 640 no país. Ademais, 20% dos hospitais estão concentrados em sete Distritos, a saber: Mumbai, Ahmedabad, Bengaluru Urbano, Thane, Hyderabad, Pune e Chennai (HOODA, 2015). Da mesma forma, os hospitais privados no Brasil estão localizados em cidades com melhores economias (SILVEIRA, 2018), assim como acontece com as escolas privadas de medicina, a maioria encontra-se no Sudeste (41,4%), especialmente em São Paulo e Minas Gerais, e está direcionada para o lucro (57,8%)

(FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE (Brasil), 2018). Esta pesquisa demonstrou que ambos os sistemas de saúde e de educação na Índia e no Brasil têm forte participação do setor privado, ainda que tenham sido apresentados alguns dados indicando a relação da expansão das IESP de medicina ao CEIS; neste caso, ilustrado apenas pelo segmento hospitalar, uma análise mais aprofundada é necessária para correlacionar os setores e ocasionalmente até vincular os investidores.

A expansão das IESP nos Estados indianos e brasileiro não é surpreendente. Comparados aos demais membros do BRICS, Índia e Brasil são os países que apresentaram a maior capacidade em absorver a nova massa de estudantes ("demanda") com interesse e faixa etária compatível com o ensino superior (CARNOY et al., 2013). A identificação de uma clientela cujo potencial de consumo é ampliado e amparado em subsídios e programas de financiamento estudantil, em sua maioria públicos, confirma-se como mais uma evidência sobre as agressivas estratégias de captação e expansão desses mercados (CARNOY et al., 2013). Contudo, apesar do expressivo aumento no número de escolas, com taxas de crescimento global maiores que 200% em ambos os países, conforme demonstrado no item 8.1 desta tese, a ampliação do número de vagas permanece insuficiente e excludente, mas bastante lucrativa.

O que se percebeu é que esse excedente serve como argumento para expandir o número de vagas, respondendo à demanda do mercado, seja por parte dos investidores, ou mesmo por parte do setor público, que se justifica na escassez de RHS, na razão médico por mil habitantes e nos indicadores de saúde do país. Para Carnoy et al. (2013), a demanda pelo setor serve para o expandir ainda mais. Consequentemente, a educação floresceu como uma indústria, e o estabelecimento de novas escolas médicas tornou-se um negócio imensamente lucrativo (KAPUR; MEHTA, c2004).

A demanda por formação médica alia-se à necessidade desses profissionais. A Índia, por exemplo, tem sido um país exportador de médicos, sobretudo para Inglaterra e os Estados Unidos; já o Brasil, embora não tenha esse perfil, também sofre com a escassez desses profissionais. Os resultados desta tese indicam que o aumento no número de escolas e de vagas em medicina não tem relação com a melhora dos indicadores de saúde e nem soluciona o problema da falta de médicos. Paralelamente, não é clara a sua contribuição para a redução do déficit e a melhoria da distribuição desses profissionais no território nacional, especialmente porque o mercado privado tende a atrair para as capitais (SCHEFFERet al., 2018; SCHEFFLERet al., 2018).

Em relação aos indicadores de saúde na Índia, uma vez que o país é o lugar com mais escolas médicas no mundo, a taxa de mortalidade infantil corresponde a 21% de todas as mortes infantis abaixo de 5 anos e 27% de todas as mortes neonatais globais. No Brasil, dados recentes sobre o impacto do aumento no número de médicos, em virtude do Programa Mais Médicos, nos indicadores de mortalidade, internação hospitalar por condições sensíveis à atenção básica, na incidência do número de nascidos vivos com menos de 2,5kg, nos casos de crianças entre 1 e 2 anos com desnutrição e de crianças até 2 anos com diarreia, revelaram que o Programa e os incentivos realizados não tiveram impacto estatístico em nenhuma das condições analisadas (ALMEIDA et al., [2017?]; MAZETTO, 2018).

Paralelamente, os resultados expostos nesta pesquisa mostram que a distribuição geográfica das escolas é uma oportunidade para expandir o mercado, uma vez que está vinculada ao poder de compra, ou no caso de pagamento das taxas e mensalidades. Evidência suportada com os dados apresentados na seção 8.2, que vinculam a localização das IESP a localidades com o maior PIB.

Para Kumar (2015) e Scheffer e Dal Poz (2015), a concentração de escolas sugere um padrão urbano-centrado não só relativo às instituições privadas, mas também às públicas. Os autores juntamente com Franco(2016) suportam a evidência aqui apresentada, a qual afirma que o aumento do número de escolas e de vagas não se configura como uma estratégia ligada à política de Cobertura e Acesso Universal à Saúde. Pelo contrário, os dados da Índia e do Brasil são expressivos e representativos em demonstrar que há uma concentração das IES e problemas de diversas ordens relacionados ao acesso ao nível superior. Esse aspecto vincula-se ao **eixo 3** do modelo teórico analítico proposto.

As dissonâncias entre o sistema de ensino superior e as políticas públicas anunciadas, nomeadamente de redução de desigualdade e ampliação de acesso, são confirmadas com os dados apresentados neste estudo, sobretudo no **eixo 2** do modelo teórico analítico, e no estudo de McPake et al. (2015). Além disso, refletem que as forças de mercado não foram consideradas nas ações e intervenções de planejamento de RHS.

As categorias de análise identificadas no **item 7** compuseram uma listagem de variáveis destacadas no modelo teórico analítico como aquelas cujo efeito tem impacto direto no compromisso assumido pelos governos da Índia e do Brasil com a política da Cobertura Universal em Saúde.

9.1 **A regulação das escolas médicas privadas**

O conceito de regulação pode ser entendido como um modo diverso de governança que envolve intervenção intencional nas atividades de uma população-alvo (SENGUPTA, 2016). As intervenções podem ser diretas e/ou indiretas, as atividades podem ser econômicas e/ou não econômicas, e o regulador e os regulados podem ser tanto agentes do setor público como do setor privado (SENGUPTA, 2016).

A Índia e o Brasil possuem um controle estatal mais indireto em comparação com os demais países do BRICS, uma vez que as instituições de fundo privado absorvem muito mais as novas matrículas do que os demais membros. Os ambientes institucionais públicos e privados mudam de forma concomitante aos processos e mecanismos regulatórios. Nessa lógica, percebem-se as instituições privadas ajustadas às novas estratégias para regulamentações estatais e as instituições públicas sendo moldadas diretamente pela necessidade de responder às demandas do Estado e do mercado (CARNOY et al., 2013).

Em ambos os países, as instituições privadas têm suficiente autonomia para buscar o acúmulo de excedentes como um objetivo primário e exercer pressão sobre o Estado para reduzir os controles regulatórios existentes e potenciais.

Os regulamentos na Índia que regem a educação e a prática médicas são estabelecidos pelo MCI. O 92º relatório do Comitê Parlamentar Permanente sobre Saúde e Bem-Estar Familiar (DEPARTMENT-RELATED PARLIAMENTARY STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND FAMILY WELFARE, 2016)destaca, dentre as funções do MCI, as seguintes: a)regular a qualidade da educação médica; b)adequar a educação médica às necessidades de saúde do país; c)garantir o cumprimento dos padrões de qualidade pelas faculdades de medicina; d)produzir médicos competentes que possuam habilidades e valores exigidos pelo sistema de saúde; e)regulamentar a prática médica de acordo com um código de ética profissional. (INDIA, 2016).

No entanto, quando o MCI é testado nesses critérios, verifica-se que a qualidade da educação médica não tem sido regulada de modo satisfatório e possui baixos escores.

Vale destacar que, ainda que o Estado indiano reserve suas medidas regulatórias mais rigorosas para instituições privadas, algumas dessas escolas adquiriram *status* de autônomas, o que lhes permite organizar e projetar suas próprias estruturas, estabelecer o valor das taxas e realizar seus próprios exames de admissão sem controle estatal ou escrutínio público.

As principais políticas do ensino superior na Índia não fornecem diretrizes claras sobre a participação do setor privado no ensino superior, incluindo a educação médica. Ainda que a

legislação não permita instituições com fins lucrativos, a literatura cinza e as notícias sugerem que o setor seja atualmente uma fonte de lucro e corrupção.

A qualidade dos estudantes admitidos em instituições médicas privadas depende, muitas vezes, da capacidade de pagamento e não do mérito. Embora algumas instituições privadas tenham estabelecido alguns padrões mínimos, estes, de forma geral, estão muito abaixo dos padrões estabelecidos pelas instituições públicas, o que compromete a qualidade desses alunos. Paralelamente, na medida em que essas instituições são orientadas para a obtenção de lucros, há uma grave escassez de professores, instalações laboratoriais precárias e uma reduzida prática clínica assistencial direta com pacientes. Assume-se, com frequência, que a educação da FTS não é qualificada.

De forma geral, há falta de docentes para as escolas médicas, especialmente as privadas, tanto nas antigas como nas recém-criadas. A carência de professores varia de 20% a 33%, por causa principalmente da indisponibilidade de pessoal qualificado, sendo mais acentuada nas disciplinas de anatomia, farmacologia e medicina comunitária, por exemplo, mas também em razão do regime de trabalho de meio expediente (ANANTHAKRISHNAN, 2007). No entanto, essa realidade não impede o MCI de reconhecer novas instituições anualmente.

Considerando que é difícil avaliar a qualidade e a quantidade da pesquisa realizada por professores de medicina na Índia em virtude da falta de informação, uma medida indireta, isto é, o número de artigos da Índia indexados na PubMed, mostra que, entre 1989 e 1993, o país contribuiu com apenas 0,6% dos artigos indexados, que posteriormente aumentou para 1,5% entre 2004 e 2008 (ANANTHAKRISHNAN, 2010). Uma pesquisa do Conselho Indiano de Pesquisa Médica (*Indian Council of Medical Research*) sobre artigos científicos publicados entre 1990 e 1994 revela que quase 20% das faculdades de medicina não publicaram nenhum artigo durante esse período (SATYANARAYANA, 1998), e estudos posteriores mostraram que a situação piorou; ou seja, o número de faculdades que não produziu sequer um único artigo aumentou, em grande parte por conta do surgimento de novas faculdades (DEO, 2009; REDDY, 2013).

Fragilidades na regulação do setor privado na educação médica criam desafios como a má distribuição geográfica, a disponibilidade de médicos, a cobrança de taxas de captação ou mesmo outras com valores abusivos, além de potencializar as já difíceis conexões entre os sistemas educacionais e de saúde, que resultam em profissionais com formação dissociada das necessidades de saúde da população.

No Brasil, a abertura de IES deve receber autorização do Ministério da Educação. No caso das escolas de medicina, o Departamento de Educação Superior costumava exigir um manifesto do Conselho Nacional de Saúde. No entanto, desde 2013, o processo de abertura de uma faculdade de medicina está regulamentado na Lei do Programa Mais Médicos.

Não existe um sistema de controle de análise de mensalidades e taxas em instituições privadas no Brasil, e as questões de qualidade em escolas médicas públicas e privadas são de responsabilidade do Ministério da Educação. Embora a política do Mais Médicos contenha especificações relativas à formação médica, a expansão do mercado de educação médica privada não foi considerada em termos de dinamismo e requisitos de qualidade. Da mesma forma, ainda que existam exames para o ensino superior nacional, eles não fornecem modelos para a regulação ou avaliação da qualidade, especialmente considerando a velocidade exponencial de crescimento no setor.

Após 2015, o CFM e a Abem estabeleceram parceria para desenvolver e implementar o Sistema de Acreditação de Escolas Médicas. A proposta, inspirada na experiência bem-sucedida do *Liaison Committee on Medical Education*, que estabeleceu um processo de credenciamento oficial para cursos de medicina nos Estados Unidos e no Canadá, pretende complementar o Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior e sugere adesão voluntária.

Os Ministérios da Saúde e da Educação do Brasil formularam políticas para promover mudanças no currículo médico e enfatizar a atenção primária à saúde (BRASIL, 2002; HADDAD et al., 2010). No entanto, um quadro completo do impacto dessas mudanças nas competências dos alunos e o efeito dessas iniciativas na escolha de carreira não estão disponíveis. Paralelamente, não houve mudança na distribuição geográfica dos médicos (SCHEFFER; DAL POZ, 2015).

Ademais, o desempenho dos estudantes de medicina em todas as IES, públicas e privadas, é avaliado pelo Enade, cujas melhores pontuações foram alcançadas em instituições públicas nos anos 2010, 2013 e 2016 (SCHEFFER; DAL POZ, 2015). A participação no estudo do Enade faz parte do componente curricular obrigatório das IES e, segundo a legislação, após avaliações indicativas de mau desempenho, o programa pode ter sua autorização negada para novas admissões ou pode até ser fechado (BRASIL, 2004). No entanto, no caso das faculdades de medicina, não é conhecida a aplicação dessas regras punitivas.

Notavelmente, mais de 50% das escolas médicas públicas têm pontuações altas (71% em 2010, 66% em 2013 e 57% em 2016). Aproximadamente 50% das escolas privadas apresentaram a menor pontuação (47% em 2010, 65% em 2013 e 74% em 2016). No entanto, Scheffer e Dal

Poz (2015) demonstram que, embora as pontuações das escolas médicas públicas fossem maiores nos últimos Enade, foi observado um aumento no desempenho das instituições privadas e uma redução no desempenho das públicas.

Dessa forma, ambos os países têm várias instituições reguladoras que fazem parte de um sistema altamente burocrático e ineficiente. O atual contexto de privatização requer mecanismos que garantam a transparência, e o processo de crescimento das escolas de medicina privadas esconde muitos detalhes importantes.

9.2 **Qualidade/Performance das escolas médicas privadas**

A questão da qualidade da assistência médica recebeu atenção considerável nas últimas três décadas. Há também a necessidade de uma nova conceituação sobre qualidade dos serviços de saúde, tendo em vista que a privatização da educação médica ganhou força globalmente.

Abordar as preocupações de qualidade relativas à educação médica é extremamente importante para o propósito do planejamento efetivo da FTS. Nesse contexto, fez-se aqui uma tentativa de abordar as preocupações de qualidade relacionadas à formação de médicos para o sistema de saúde dos dois países. Mais especificamente, esta tese pretendeu explorar os componentes de regulação e o monitoramento do crescimento do setor privado na educação médica pelo seu órgão regulador, o qual deveria ser responsável por estabelecer e manter padrões elevados de educação e pelo reconhecimento de qualificações médicas (o MCI na Índia e Ministério da Educação no Brasil).

Quanto à regulamentação das faculdades de medicina privadas, na Índia, embora existam diversos atos normativos que orientem a formação e restrinjam a participação de universidades estrangeiras e do capital estrangeiro, a literatura cinza e o número de faculdades de medicina particulares mostram que existe necessidade de reformulações. Escândalos e irregularidades de corrupção são frequentemente relatados pela mídia, além de preocupações com a qualidade do ensino e a relevância da formação médica para as reais necessidades da população.

No Brasil, embora a política do Mais Médicos contenha especificações relativas à formação em medicina, a expansão do mercado de iniciativa privada não foi considerada com relação a seu dinamismo e qualidade. Embora o país examine a qualidade do ensino superior, não existem modelos de regulação e avaliação da qualidade da educação, especialmente considerando a velocidade exponencial de crescimento nesse setor.

Desenvolver um sistema de prestação de cuidados de saúde eficaz e garantir o acesso universal aos cuidados de saúde em um país depende muito da natureza e da qualidade da força

de trabalho médica que o país produz. No entanto, é uma crítica frequentemente repetida que as faculdades de medicina na Índia e no Brasil estão produzindo graduados que não estão bem "equipados" para lidar com as necessidades de saúde da sociedade (SOOD, 2008; SOOD; ADKOLI, 2000). Também se argumentou, neste estudo, que o crescimento desregulado na educação médica no setor privado, a inequidade nas admissões, a falta de qualificações do corpo docente e a infraestrutura afetam negativamente a qualidade do treinamento.

O sistema de regulação não é adequado para atender às necessidades da profissão e, ao longo dos anos, acabou por colaborar com um declínio progressivo da educação médica. O mesmo aparato regulatório também não conseguiu fornecer uma abordagem sinérgica no que tange à necessidade de recursos humanos para a saúde juntamente com outros conselhos profissionais, como os Conselhos de Enfermagem e de Farmácia.

Embora seja amplamente defendido que a privatização da educação médica é uma ferramenta poderosa para apoiar o sistema público de saúde produzindo os profissionais de saúde necessários, esse setor tem urgência em ser rigorosamente monitorado em relação à qualidade da formação dos novos profissionais, a fim de que a saúde da população seja não comprometida a longo prazo.

Talvez um órgão estatutário verdadeiramente autônomo, e não simplesmente um órgão recomendatório, possa desempenhar um papel mais importante na regulação do sistema educacional e da educação médica, especialmente em relação à necessidade da garantia da qualidade e de condições para o trabalho multiprofissional.

CONCLUSÕES

As mudanças nas economias nacionais da Índia e do Brasil tornaram esses países atraentes para investidores locais e internacionais. O impacto das forças de mercado pode ser comprovado nos casos estudados, cujos sistemas de educação e de saúde exigem mudanças que não só considerem as novas realidades dos perfis sociais e de saúde, como também deixem de negligenciar a dinâmica do mercado de trabalho como um fator condicionante ao alcance da Cobertura e do Acesso Universal em Saúde.

A existência de um mercado privado no ensino superior, e na saúde, compõe uma informação cuja realidade e interferências dificilmente sofrerão retrocessos. A performance ativa do setor privado nos sistemas nacionais, tradicionalmente públicos, está dada e consolidada. E algo mais ainda pode e deve ser afirmado, as tendências potentes de crescimento e expansão das instituições médicas privadas identificadas nesta tese.

O fenômeno da privatização aqui representado pelos casos da Índia e do Brasil é significativo e denota intenções aplicáveis ao setor da educação médica de forma geral e exemplificam diversos problemas a serem enfrentados.

Embora os sistemas de saúde em muitos países em desenvolvimento (incluindo a Índia e o Brasil) precisem de um quantitativo maior de médicos e de outros profissionais de saúde, esse aumento deveria estar vinculado ao modelo de desenvolvimento do sistema de saúde. Há grande dificuldade em estabelecer uma relação orgânica entre educação médica, educação multiprofissional e sistema de saúde, o que é considerado uma barreira importante para alcançar a Cobertura e o Acesso Universal de Saúde.

Os principais pontos deste estudo já foram destacados ao longo da apresentação dos resultados, das análises e da discussão. No entanto, alguns elementos merecem maior destaque com o intuito de sublinhar, ao fim deste trabalho, as principais evidências que podem e devem ser aprofundadas em outros estudos científicos. O que pode ser definido como aspectos propositivos para uma agenda de pesquisa no âmbito da privatização das escolas médicas no mundo também se configura em uma reflexão criativa de estratégias para dar suporte a agendas políticas.

Os pontos centrais estão apresentados na listagem a seguir:

- Este trabalho demostrou que o número crescente de escolas médicas e de vagas não se mostra como uma estratégia positiva para resolver o problema da necessidade de profissionais de saúde, especialmente com relação à escassez de médicos, e

sobretudo nas Regiões distantes e de difícil acesso. A compreensão de que apenas a abertura de escolas médicas garante a melhoria de indicadores de saúde e o acesso a serviços é simplista e ultrapassada. A Índia e o Brasil exemplificaram essa realidade. Estratégias inovadoras e com suporte em evidências já produzidas, entre as quais, a necessidade de análise e planejamento de RHS, considerando as dinâmicas do mercado de trabalho, podem e devem ser desenvolvidas.

- Restrição a um acesso mais equânime às escolas médicas e à sua rede de oferta de serviços, sobretudo aos hospitais universitários. Diversos componentes destacados neste estudo, como a concentração das instituições em regiões mais ricas e com melhores indicadores de saúde, o processo de admissão, em grande parte, vinculado à capacidade de pagamento, métodos pedagógicos engessados, problemas no número e na qualidade dos docentes, além das questões de infraestrutura, não atuam de forma favorável na melhoria dos indicadores de saúde da população e tampouco influenciam positivamente as variáveis que sugerem avanço na Cobertura e no Acesso Universal à Saúde.
- O investimento financeiro pesado, por parte das famílias, no processo de formação em medicina indica uma tendência pela busca de retornos econômicos, os quais, na carreira médica, com frequência, estão mais associados às especialidades. Evidências prévias relacionadas à bibliografia consultada para este estudo sugerem que as escolas médicas privadas não costumam apresentar elementos curriculares que estimulem os seus estudantes a atuarem na APS, por motivos mais diversos. Nesse contexto, as estruturas curriculares engessadas e o desejo/necessidade de rendimentos são em geral os elementos que mais direcionam os alunos na escolha da carreira. Estudos de preferência declarada podem servir como uma ferramenta importante no processo de tomada de decisão com base nas realidades locais.
- Os programas e estratégias promovidos pelos Estados indiano e brasileiro para atrair e reter profissionais em áreas de menor densidade de trabalhadores médicos não apresentaram impactos significativos nos indicadores de saúde. Estudos de base econômica e avaliação de custo e eficiência surgem como grandes aliados aos sistemas nacionais de saúde e educação. Um exemplo que pode ser destacado é o *gap* existente na literatura sobre quanto custa formar um médico e outros profissionais da saúde.

- O componente da qualidade e da performance das IESP de medicina revelou-se frágil e sujeito a pouco investimento por parte das instituições privadas, com problemas significativos de baixa produção em inovação, ciência e tecnologia.
- Os mecanismos regulatórios e de prestação de contas existentes são altamente burocráticos e pouco eficientes, circunstância que, na prática, acabou por facilitar uma atuação mais livre do setor privado na esfera da educação médica. Nesse sentido, revisitar as informações e as ferramentas de regulação utilizadas podem identificar e promover espaços potentes de colaboração entre os setores público e privado. Parcerias que garantam benefícios mútuos, especialmente para a sociedade, devem ser estabelecidas de maneira mais flexível e criativa.
- Esta pesquisa demonstrou ainda que a educação e o sistema de saúde não atuam de modo cooperado no processo de construção e formação de profissionais de saúde. Objetivos, estratégias e táticas devem ser revisados e ajustados aos mercados e políticas públicas, além de refletir melhor os valores esperados; ou seja, a qualidade na educação profissional e a formação ajustada ao desenvolvimento dos sistemas nacionais.
- O número limitado de estudos e pesquisas sobre a privatização das escolas médicas e das outras profissões da saúde no mundo, mas especialmente no Brasil, sem dúvida identifica uma lacuna na produção científica que deve ser suprida. Estratégias de cooperação entre instituições de pesquisa e universidades, colaborações internacionais com grupos já consolidados no âmbito do setor privado no ensino superior, por exemplo, podem facilitar a compreensão da complexidade desse cenário, além de destacar esse tema na agenda política de educação e de saúde.
- O estímulo e a produção de evidência sobre a dinâmica do mercado de trabalho em saúde e as diferentes perspectivas e cenários. Nesse caso, estudos comparativos entre países, identificação da expansão do setor privado na formação em saúde em diferentes regiões identificando padrões, cenários e tendências são essenciais, não somente no ponto de vista da investigação, como também na produção de evidências que suportem a decisão política no contexto dos RHS.

A tentativa ousada de compreender esse cenário de sistemas tão complexos, como a saúde e a educação, sob efeitos de um mercado cada vez mais expressivo e dinâmico, pretendeu, nesta seção, sistematizar direcionamentos possíveis para seguimentos futuros, sejam eles de

investigação ou de intervenção e reformulações de políticas. Há um imenso universo a ser explorado. Que este trabalho sirva de motivação a novos rumos. Necessários e urgentes para o alcance da Cobertura e Acesso Universal à Saúde.

REFERÊNCIAS

AGARWAL, P. Higher education in India: growth, concerns and change agenda. *Higher education quarterly*, v. 61, n. 2, p. 197-207, Apr. 2007. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-2273.2007.00346.x>. Acesso em: 13 jan. 2019.

ALMEIDA, A. T. C. et al.Atratividade e escassez de médicos fora dos grandes centros: o impacto do programa mais médicos.In: ENABER, 15., 2017, São Paulo. *Trabalhos*... São Paulo: ABER, [2017?]. Disponível em: <http://sisconev.com.br/Uploads/ENABER17/Trab01570037262017009_000000.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2019.

ALTBACH, P. G. The logic of mass higher education. *Tertiary Education and Management*, v. 5, n. 2, p. 107-124, 20 Jan. 1999. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13583883.1999.9966985>. Acesso em: 22 ago. 2018.

ALTBACH, P. G.; KNIGHT, J. The internationalization of higher education: motivations and realities. *J. Stud. Int. Educ.*, v. 11, n. 3/4, p. 290-305, 18 Sept. 2007. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1028315307303542>. Acesso em: 16 jan. 2019.

ALTBACH, P. G.; REISBERG, L.; RUMBLEY, L. E. Trends in global higher education: tracking an academic revolution. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE EDUCAÇÃO SUPERIOR DA UNESCO, 2009, Paris. *Relatório…* Paris: UNESCO, 2009. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183219>. Acesso em: 4 ago. 2018.

ANAND, A. C. Medical education in India: moments of pensive introspection. *Trop.Gastroenterol.*, v. 30, n. 1, p. 54-8, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19624093>. Acesso em: 28 jan. 2019.

ANAND, S.; BÄRNIGHAUSEN, T. Health workers at the core of the health system: framework and research issues. *Health Policy*, v. 105, n. 2/3, p. 185-191, May 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22154420>. Acesso em: 27 abr. 2018.

ANANTHAKRISHNAN, N. Acute shortage of teachers in medical colleges: existing problems and possible solutions. *Natl. Med. J. India*, v. 20, n. 1, p. 25-9, Jan./Feb. 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17557520>. Acesso em: 16 out. 2018.

ANANTHAKRISHNAN, N. Medical education in India: is it still possible to reverse the downhill trend? *Natl. Med. J. India*, v. 23, n. 3, p. 156-60, May/June2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20949720>. Acesso em: 16 out. 2018.

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int. J. Soc. Res. Methodol.*, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000119616>. Acesso em: 2 jul. 2019.

BAHIA, L. et al. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 32, n.

12, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200504&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 24 ago. 2018.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. *Saúde Debate*, v. 42, n. Spe3, p. 158-171, nov. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000700158&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 14 abr. 2019.

BAL, A. M. Medicine, merit, money and caste: the complexity of medical education in India. *Indian J. Med. Ethics*, v. 7, n. 1, 2010. Disponível em: <http://ijme.in/articles/medicine-merit-money-and-caste-the-complexity-of-medical-education-in-india/?galley=html>. Acesso em: 6 abr. 2019.

BALL, Stephen J. *Education plc:* understanding private sector participation in public sector education. London: Routledge, 2007. 216p.

BANCO MUNDIAL. *Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde brasileiro*. Washington, D.C., [2018]. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>. Acesso em: 25 out. 2018.

BANCO MUNDIAL. *Um ajuste justo:* análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil: Brasil revisão das despesas públicas.Washington, DC., 2017. v.1: Síntese. Relatório. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/pdf/121480-REVISED-PORTUGUESE-Brazil-Public-Expenditure-Review-Overview-Portuguese-Final-revised.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2018.

BANSAL, R. K. Private medical education takes off in India. *Lancet*, v. 361, n. 9370, p. 1748-9, May 2003.

BEARAK, M. How bad are most of India's medical schools? Very, according to new reports. *Washington Post*, 21Apr. 2016. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/news/worldviews/wp/2016/04/21/how-bad-are-most-of-indias-medical-schools-very-according-to-new-reports/?noredirect=on&utm_term=.b7b0d0ea9c66>. Acesso em: 10 mar. 2019.

BLOOR, K.; MAYNARD, A. *Planning human resources in health care: towards an economic approach, an international comparative review.* Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, March 2003. Disponível em: <https://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/bloor_report.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2019.

BRASIL. Lei n.º 10.861, de 14 de abril de 2004. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 abr. 2004. Seção 1, p. 3. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.861.htm>. Acesso em: 5 jul. 2019.

BRASIL. Lei n.º12.871, de 22 de outubro de 2013.Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 out. 2013. Seção 1, p. 1. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 5 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. *Cadastro nacional de cursos e instituições de educação superior: cadastro e-MEC*. Brasília, DF, [2017]. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>. Acesso em: 2 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 610, de 26 de março de 2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 01 abril 2002. Seção 1, p. 75.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Princípios do SUS*. Brasíla, DF: c2013. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso em: 14 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006. Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 maio 2006. Seção 1, p. 6. Disponível em: <http://www2.mec.gov.br/sapiens/portarias/dec5773.htm>. Acesso em: 12 set. 2018.

BREMMER, I. The mixed fortunes of the BRICS countries, in 5 facts.*Time*, 1 Sept. 2017. Disponível em: <http://time.com/4923837/brics-summit-xiamen-mixed-fortunes/>. Acesso em: 14 abr. 2019.

CAMARGO JR., K. R. As armadilhas da “concepção positiva de saúde”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 76, n. 1, p. 63-76, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v17n1/v17n1a05.pdf>.Acesso em: 15 out. 2016.

CARNOY, M. et al.*University expansion in a changing global economy:* triumph of the BRICS?. Stanford, CA: Stanford University Press, 2013.

CENTRE FOR CIVIL SOCIETY. Regulatory Structure of Higher Education in India.New Delhi, 2014. Disponível em: <https://ccs.in/sites/default/files/research/research-regulatory-structure-of-higher-education-in-india.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2019.

CHAVES, V. L. J. Expansão da privatização/mercantilização do ensino superior Brasileiro: a formação dos oligopólios. *Educ. Soc.*, v. 31, n. 111, p. 481-500,jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302010000200010&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 3 jan. 2019.

CHOKSHI, M. et al. Health systems in India. *J Perinatol*, v. 36, p. S9-S12, 2016. Supl. 3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5144115/pdf/jp2016184a.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2017.

CHOUDHURY, P. K. *Role of private sector in medical education and human resource development for health in India*. New Delhi: ISID,Oct. 2014. (Working paper, 169). Disponível em: <http://isid.org.in/pdf/WP169.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2017.

CHOUDHURY, P. K. Role of private sector in medical education and human resource

development for health in India. *Econ. polit. wkly.*, v. 51, n. 3, p. 71-79, 2016. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84955300916&partnerID=40&md5=6d4b456246c45f1645b894ee2dd551dc>.Acesso em: 19 jun. 2017.

CLARKE, D. Law, regulation and strategizing for health. In: SCHMETS G.; RAJAN, D.;KADANDALE, S. (Ed.). *Strategizing national health in the 21st century:* a handbook. Geneva: WHO, 2016. Cap. 10, p. 45. Disponível em: <http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook-ch10/en/>.Acesso em: 14 mar. 2019.

CORDEIRO, H. *A indústria de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

CORDILHA, A. C.; LAVINAS, L. Transformações dos sistemas de saúde na era da financeirização. Lições da França e do Brasil. C*iênc. saúde coletiva*, v. 23, n. 7, p. 2147-2158, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n7/1413-8123-csc-23-07-2147.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

D'SILVA, J. India's private medical colleges and capitation fees. *BMJ.*, v. 350, p. h106, 21 jan. 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25608519>. Acesso em: 14 ago. 2018.

DAL POZ, M. R.; COUTO, M. H. C.; FRANCO, T. A. V. Innovation, development, and financing of institutions of Higher Education in health. *Cad. Saúde Pública*, v. 32, p. 1-14, 2016. Supl.2.

DAL POZ, M. R.; PIERANTONI, C. R.; GIRARDI, S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030:* prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. v. 3, p. 187-233. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kjw/pdf/noronha-9788581100173-07.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2019.

DARZI, A.; EVANS, T. The global shortage of health workers-an opportunity to transform care. *Lancet*, v. 388, n. 10060, p. 2576-77, 2016.

DAVEY, S. et al. Privatization of medical education in India: a health system dilemma. *Int. J. Med. Public Health*, v. 4, n. 1, p. 17- 22, 2014. Disponível em: <http://www.ijmedph.org/sites/default/files/IntJMedPublicHealth_2014_4_1_17_127116.pdf>. Acesso em: 9 maio 2018.

DEMIN, M. R. Universities on the market: academic capitalism as a challenge and a window of opportunity. *Russian Education and Society*, v. 59, n. 10/12, 2017.

DEO, M. G. Need for research oriented medical education in India. *Indian J.Med.Res.*, v. 130, n. 2, p. 105-7, Agu. 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19797804>. Acesso em: 16 out. 2018.

DIWAN, V. et al. Indian medical students in public and private sector medical schools: are motivations and career aspirations different? - studies from Madhya Pradesh, India. *BMC Med.*

Educ., v. 13, n. 1, p. 127, 2013.

DURHAM, E. R. *Educação superior, pública e privada*. In: SEMINÁRIO SOBRE EDUCAÇÃO NO BRASIL, 2003, [S.l.]. *Trabalho...*,[S.l.: s.n.], 2003. Disponível em: <http://www.schwartzman.org.br/simon/desafios/7superior.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2018.

DUSSAULT, G.; ADAMS, O.; OURNIER, P. *Planejamento de recursos humanos em saude*. Rio de Janeiro: UERJ: IMS, 1997. (Série estudos em saúde coletiva, n. 158) Disponível em: <http://site.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2017/05/SESC-158.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019.

ECKHERT, N. Perspective: private schools of the caribbean: outsourcing medical education. *Acad. Med.*, v. 85, n. 4, p. 622-630, Apr. 2010. Disponível em: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001888-201004000-00021>. Acesso em: 24 maio 2017.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE (Brasil). *Cenário dos hospitais no Brasil:* 2018. Rio de Janeiro: FBH; Brasília, DF: CNSaúde, maio 2018. Relatório da situação dos hospitais privados no Brasil. Disponível em: <http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2018/07/Relatorio-FBH-CNS_web.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2018.

FILGUEIRAS, M. L. Hospitais privados aumentam leitos enquanto os públicos reduzem. *EXAME*, São Paulo, 1 fev. 2018. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/blog/primeiro-lugar/hospitais-privados-aumentam-leitos-enquanto-os-publicos-reduzem/>. Acesso em: 14 ago. 2018.

FRANCO, T. A. V. *A participação de instituições de ensino superior privadas na formação em saúde:* marco regulatório, financiamento e as políticas setoriais. 2016. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) -Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2016.

FRANCO, T. A. V.; DAL POZ, M. R. A participação de instituições de ensino superior privadas na formação em saúde no Brasil. *Trab. Educ. Saúde*, v. 16, n. 3, p. 1017-1037, set./dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00163>. Acesso em: 9 jan. 2019.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, v. 376, n. 9756, p. 1923-58, 4 Dec. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21112623>. Acesso em: 29 jun. 2018.

GOSWAMI, S.; SAHAI, M. Problems and challenges in medical education in India. *European Journal of Contemporary Education*, v. 11, n. 1, p. 31-37, 2015. Disponível em: <http://ejournal1.com/journals_n/1427132640.pdf>. Acesso em: 9 maio 2018.

GOVERNMENT OF INDIA. *All India survey on higher education 2017-18*. New Delhi, 2018. Disponível em: <http://aishe.nic.in/aishe/viewDocument.action?documentId=245>. Acesso em: 16 out. 2018.

GOVERNMENT OF INDIA. *Department for promotion of industry and internal trade*. Desenvolvido e Hospedado pelo Centro Nacional de Informática (NIC). Disponível em: <https://dipp.gov.in/publications/fdi-statistics>Acesso em: 14 abr. 2019.

GOVERNMENT OF INDIA. Ministry of Health and Family Welfare.*Report of the National Commission on Macroeconomics and Health.* New Delhi: MOHFW, Aug. 2005. Disponível em: <https://www.who.int/macrohealth/action/Report%20of%20the%20National%20Commission.pdf.>. Acesso em: 11 abr. 2019.

GOVERNMENT OF INDIA. *National health policy*.[S.l: s.n.], 2017. Disponível em: <http://cdsco.nic.in/writereaddata/National-Health-Policy.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2018.

GOVERNMENT OF INDIA. *Planning commission*. New Delhi, c2013. Disponível em: <http://planningcommission.gov.in/index_oldpc.php>. Acesso em: 15 abr. 2019.

GUPTA, A. International trends and private higher education in India. *Int. J. Educ. Manag.*, v. 22, n. 6, p. 565-594, 2008.

GUPTA, V. K.; KAUR, N.; GUPTA, M. Is a revision in medical curricula sufficient to develop ethical and empathic future physicians?.*Indian Heart J.*,v. 67, p. 616-626, 2015.

HADDAD, A. E. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev. Saúde Pública*, v. 44, n. 3, p. 383-393, 2010.

HADDAD, S.; GRACIANO, M. Educação: direito universal ou mercado em expansão. *São Paulo Perspec.*, v. 18, n. 3, p. 67-77, set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300008&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 14 abr. 2019.

HIRA, R. S. et al. Medical education in Maharashtra: the student perspective. *J. Postgrad. Med.*, v. 55, n. 2, p. 127-30, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19550059>. Acesso em: 4 abr. 2019.

HOODA, S. K.*Foreign investment in hospital sector in India:* trends, pattern and issues.New Delhi: ISID, Apr. 2015. (Working paper, 181). Disponível em: <http://isid.org.in/pdf/WP181.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2018.

HOODA, S. K. Growth of formal and informal private healthcare providers in India: structural changes and implications. *J. Health Care Finance*,v. 44, n. 2, Fall 2017.

HOU, J. et al. China's private institutions for the education of health professionals: a time-series analysis from 1998 to 2012. *Hum. Resour. Health*, v. 16, n. 1, p. 40, 22 Aug. 2018. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-018-0308-6>. Acesso em: 23 ago. 2018.

IBGE. Conta-Satélite de Saúde 2010-2015: em 2015, 9,1% do PIB foram gastos no consumo de bens e serviços de saúde. *Agência IBGE notícias*, Rio de Janeiro, 20 dez. 2017; atualizado 10 abr. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/18915-conta-satelite-de-saude-release>. Acesso em: 5 jul. 2019.

IBGE. IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios para 2017.*Agência IBGE notícias*, Rio de Janeiro, 31 ago. 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/16131-ibge-divulga-as-estimativas-populacionais-dos-

municipios-para-2017.html>. Acesso em: 24 ago. 2018.

IBGE. *População*. IBGE, Rio de Janeiro, [200-]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao.html>. Acesso em: 22 ago. 2018.

India. Parliament. Rajya Sabha. Department-related Parliamentary Standing Committee on Health and Family Welfare. *The functioning of Medical Council of India*. New Delhi: Rajya Sabha Secretariat, Mar. 2016. (Report, n. 92). Disponível em: <http://164.100.47.5/newcommittee/reports/EnglishCommittees/Committee%20on%20Health%20and%20Family%20Welfare/92.pdf. Acesso em: 3 abr. 2018.

JAMISON, D. T. et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet*, v. 382, n. 9908, p. 1898-1955, Dec. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/>. Acesso em: 19 abr. 2019.

JOHNSTONE, D. B. *Privatization in and of higher education in the US*. [2000]. Disponível em: <http://gseweb.gse.buffalo.edu/fas/Johnston/privatization.html>. Acesso em: 2 jul. 2019.

KAPUR, D.; MEHTA, P. B. *Indian higher education reform:* from half-baked socialism to half-baked capitalism. Cambridge: Center for International Development at Harvard University, Sept. c2004. (CID working paper, n. 108). Disponível em: <https://www.hks.harvard.edu/sites/default/files/centers/cid/files/publications/faculty-working-papers/108.pdf>. Acesso em: 26 out. 2018.

KHAN, A. H. Private medical colleges in Bangladesh. *J. Enam. Med. Col.*, v. 2, n. 1, p. 3-4, 2012. Disponível em: <https://www.banglajol.info/index.php/JEMC/article/view/11913>. Acesso em: 22 dez. 2018.

KUMAR, S. *Private sector in healthcare delivery market in India:* structure, growth and implications.New Delhi: ISID, Dec. 2015. (Working paper, 185). Disponível em: <http://isid.org.in/pdf/WP185.pdf>. Acesso em: 16 out. 2018.

LARA, N. *O setor de saúde na perspectiva macroeconômica:* período 2010-2015. São Paulo: IESS, 2018. (Texto para discussão, n. 72). Disponível em:<https://www.iess.org.br/cms/rep/td_72_saude_macroeconomia.pdf/>. Acesso em: 14 abr. 2019.

LEVAC, D.; COLQUHOUN, H.; O'BRIEN, K. K. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement. Sci.*, v. 5, n. 1, p. 69, 20 Sept. 2010. Disponível em: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-5-69>. Acesso em: 2 jul. 2019.

LEVY, D. C.; ZUMETA, W. Private higher education and public policy: a global view. *Journal of Comparative Policy Analysis: research and practice*, v. 13, n. 4, p. 345-349, 2011. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=fcpa20>. Acesso em: 13 jan. 2019.

LIU, J. X. et al.*Global health workforce labor market projections for 2030.*Washington, DC:

Work Bank Group; Health Nutrition and Population Global Practice Group, Aug. 2016. (Policy Research Working Paper 7790). Disponível em: <https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2836537>. Acesso em: 22 dez. 2016.

MAHAL, A.; MOHANAN, M. Growth of private medical education in India. *Medical Education*, v. 40, n. 10, p. 1009-1011, Oct. 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16987192>. Acesso em: 14 ago. 2018.

MALHOTRA, N. et al. Future Challenges in Medical Education in the Indian Subcontinent. *DSJUOG*, v. 7, n. 3, p. 332-337, 2013.

MANCEBO, D.; VALE, A. A. Expansão da educação superior no Brasil e a hegemonia privado-mercantil: o caso da unesa. *Educ. Soc.*, v. 34, n. 122, p. 81-98, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302013000100005&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 24 abr. 2019.

MANDEVILLE, K. L. et al. Human resources for health: time to move out of crisis mode. *Lancet*, v. 388, n. 10041, p. 220-222, 2016.

MARGINSON, S.; VAN DER WENDE, M. *Globalisation and higher education*. Paris: OECD,July 2007. (Education working papers, n. 8). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/173831738240>. Acesso em: 3 jul. 2019.

MARQUES, E. C. *Estado e redes sociais:* permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro.São Paulo: FAPESP; Rio de Janeiro: Revan, 2000.

MARTEN, R. et al.An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS). *Lancet*, v. 384, n. 9960, p. 2164-71, 13 Dec. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24793339>. Acesso em: 3 ago. 2018.

MASSUDA, A. et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*, v. 3, n. 4, p. e000829, 3 July. 2018. Disponível em: <http://gh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjgh-2018-000829>. Acesso em: 24 ago. 2018.

MAZETTO, D. *Assessing the impact the "Mais Médicos" program on basic health care indicators.*2018. 203 f. Dissertação (Mestrado em Economia)- Escola de Economia de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/20284/2018 02 27 Dissertação - Débora Mazetto.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2019.

MCP-6246: higuer education services: a global strategic business report. Global Industry Analysts, 6 March 2015. Press Release. Disponível em: <https://www.strategyr.com/pressMCP-6246.asp>. Acesso em: 14 abr. 2019.

McPAKE, B. et al.*The economics of health professional education and careers:* insights from a literature review. Washington, DC: World Bank,Oct. 2015. Disponível em: <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-1-4648-0616-2>. Acesso em: 7 set. 2016.

McPAKE, B. et al. Why do health labour market forces matter? *Bull. World Health Organ.*, v.

91, n. 11, p. 841846, Nov. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/91/11/13-118794.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2019.

McPAKE, B.; CORREIA, A.; LÊ, G. The economics of health professional education and careers: a health labour market perspective. In: BUCHAN, J.; DHILLON, I. S.; CAMPBELL, J. (Ed.). *Health employment and economic growth:* an evidence base. Geneva: WHO, 2017. cap. 11, p. 261-279. Disponível em: <https://www.who.int/global-coordination-mechanism/activities/working-groups/Health-Employment-and-Economic-Growth-chap11.pdf?ua=1>. Acesso em: 7 fev. 2019.

McPAKE, B.; EDOKA, I. Universal health coverage reforms: implications for the distribution of the health workforce in low-and middle-income countriess. *WHO SouthEast Asia J. Public Health*, v. 3, n. 3, p. 213-218, May 2017. Disponível em: <http://www.who-seajph.org/temp/WHOSouth-EastAsiaJPublicHealth33213-133462_034226.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2017.

MEDICAL COUNCIL OF INDIA. *Website*. c2017. Disponível em: <https://www.mciindia.org/CMS/>. Acesso em: 15 ago. 2018.

MUDUR, G. Indian doctors debate increased affirmative action for lower castes. *BMJ*, v. 332, n. 7547, p. 931, Apr. 2006. Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/04d3bb0f1c51c6347ffb5d03e3523725/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2040978>. Acesso em: 4 out. 2018.

MULLAN, F. et al. Medical schools in sub-Saharan Africa. *Lancet*, v. 377, n. 9771, p. 1113-1121, 2011. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673610619617>.Acesso em: 15 out. 2016.

MURPHY, G. T. et al. A synthesis of recent analyses of human resources for health requirements and labour market dynamics in high-income OECD countries. *Hum. Resour. Health*, v. 14, p. 59, Sept. 2016. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-016-0155-2>. Acesso em: 24 maio 2017.

MURRAY, C. J. L.; FRENK, J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull. World Health Organ.*, v. 78, n. 6, p. 717-731, 2000. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/bwho/2000.v78n6/717-731/en>. Acesso em: 26 fev. 2019.

NAGRAL, S. We need to discuss India's reliance on private medical colleges. *BMJ*, v. 350, p. h237, 21 Jan. 2015. Disponível em:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25608848>. Acesso em: 23 jan. 2019.

NALLALA, S. et al. Why medical students do not like to join rural health service? An exploratory study in India. *J. Family Community Med.*, v. 22, n. 2, p. 111-117, May./Aug. 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25983608>. Acesso em: 6 abr. 2019.

NASSIF, A. *A economia Indiana no período 1950-2004-da estagnação ao crescimento acelerado:* lições para o Brasil?. Rio de janeiro: [s.n.], 2006. (Texto para discussão, 107). Disponível em: <https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/13895/1/td-107_P_BD.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

OLIVEIRA, R. P. A transformação da educação em mercadoria no Brasil. *Educ. Soc.*, v. 30, n. 108, p. 739-760, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-73302009000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.Acesso em: 18 dez. 2018.

ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. *Proposal for ataxonomy of health insurance*.Paris, June 2004. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/health-systems/31916207.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, May 2011. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611600548>. Acesso em: 14 ago. 2018.

PETERS, D. H. et al.*Better health systems for India's Poor:* findings, analysis, and options. Washington, DC: World Bank, c2002. (Health, nutrition, and population series). Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/997121468034140238/pdf/multi0page.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

PETRIE, D.; TANG, K. K. Relative health performance in BRICS over the past 20 years: the winners and losers. *Bull. World Health Organ.*, v. 92, n. 6, p. 396-404, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/6/13-132480.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2018.

PIKETTY, T. *Capital in the twenty-first century*. Cambridge Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press, 2014.

POLANY, K. *A Grande transformação:* as origens da nossa época. Tradução de Fanny Wrabel. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Compus, 2000.

PREITE SOBRINHO, W. Peso do SUS cai, e saúde privada tem fatia maior do que em países ricos. *Uol*, São Paulo, 17 dez. 2018. Seção Ciência e Saúde. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2018/12/17/sus-30-anos-gasto-publico-cai-ao-menor-nivel-em-relacao-ao-setor-privado.htm>. Acesso em: 14 abr. 2019.

PROPHE: The Program for Research on Private Higher Education. Albany, New York: Department of Educational Policy and Leadership; State University of New York at Albany, c2000. Disponível em: <https://prophe.org/>. Acesso em: 31 mar. 2019.

RAO, K. D. et al. Progress towards universal health coverage in BRICS: translating economic growth into better health. *Bull. World Health Organ.*, v. 92, n. 6, p. 429-435, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.127951>. Acesso em: 30 nov. 2017.

RAO, K. S. *Do we care:* India's health system.New Delhi: Oxford University Pres, 2017.

REDDY, M. Need to integrate student research with the medical course curriculum in India. *The Health Agenda*, v. 1, n. 3, p. 45-48, July 2013. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.708.1539&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 16 out. 2018.

SABDE, Y. et al. Mapping the rapid expansion of India's medical education sector: planning for the future. *BMC Med. Educ.*, v. 14, n. 1, p. 266, 17 Dec. 2014. Disponível em: <http://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-014-0266-1>. Acesso em: 27 ago. 2018.

SALTMAN, R. B. The role of regulation in healthcare. *BMJ*, v. 344, p. e821, Feb. 2012. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/344/bmj.e821>. Acesso em: 8 abr. 2019.

SANTOS, M. H. C. Governabilidade, governança e democracia: criação de capacidade governativa e relações executivo-legislativo no Brasil pós-constituinte. *Dados*, v. 40, n. 3, p. 335-376, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581997000300003&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 3 jul. 2019.

SATYANARAYANA, K. *National mapping of India in biomedical sciences based on Index Medicus, Excerpta Medica and Tropical Diseases Bulletin for 1990 and 1994*. New Delhi: Indian Council of Medical Research, 1998.

SCHEFFER, M. (Coord.). *Demografia Médica no Brasil 2018*.São Paulo: Dept. de Medicina Preventiva; Faculdade de Medicina da USP; CFM; CREMESP, 2018. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=15&edicao=4278>. Acesso em: 14 ago. 2018.

SCHEFFER, M. C. et al. Internal migration of physicians who graduated in Brazil between 1980 and 2014. *Hum. Resour. Health*, v. 16, n. 1, p. 21, May 2018. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12960-018-0286-8>. Acesso em: 7 maio 2018.

SCHEFFER, M. C.; DAL POZ, M. R. The privatization of medical education in Brazil: trends and challenges. *Hum. Resour. Health*, v. 13, n. 1, p. 96, 2015. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0095-2>. Acesso em: 3 abr. 2019.

SCHEFFLER, R. M. et al. Forecasting imbalances in the global health labor market and devising policy responses. *Hum. Resour. Health*, v. 16, n. 1, p. 5, 11 Jan. 2018. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-017-0264-6>. Acesso em: 12 fev. 2019.

SCHEFFLER, R. M.; BRUCKNER, T.; SPETZ, J. *The labour market for human resources for health in low- and middle-income countries*. Geneva: WHO, July 2012. (Human resources for health observer, n. 11). Disponível em: <https://www.who.int/hrh/resources/Observer11_WEB.pdf?ua=1>. Acesso em: 3 fev. 2019.

SENGUPTA, A. Reforming the Regulator: Parliamentary Committee Report on Medical Council of India. *News Click, India*, 16 June 2016. Disponível em: <https://www.newsclick.in/reforming-regulator-parliamentary-committee-report-medical-council-india>. Acesso em: 16 out. 2018.

SERÃO as eleições no Brasil saudáveis, sem um plano para o direito universal à saúde?.*Lancet*, v. 392, n. 10155, p. 1280, 13 Oct. 2018. Editorial. Disponível em: <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32543-1/fulltext>. Acesso em: 25 out. 2018.

SGUISSARDI, V. Modelo de expansão da educação superior no Brasil: predomínio privado/mercantil e desafios para a regulação e a formação universitária. *Educ. Soc.*, v. 29, n. 105, p. 991-1022, set./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302008000400004&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 3 jan. 2019.

SHARMA, D. C. India's medical education system hit by scandals. *Lancet*, v. 386, n. 9993, p. 517-518, Aug. 2015. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615614623>.Acesso em: 15 nov. 2017.

SHEHNAZ, S. I. Privatisation of medical education: viewpoints with a global perspective. *Sultan Qaboos Univ. Med. J.*, v. 10, n. 1, p. 6-11, Apr. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074658/>. Acesso em: 16 out. 2018.

SHEHNAZ, S. I. Privatization of medical education in Asia. *South-East Asian J. Med. Educ.*, v. 5, n. 1, 2011. Disponível em: <http://seajme.md.chula.ac.th/articleVol5No1/RW2_Syed%20IIyas%20Shehnaz.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2019.

SILVEIRA, J. Concentrada em grandes cidades, oferta de leitos hospitalares diminui na maior parte do país.*Folha de São Paulo*, 08 maio 2018. Seção Seminários Folha. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2018/04/concentrada-em-grandes-cidades-oferta-de-leitos-hospitalares-diminui-na-maior-parte-do-pais.shtml>. Acesso em: 30 set. 2018.

SLAUGHTER, S.; RHOADES, G. *Academic capitalism and the new economy:* markets, state, and higher education. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2004.

SOLANKI, A.; KASHAP, S. Medical education in India: current challenges and the way forward. *Med. Teach.*, v. 36, n. 12, p. 1027-31, Dec. 2014.

SOOD, R. Medical education in India. *Med. Teach.*, v. 30, n. 6, p. 585-591, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18677660>. Acesso em: 20 jan. 2019.

SOOD, R.; ADKOLI, B. V. Medical education in India: problems and prospects. *Journal, Indian Academy of Clinical Medicine*, v. 1, n. 3, p. 210-212, Oct./Dec. 2000. Disponível em: <http://medind.nic.in/jac/t00/i3/jact00i3p210.pdf>. Acesso em: 16 out. 2018.

SOUCAT, A.; SCHEFFLER, R.; GHEBREYESUS, T. A. (Ed.). The labor market for health workers in Africa: a new look at the crisis. Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development; World Bank, 2013. Disponível em: <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-0-8213-9555-4>. Acesso em: 19 set. 2016.

SOUSA, A.et al. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *Bul. World Health Organ.*, v. 91, p. 892-894, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.118927>. Acesso em: 12 fev. 2019.

SUPE, A.; BURDICK, W. P. Challenges and issues in medical education in India. *Acad.Med.*, v. 81, n. 12, p. 1076-80, Dec. 2006. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00001888-200612000-00011>. Acesso em: 16 out. 2018.

TEIXEIRA, P. et al.*Rethinking the public-private mix in higer education*: global trends and national policy challenges. Rotterdam: Sense Publishers, 2017.

TILAK, J. B. G. Private sector in higher education: a few stylized facts. *Social Change*, v. 39, n. 1, p. 1-28, March 2009. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/004908570903900101>. Acesso em: 14 ago. 2018.

TRICCO, A. C. et al. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Med. Res. Methodol.*, v. 16, n. 1, p. 15, 9 Dec. 2016. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/16/15>. Acesso em: 2 jul. 2019.

TRIPODI, Z. F.; SOUSA, S. Z. Do governo à governança: permeabilidade do estado a lógicas privatizantes na educação. *Cad. Pesqui.*, v. 48, n. 167, p. 228-253, jan./mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742018000100228&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 16 jan. 2019.

VARGHESE, N. V. *Challenges of massification of higher education in India*. New Delhi: Centre for Policy Research in Higher Education,2015. (CPRHE Research paper, n. 1). Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/292275215>. Acesso em: 16 out. 2018.

VUJICIC, M.; ZURN, P. The dynamics of the health labour market. *Int. J. Health Plann. Manag.*, v. 21, n. 2, p. 101-115, Apr./June 2006. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/hpm.834>.Acesso em: 20 mar. 2016.

WAGHMARE, L. S. et al. *Medical Regulatory Systems of BRICS Countries:*a comparative analysis.[S.l.]: International Journal of Scientific and Research Publications, [2015]. Disponível em: <http://www.ijsrp.org/monograph/Medical-Regulatory-Systems-of-BRICS-Countries.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019.

WILLIAMS, G. Higher education: Public good or private commodity? *London Review of Education*, v. 14, n. 1, p. 131–142, Apr. 2016. Disponível em: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1160071.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2019.

WORLD BANK GROUP. *DataBank.*Disponível em: <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>. Acesso em: 14 ago. 2018.

WORLD BANKGROUP. *Governance and development*. Washington, DC, 1992. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/604951468739447676/pdf/multi-page.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. Geneve: WHO, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1>. Acesso em: 23 out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2006:* working together for health. Geneve: WHO, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2016.

APÊNDICE A - Lista de artigos selecionados para *Scoping Review*, por ano de publicação

	Título do artigo	Autor(es)	Ano de publicação	País de referência
1	*Why medical students do not like to join rural health service? An exploratory study in India*	NALLALA, S.; SWAIN, S.; DAS, S.; KASAM, S. K.; PATI, S.	2015	Índia
2	*A participação de instituições de ensino superior privadas na formação em saúde no Brasil*	FRANCO, T. A. V.; DAL POZ, M. R.	2018	Brasil
3	*Role of private sector in medical education and human resource development for health in India*	CHOUDHURY, P. K.	2016	Índia
4	*The privatization of medical education in Brazil: trends and challenges.*	SCHEFFER, M. C.; DAL POZ, M. R.	2015	Brasil
5	*India's private medical colleges and capitation fees*	D'SILVA, J.	2015	Índia
6	*We need to discuss India's reliance on private medical colleges*	NAGRAL, S.	2015	Índia
7	*India's medical education system hit by scandals*	SHARMA, D. C.	2015	Índia
8	*Problems and challenges in medical education in India*	GOSWAMI, S.; SAHAI, M.	2015	Índia
9	*Is a revision in medical curricula sufficient to develop ethical and empathic future physicians?*	GUPTA, V. K.; KAUR, N.; GUPTA, M.	2015	Índia
10	*Mapping the rapid expansion of India's medical education sector: planning for the future*	SABDE, Y.; DIWAN, V.; DE COSTA, A.; MAHADIK, V. K.	2014	Índia
11	*Medical education in India: current challenges and the way forward.*	SOLANKI, A.; KASHAP, S.	2014	Índia
12	*Privatization of medical education in India: a health system dilemma*	DAVEY, S.; DAVEY, A.; SRIVASTAVA, A.; SHARMA, P.	2014	Índia
13	*Indian medical students in public and private sector medical schools: are motivations and career aspirations different? - studies from Madhya Pradesh, India*	DIWAN, V.; MINJ, C.; CHHARI, N.; DE COSTA A.	2013	Índia
14	*Future Challenges in Medical Education in the Indian Subcontinent*	MALHOTRA, N.; PRIYADARSHINI, P.; MALHOTRA, J.; BORA, N. M.; BORA, R.; MALHOTRA, K.; NANDAN, D.	2013	Índia
15	*Private medical colleges in Bangladesh*	KHAN, A. H.	2012	Índia

	Título do artigo	Autor(es)	Ano de publicação	País de referência
16	*Medicine, merit, money and caste: the complexity of medical education in India*	BAL, A. M.	2010	Índia
17	*Demand-based pay: a distressing trend in private sector medical education*	JOSEPH, N. M.; BABU, A. T.; SHARMILA, V.	2010	Índia
18	*Medical education in Maharashtra: the student perspective*	HIRA, R. S.; GUPTA, A. K.; SALVI, V. S.; ROSS, M. W.	2009	Índia
19	*Medical education in India: moments of pensive introspection*	ANAND, A. C.	2009	Índia
20	*Medical education in India*	SOOD, R.	2008	Índia
21	*Growth of private medical education in India*	MAHAL, A.; MOHANAN, M.	2006	Índia
22	*Challenges and issues in medical education in India*	SUPE, A.; BURDICK, W. P.	2006	Índia
23	*Private medical education takes off in India*	BANSAL, R. K.	2003	Índia
24	*Medical education in India: problems and prospects*	SOOD, R.; ADKOLI, B. V.	2000	Índia

APÊNDICE B - Ferramenta de extração de dados utilizada no *Scoping Review*

Identificação	
Nº.	
Autor	
Título	
Ano de publicação	
Pais de referência	
Método	
Variáveis	
Financiamento/Custo	
Distribuição geográfica	
Acesso	
Qualidade	
Regulação/Acreditação	