

POLÍTICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO BRASILEIRAS, ANÁLISE COMPARADA E TENSÕES

*Sergio Paulo Carvalho de Souza**

*Cláudia Henschel de Lima***

Resumo

Este estudo busca contribuir com a compreensão das tensões verificadas no entorno das políticas e ações públicas. O objetivo é comparar as políticas de educação e saúde a partir de características verificadas nesta última, por exemplo, a universalidade. Também foi objeto do estudo aplicar o esquema de tensões proposto por Souza (2018), segundo o qual as tensões podem ser explicadas por componentes patrimoniais, burocráticos e gerenciais, seguindo uma concepção vetorial; o estudo é qualitativo, explicativo, sem aplicação de técnica específica para análise comparada. Foi possível atingir razoavelmente os objetivos do estudo, o esquema triangular de tensões pode ser utilizado na interpretação das tensões que se dão no contexto da regulação de acesso aos cursos de graduação e na determinação dos currículos do ensino básico.

Palavras-chave: Políticas públicas, SUS, LDB, tensões.

Introdução

Neste estudo comparam-se a política de saúde e de educação brasileiras, com base em elementos constantes da primeira. Dentre os elementos contam princípios, diretrizes e características diversas, colocados pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) e pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) (BRASIL, 1990). Quanto à política de educação, as características foram verificadas na Lei de Diretrizes e Bases (LDB) (BRASIL, 1996).

Além disso, o estudo retoma o esquema triangular de tensões da administração pública proposto por Souza (2018), segundo o qual, as tensões poderiam ser explicadas por componentes de forças patrimoniais, burocráticas e gerenciais, as quais incidiriam conjuntamente sobre políticas ou ações públicas. O esquema fora proposto inicialmente a fim de se estudar a regulação assistencial no âmbito do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Aqui se verificou o mesmo sobre a regulação de acesso aos cursos de graduação em universidades públicas, que de fato são realizadas pelo vestibular (ENEM, no caso universidades federais), sob o princípio do mérito, e também a definição de currículos do ensino básico.

Souza (2018) buscava conhecer efeitos da regulação assistencial sobre a população assistida no INCA: alterações demográficas – cor ou raça, idade, renda; alterações na gravidade dos pacientes. A regulação assistencial sob estudo é praticada pelo Sistema Estadual de Regulação (SER). O INCA passou a ofertar vagas pelo SER a partir de 2013, paralelamente ao ingresso foram notadas alterações nos percentuais de raça (redução do percentual de pacientes

* Mestre em Administração Pública, Analista em C&T do INCA

** Doutora em Psicologia, Professora do Departamento de Psicologia da UFF de Volta Redonda

declarados brancos de cerca de 70,00%, em 2013, para cerca de 45,00%, em 2017, na principal unidade do INCA) que motivou o desenvolvimento do estudo, no qual ficou demonstrado que parte das alterações pode-se atribuir à regulação. Também ficou demonstrado que os pacientes oriundos do sistema de regulação chegavam no Instituto com maior gravidade, conclusão obtida através do percentual de óbitos e transferências para a unidade de cuidados paliativos do INCA.

A revisão bibliográfica e as entrevistas realizadas por Souza (2018) contribuíram para percepção de questões trazidas a reboque pela utilização dos sistemas de regulação em saúde, uma delas são as tensões verificadas e abordadas no presente estudo, as quais se relacionam com o poder, mudança organizacional e arranjos administrativos.

Com relação aos métodos, o presente estudo caracteriza-se como qualitativo e explicativo. As análises dos elementos destacados das políticas foram realizadas sem aplicação de técnica específica, mas diretamente dos documentos legais escolhidos, em abordagem comparada.

Após essa secção introdutória, na qual também se declaram os objetivos e métodos do estudo, seguem-se a revisão da literatura em que se volta o olhar para o estudo de Souza (2018), a discussão em que se dá abordagem propriamente dita, considerações finais e as referências.

Revisão da literatura

Conforme se constatou a partir da pesquisa mencionada (SOUZA, 2018; SOUZA; LIMA, 2019), sobre a regulação assistencial, se manifestam tensões próprias do ambiente da administração pública brasileira, que atualmente acumula características patrimoniais, burocráticas e gerenciais, as quais se inter-relacionam. Julgou-se que uma forma conveniente de representar estas tensões seria, a princípio, como a resultante de forças num plano administrativo determinado por três polos, um para cada tipo de administração observado.

Assim, na Figura 1 (a) – Esquema Tripolar de Tensões na Administração Pública, o ponto P refere-se à administração patrimonial, forma administrativa considerada viciada e contra a qual se colocou a administração burocrática, ponto B, inaugurada no Brasil no Governo Vargas, na década de 1930. A ideia era, seguindo a experiência alemã, profissionalizar a administração pública brasileira, reduzindo-se as influências coronelísticas e atribuindo-se características meritocráticas.

A solução proposta não foi exitosa em corrigir os males do patrimonialismo, e mais, trouxe seus próprios males e vícios, estando relacionada fortemente à crise do Estado, por sua vez considerado ineficiente, pesado e grande.

Desta conclusão e da percepção induzida de que os métodos de gestão privada alcançavam melhores resultados, surge a administração pública gerencial: o modo de gerir a coisa pública conforme métodos e filosofia privados; no plano está representada pelo ponto G. Considerou-se que o ingresso brasileiro no gerencialismo se deu nos anos 1990, durante o Governo Fernando Henrique, embora já na década de 1960, houvesse sinais do gerencialismo no Estado, sem contudo, sua principal marca, a menor participação ou intervenção.

Segundo o esquema proposto, a regulação assistencial deve ser vista como vetor resultante dos três outros vetores básicos, cada um dos quais está sempre orientado para o seu vértice. O

conceito de vetor empregado aqui equivale ou geométrico ou físico, embora de seus elementos (módulo, direção e sentido), suponha-se apenas sentido e direção. Quanto ao vetor resultante, a própria regulação, a princípio, supõe-se no sentido oposto ao da gestão patrimonial.

Utilizou-se aqui a visão geométrica de vetores, os quais são entes matemáticos capazes de representar condições que vão além das quantidades. Nota-se que na teoria vetorial qualquer vetor plano pode ser representado pela combinação linear (soma e produto escalar) de dois vetores ortogonais (independentes). Logo, no esquema visto admite-se a não ortogonalidade (não independência) dos vetores básicos, o que torna o esquema em alguma medida realístico, uma vez que, quem propôs a administração burocrática estava no regime patrimonial, no mesmo sentido, quem propôs a administração gerencial estava no regime burocrático.

Voltando aos vetores básicos e considerando a atualidade: a força atrativa da forma patrimonial (degenerada) da administração pública é sempre o interesse privado; é oportuno ressaltar, o interesse privado no seu âmbito próprio (a vida privada, particular) é legítimo, aqui se considera degenerada toda colocação do interesse privado (seja de indivíduos, famílias, grupos de indivíduos, empresas, etc) no interior da Administração Pública, o que promove seu desvirtuamento.

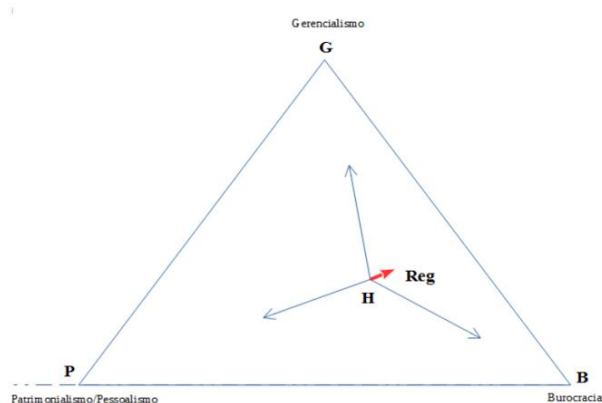


Figura 1 (b): Esquema tripolar de tensões

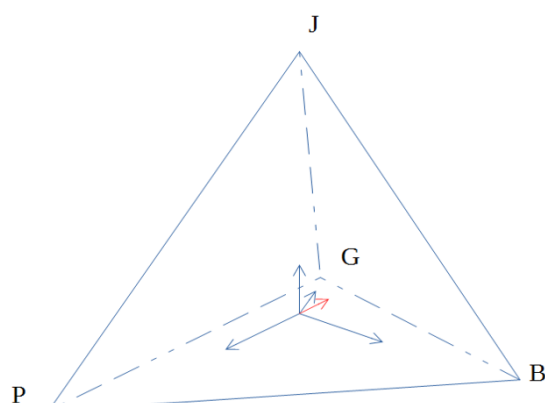


Figura 1 (b): Esquema tetraédrico de tensões

Figura 1 Esquemas de tensões na Administração Pública

Fonte: Retirado de Souza (2018)

Assim, no entorno dos tratamentos de saúde realizados diretamente pelo SUS ou contratualizados, o vetor representa tanto interesse do médico e do corpo burocrático da unidade de saúde em determinar quem vai ser atendido (escapando dos protocolos que incorporam o princípio da impessoalidade, basilar do serviço público), ou poder ser tratado, quanto a influência de políticos na burla ao sistema de regulação para o atendimento de seu curral eleitoral com o fim último de garantir votos e se manter no poder, como se tornou público na Capital do Rio de Janeiro, em 2018. Um caso atípico sugerido nas entrevistas realizadas na pesquisa de Souza (2018), segundo a perspectiva de médicos assistentes, seria a atitude patrimonial do regulador (autoridade sanitária), que assume o lugar do diretor da unidade na determinação de quem deve ser internado no leito.

A força burocrática estaria sempre nas normas de acesso, quem pode ou não acessar esta ou aquela unidade, a documentação necessária, também nos protocolos que incorporam o princípio constitucional da isonomia, que naturalmente é reproduzido no SUS, a forma de contratação do corpo técnico e dos serviços de maneira geral. A força gerencial estaria incorporada na necessidade de eficiência do sistema, implicada pela relação entre os recursos ofertados e a demanda por serviços. Naturalmente vê-se que assumir independência dos vetores básicos é uma arbitrariedade considerável.

Ainda com a visão geométrica, evoluiu-se deste para um esquema tridimensional, Figura 1 (b) – Esquema Tetraédrico de Tensões na Administração Pública, ao admitir a influência da judicialização, ponto J, no processo de regulação. Em que pese os órgãos judiciais serem públicos, julgou-se inapropriado sua colocação no plano administrativo porque simplesmente não há intensão, ou ainda, competência dos mesmos para administrar os serviços de saúde, mas atuam na correção de distorções (ou promovendo distorções) do sistema para garantia dos direitos de saúde do cidadão. Mais uma vez supôs-se independência para desenvolver o esquema. Por consequência, o campo de tensões não se dá no plano, mas no espaço determinado pelo plano administrativo e o ponto de controle.

O desejo patrimonial, a intensão privada, se manifesta fortemente na área da educação pública. Constata-se que a própria CF/88 em não mencionar a possibilidade de atuação complementar privada na oferta aos serviços de educação como fizera com os de saúde, já reconheceu o pleno estabelecimento dos serviços privados de educação, dos quais o país depende fortemente.

Os dados do Resumo do Censo da Educação Superior 2017, publicado pelo INEP, mostram que o serviço público é complementar ao privado no que tange ao número de instituições, a oferta de vagas, o total de matrículas, o total de ingresso e o de concluintes. Em 2017, a grande maioria das instituições de nível superior são privadas: 91,03% (n = 2.152, N = 2.364) das vagas no ensino superior. Quanto aos cursos de graduação em 2017, os oferecidos pela iniciativa privada correspondiam a 67,86% (n = 22.732, N = 33.501). Das vagas presenciais em 2017, 88,66% (n = 5.386.485, N = 6.075.252) são privadas. Já na modalidade EAD, 97,13% (n = 4.568.758, N = 4.703.834), considerando-se ambas as modalidades: 92,36% (n = 9.955.243, N = 10.779.086) seriam ofertadas por instituições privadas, neste ano. Quanto aos ingressantes, em 2017 81,73% (n = 2.636.663, N = 3.226.249) se matricularam em cursos privados; o total das matrículas privadas na graduação em 2017 representavam 71,21% (n = 4.649.897, N = 6.554.283). Isto reverbera no total de concluintes, dos quais 79,01% (n = 947.976, N = 1.199.769) eram oriundos de instituições privadas, em 2017 (INEP, 2019).

A interferência privada, dada essa pujança já à época da promulgação da CF/88, não para por aí, obviamente, mas estende-se à determinação do currículo, a determinação das formas de gestão e ao desenho das demais políticas de educação. Isto se dá com apoio considerável de órgãos multilaterais e entidades sem fins lucrativos, financiadas ou não por entidades lucrativas (LIBÂNEO, 2016; MOTTA; FRIGOTTO, 2017; PERONI, 2018).

Os institutos mencionados acima e os órgãos multilaterais têm ideias convergentes no que diz respeito à forma da administração pública, a qual deveria ser gerencial. Estes autores advertem acerca do perigo de se entregar tão complexa atividade – a formulação das políticas de educação, nas mãos da iniciativa privada, porque desconfiguram o espaço escolar público do *locus* direcionado à transmissão de conhecimento e aprendizado em lugar de assistência

social aos vulneráveis, em que se retira o direito pleno à educação de qualidade destes últimos, reduzindo o papel do Estado como provedor de educação; tentam uniformizar o conhecimento, desconsiderando e desvalorizando as culturas locais; reduzem a importância dos profissionais de educação, sobretudo professores.

Discussão

O Quadro 1 sintetiza elementos de comparação entre as referidas políticas, os quais foram observados de início na política de saúde. Sua primeira coluna traz os elementos de comparação escolhidos, nas segunda e terceira, respectivamente, características das políticas de educação e saúde.

Tanto a política de saúde quanto a de educação, estão previstas na CF/88 (BRASIL, Art. 6º, Art. 196, Art. 205). No entanto, a política de saúde, o SUS, tem seus antecedentes discutidos e consolidados nos movimentos para a reforma sanitária, em que se destaca a VIII Conferência Nacional de Saúde, antes da promulgação da CF/88; a educação pública brasileira não tem um movimento equivalente em força. Isso pode ser uma explicação para a Lei Orgânica da Saúde (LOS) (BRASIL, 1990) ter sido promulgada ainda em 1990, durante o governo Collor, enquanto a equivalente da educação pública, a Lei de Diretrizes Bases (LDB) (BRASIL, 1996), oito anos após a CF/88, no governo Fernando Henrique. Seja como for, esses dois momentos foram difíceis para consolidação de direitos sociais, haja vista a convergência a posições neoliberais, cujo traço comum e marcante é a redução da participação estatal.

A saúde é um dever do Estado (BRASIL, 1988, Art. 196) enquanto a educação, deste e da família (BRASIL, 1988, Art. 205), de modo que não existe um espaço totalmente público sobre a educação, como existe com a saúde pública.

O conceito de universalidade relaciona-se tanto à ideia de todo, remetendo ao todo populacional, ou seja, à sociedade, quanto à ideia de totalidade de acesso a serviços ou ações ofertados na amplitude de determinada política pública. Enquanto princípio está presente na política de saúde, mas não na de educação, na qual aparece por vezes como meta, por exemplo, universalização do ensino médio (BRASIL, Art. 208). Este princípio também está estreitamente relacionado aos princípios da integralidade e do acesso igualitário, podendo confundir-se com este. No caso da política de educação, universalidade vem com obrigatoriedade de acesso ao nível básico, segundo a LDB (BRASIL, Art. 4º), podendo esta ser cumprida junto aos serviços privados de educação.

Para o SUS a universalidade é princípio – letra da Lei (BRASIL, 1988, Art. 7º); pode-se entender isto como ponto de partida, ou seja, que as ações em saúde pública, serão desenhadas, projetadas, tendo como fundamento a universalidade; no entanto, isso de fato é algo desejável, meta, visão de futuro, lugar em que se deseja chegar; de modo que também é fim. O que se tem com o princípio da universalidade é um conceito dual, ambíguo, que certamente ocorre com os conceitos caracterizadores da democracia (relacionados ou não à saúde pública, que é caso particular), sendo princípio e fim ao mesmo tempo, portanto um princípio-fim.

A característica de regulação de acesso aos serviços de maior complexidade está presente em ambas as políticas. Admite-se que a regulação está estreitamente relacionada à escassez

econômica, diante da qual o poder público ordena fluxos visando à eficiência do sistema, seja qual for. No caso da saúde, é baseada em protocolos, sejam médicos ou gerenciais, que de fato devem incorporar os princípios constitucionais da isonomia e da impessoalidade (BRASIL; 1998, Art. 5º, Art. 37; 2008) apontando quem deve ocupar o leito ou vaga de acordo com a chegada ou gravidade. A temática da regulação em saúde mereceu a publicação da Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2008). No outro caso, tem-se o mérito como critério, porque o direito às vagas (também escassas) nas universidades públicas e nas escolas básicas consideradas de excelência é garantido por meio de desempenho em provas – vestibular para universidades (ENEM, para todas as federais) – e sorteios.

A política de saúde no Brasil é avessa ao mérito: tem acesso os serviços públicos no Brasil qualquer cidadão, em teoria. O acesso aos serviços de saúde, públicos ou privados, são facultativos para o cidadão, em qualquer nível, salvo em questões emergenciais, nas quais a negativa pela busca/acesso pode ser considerada como omissão de socorro, portanto, crime; com respeito à educação, é obrigatória tanto para o Estado (em oferecer), quanto para as famílias em buscar o acesso, seja público ou privado.

Outro elemento importante para comparação é a relação público-privada. Na saúde pública, a oferta privada é complementar (BRASIL, Art. 199, § 1º), estando associada à contrapartida remuneratória do serviço público, observando-se que serviços de maior preço são mais oferecidos (BOZZA, 2015; GONÇALVES, 2015). A política de educação pública não tem esta característica de complementaridade, como foi mencionado acima; em relação ao nível superior, pode-se dizer que a oferta pública é complementar à privada; não haveria motivos aparentes para ser diferente. Na realidade, diversos estudiosos (LIBÂNEO, 2016; MOTTA; FRIGOTTO, 2016; PERONI, 2018; CORRÊA; MORGADO, 2018; CÁSSIO; 2018) sustentam que representantes das instituições privadas de ensino e grupos de interesse querem definir os rumos da educação pública brasileira, desvirtuando-a em relação ao estabelecido na CF/88.

Quadro 1: Elementos das políticas de saúde e educação

Elementos	Política de Saúde	Política de Educação
Previsão	Constitucional	Constitucional
Formação dos pressupostos	Anteriores à CF/88	Posteriores à CF/88
Base Legal	LOS (Lei nº 8.080/90)	LDB (Lei nº 9.394/96)
Dever	Estado	Estado e família
Universalidade	Oferta de todos os serviços	Oferta de todos os serviços
Integralidade	Legalmente garantida	Parcialmente garantida
Regulação	Protocolar	Meritocrática (vestibular, ENEM)
Acesso	Facultativo	Obrigatório até a média complexidade
Porta de entrada	Unidade básica de saúde (primária)	Universidade
Judicialização	3 partes	2 partes
Relação público-privado	Complementar	Residual
Gestão	Municipal	Autárquica (federal ou estadual)
Organização	Rede	Tradicional

Fonte: Elaborado pelos autores.

A política pública de saúde traz o conceito de porta de entrada, que é primeiro nível de acesso aos serviços de saúde públicos. A atenção primária de saúde (unidades de saúde da família,

por exemplo), o serviço de saúde mais próximo ao cidadão, é porta de entrada preferencial (BRASIL, 2017, Art. 2º), dali o cidadão necessitado deveria ser encaminhado aos demais níveis. No caso da política de educação, o acesso ordinário ao nível mais alto, as universidades, se dá após o cumprimento da educação básica; a porta de entrada no sistema público educação se dá em qualquer nível, sem portas preferenciais; o vestibular ou o ENEM são as portas típicas dos cursos superiores públicos; a isenção de vestibular, por reingresso, é uma exceção à regra. De fato a Lei (BRASIL, 2012, Art. 1º) concede reserva nos cursos superiores para cidadãos que cursaram o ensino médio em escola pública, o que sugere certa preferência.

A não obtenção de acesso à saúde pela via regulatória ou demanda espontânea pode ser contornada através da reclamação judicial. Segundo entrevistas trazidas por Souza (2018), a judicialização para garantia de direito relativos à saúde pressupõe três sujeitos: (1) o paciente que não teve sua necessidade saúde atendida (seja vaga em leito, medicação, procedimento, etc.), (2) o médico que sustenta a existência de ação a ser realizada a fim de preservar a saúde do paciente ao qual foi negado o direito e, (3) o juiz que determina ou não a concessão do serviço baseado na criticidade apresentada pelo profissional de saúde. No caso de vagas em leitos, a autoridade judicial concorda com os sistemas de regulação assistencial quando nega a reclamação e discorda com o sistema de regulação quando acata a petição, isto porque distribui recurso público ou desloca a ordem de acesso, fora dos parâmetros regulatórios ordinários. Esta tripla relação: usuário do SUS – médico – juiz, não ocorre nas questões de acesso à educação onde importam o usuário e o juiz, duas partes, portanto, compondo uma relação menos complexa.

No caso da aquisição de medicamentos por medidas judiciais há o interesse privado em paralelo, o órgão regulatório não está entre os sistemas de regulação comentados até aqui, mas compreendem atividades de vigilância sanitária centralizadas no Brasil, na ANVISA. A medicação ou o procedimento não padronizado a que o médico sugere, em geral é mais caro e financeiramente inacessível ao usuário do SUS. A determinação da compra do medicamento implica esforço orçamentário justificável se o sucesso fora alcançado, mas quando não é muito questionável. Quanto ao vendedor, a lucratividade está garantida em um ou outro caso, de modo que oferta da medicação é sempre validada.

Neste trabalho abordamos judicialização de acesso a serviços públicos de saúde, ficando de fora pleitos colocados contra as empresas de saúde suplementar, os planos privados de saúde.

Arcanjo e Cavalcante (2019) mostraram que a tendência da judicialização em torno de questões da educação superior foi ascendente entre 2007 e 2017. Tendo por base os processos judiciais relativos à política de educação junto ao TRF-1 nos anos de 2007, 2012 e 2017, estes autores notaram que as demandas se davam não só pela garantia de acesso às matrículas nas universidades públicas, que representavam 32,41% (n = 105, N = 324) do total, mas pelo questionamento relativo a sistemas de cotas, 25,93% (n = 84) (BRASIL, 2012), pela emissão de diplomas, 13,89% (n = 45), dentre outros. O conflito de interesses diante da presença de lucro não estava presente entre as questões colocadas por esses autores.

A forma de gestão é também uma importante característica. A saúde pública, no que concerne ao fluxo financeiro dos fundos de saúde, é gerida pelo ente municipal ou municípios consorciados, seja os serviços prestados vinculados a quaisquer entes da federação, enquanto as universidades públicas, na sua grande maioria, são entes da administração pública indireta,

autarquias ou fundações autárquicas, embora ocorra com a educação algo similar à política de saúde quanto às responsabilidades: o nível mais básico fica vinculado ao poder municipal preferencialmente (BRASIL, 1988, 1990).

A opção pelas redes de saúde está alinhada a integralidade da assistência. O usuário do SUS pode ser assistido por diversos serviços em decorrência de sua necessidade de saúde. Isto não se verifica na política de educação, o acesso a instituições públicas diferentes pode ocorrer em tempos diferentes. Os cursos superiores de graduação, por exemplo, não podem ser acessados paralelamente em universidades públicas, sob pena de cancelamento de matrícula.

Feita esta breve comparação das políticas de saúde e educação brasileiras passa-se agora à investigação das tensões no campo da educação. Supõe-se que os esquemas de tensões estabelecidos possam ser aplicados sobre outras políticas públicas. Como foi visto no estudo de Souza (2018), a regulação e suas questões se dão no acesso aos serviços de maior complexidade, naquele caso, o acesso ao tratamento oncológico no âmbito do INCA, unidade pública federal, de alta complexidade. Portanto, é coerente a comparação com as unidades equivalentes na política de educação – as universidades públicas, admitindo-se, ainda, o acesso à graduação como padrão. A Figura 2 apresenta a regulação de acesso à graduação no esquema tripolar de tensões.

Na Figura, que tem configuração visual distinta da Figura 1(a), os pontos P, B e G, representam o patrimonialismo, a administração burocrática e a forma de administração gerencial, respectivamente, como no caso anterior. O vetor resultante das tensões também aponta para o eixo BG, o qual representa métodos aceitáveis de administrar, contrários a forma patrimonial degenerada. O mérito colocado como agente regulador de acesso às vagas universitárias, aliado à transparência que cerca os vestibulares públicos, freia o patrimonialismo quanto à decisão direta de conceder vagas, por isso, a componente relativa ao patrimonialismo é a menor entre as três.

O vestibular é um procedimento burocrático clássico: a checagem de conteúdos absorvidos dentre conteúdos anteriormente divulgados. Por isso, esta componente tem o maior módulo. Por outro, lado está presente a força gerencial que obriga prova padronizada para todas as instituições federais, em busca de chances iguais, da oportunidade do estudante ser comparável a qualquer outros que tenham feito o exame no mesmo ano, seja de que estado for. Isto é consideravelmente alinhado ao princípio da eficiência, a qual constitui importante alvo da administração pública gerencial, o que se dá em detrimento de vocações universitárias distintas, mesmo sendo federais. Distinções que poderiam se relacionar com a história da universidade, com sua localidade, e daí por diante.

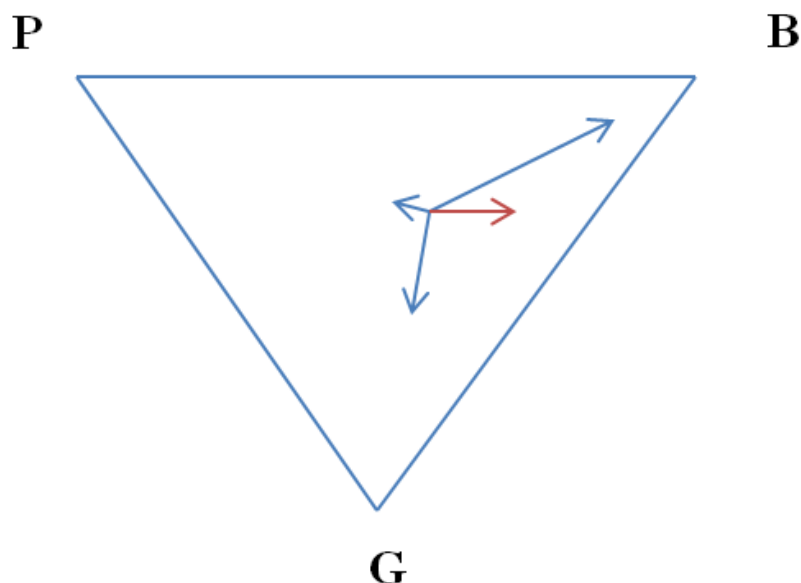


Figura 2: Tensões sobre a regulação de acesso à graduação nas universidades públicas

Fonte: Elaborado pelos autores.

Escapando um pouco do acesso, as tensões sobre a regulação do currículo escolar também poderiam ser esquematizadas nos diagramas de tensão, conforme a Figura 3 abaixo. As conclusões de Libâneo (2016), Motta e Frigotto (2016) e Peroni (2018) mostram que os elementos típicos da burocracia, como a responsabilidade pela elaboração de políticas públicas, têm sido retirados deste *locus* e transportados para o ambiente privado, o que leva a tensões (CORRÊA; MORGADO, 2018).

O vetor resultante das tensões muda, portanto, de direção e sentido; como há considerável perda de poder burocrático, ele aponta para o eixo PG. Aqui o patrimonialismo, segundo a visão daqueles autores, reaparece com força, sendo a maior componente do esquema. Isso porque, mesmo para os idealizadores da reforma administrativa, conforme o Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (BRASIL, 1995), a formulação de políticas públicas, é uma atividade caracteristicamente burocrática. A assunção desta atividade por terceiros, com interesses diversos e obtusos, ainda que se auto sugerindo neutros, configura ação patrimonial.

A questão gerencial ocorre aí também, seja pela adoção de metodologias de ensino focadas na eficiência, em semelhança ao percebido no vestibular unificado; aqui se torna ainda mais sério porque é o currículo unificado, que despreza a cultura, historicidade, conhecimentos locais. E ainda a possibilidade da escola pública ser utilizada como agência para assistência social, desvirtuando o local próprio para busca de conteúdos e conhecimento (LIBÂNEO, 2016; MOTTA; FRIGOTTO, 2016; PERONI, 2018; CORRÊA; MORGADO, 2018; CÁSSIO; 2018).

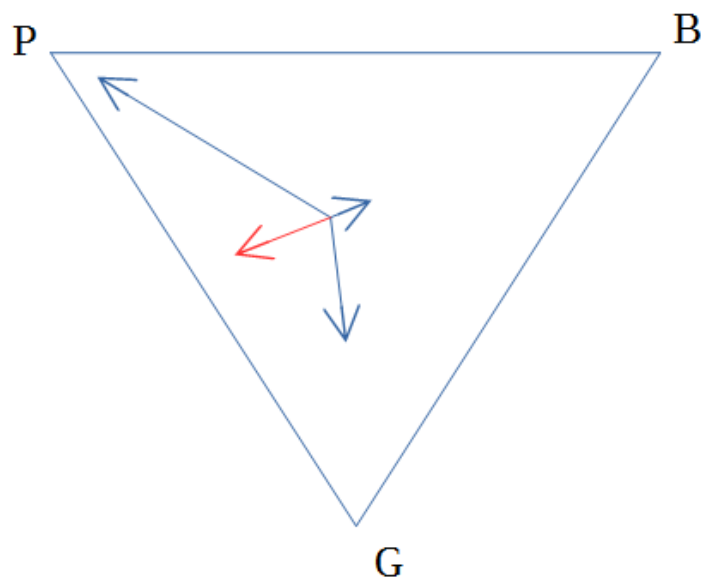


Figura 3: Tensões sobre a determinação de currículos

Fonte: Elaborado pelos autores

Considerações finais

Os objetivos do presente estudo eram comparar as políticas de saúde e educação brasileiras e aplicar o esquema triangular de tensões no contexto da regulação de acesso aos cursos de graduação e na determinação dos currículos do ensino básico, e, assim, contribuir com o avanço no estudo das políticas públicas brasileiras. Os mesmos foram razoavelmente alcançados. É possível comparar elementos próprios da política pública de saúde brasileira, o SUS, à política de educação. Alguns deles têm significados próximos, outros distantes.

Também foi possível aplicar o esquema de tensões proposto por Souza (2018) fora da política de saúde e fora da temática de regulação do acesso à assistência oncológica, a partir do qual foi que a regulação de acesso ao vestibular segue a mesma forma da regulação assistencial, com vetor resultante apontando para o eixo burocrático-gerencial.

Abordando-se o currículo, por outro lado, nota-se mudança de sentido no vetor resultante das forças, o qual passa a apontar para eixo patrimonial-burocrático, frente à perda de poder burocrática na definição curricular.

Como no estudo de Souza (2018), o presente texto não abordou meios de se verificar a intensidade dos vetores, uma fragilidade que se espera explorar e corrigir nos próximos estudos, em que se pretende, ainda, enquadrar outras temáticas além da regulação de acesso aos serviços de saúde e aos cursos de graduação e determinação de currículos, por exemplo, o programa de Reestruturação e Expansão das Universidades (REUNI) e a Lei de Cotas.

Referências

ARCANJO, Cecília Braz, CAVALCANTE, Pedro Luiz Costa. Quando a Justiça Encontra a Universidade: uma análise da judicialização de políticas públicas na educação superior. *Anais do Encontro de Administração Pública da ANPAD – EnAPG*. Fortaleza, CE, Brasil, 08. 2019.

BOZZA, Tatiana de Matos. **A implementação da contratualização das unidades de atenção cardiovascular de alta complexidade pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro**. 2015. 103 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14062>>. Acesso em 10 set. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 20 set 2016.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 19 set 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm>. Acesso em: 16 jul. 2019.

_____. Lei nº 12.711, de 29 agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 29 ago. 2012. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2012/lei-12711-29-agosto-2012-774113-norma-actualizada-pl.html>>. Acesso em: 10 set. 2019.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 10 set. 2019.

_____. _____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 21 dez. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 10 set. 2019.

_____. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. 1995. Disponível em <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em 10 set. 2019.

CORRÊA, Adriana, MORGADO, José Carlos. **A construção da Base Nacional Comum Curricular no Brasil: tensões e desafios**. Anais do Colóquio Luso-Brasileiro de Educação – COLBEDUCA. 2018. v. 3. Disponível em: <<http://www.revistas.udesc.br/index.php/colbeduca/article/view/12979/8307>>. Acesso em 04 set. 2019.

CÁSSIO, Fernando L. **Base Nacional Comum Curricular: ponto de saturação e retrocesso na educação**. Revistas Retratos da Escola, Brasília, v. 12, n. 23, pp. 239-253, jul/out. 2018. Disponível em: <<http://www.esforce.org.br>>. Acesso em 04 set. 2019.

GONÇALVES, Vladimir Soares. **Programação pactuada integrada da assistência e o sistema estadual de regulação: limites e possibilidades na garantia de acesso da população fluminense às ações e serviços de saúde em cirurgia cardíaca de alta complexidade**. 24/02/2015 104 f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14063>>. Acesso em 10 set. 2019.

INEP. **Resumo técnico do censo da educação superior 2017**. 2019. Disponível em <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/resumos-tecnicos1>>. Acesso em 9 set. 2019.

LIBÂNIO, José Carlos. Políticas educacionais no Brasil: desfiguramento da escola e do conhecimento escolar. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v.46, n.159, p.38-62, jan./mar., 2016.

LÜCK, Heloísa. **Ação Integrada: Administração, Supervisão e Orientação Educacional**. 14ª ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1998.

MORAIS SILVA, Artur de. PNE (2014-2024): formação dos profissionais da educação e desafios aos dirigentes de sistemas de ensino e aos gestores escolares da educação básica da rede pública. **Revista Democratizar**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 02-12, ago./dez., 2015.

MOTTA, Vânia Cardoso da; FRIGOTTO, Gaudêncio. Por que a urgência da reforma do ensino médio? Medida provisória nº 746/2016 (lei nº 13.415/2017). **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 38, n. 139, p.355-372, abr.-jun., 2017.

PERONI, Vera Maria Vidal. Múltiplas formas de materialização do privado na Educação Básica pública no Brasil: sujeitos e conteúdo da proposta. **Currículo sem Fronteiras**, v. 18, n. 1, p. 212-238, jan./abr. 2018.

SOUZA, Sergio Paulo Carvalho de Souza. Análise da implantação do sistema de regulação assistencial no âmbito do INCA.

SOUZA, S. P. C, LIMA, C. H. Tensões relacionadas à regulação assistencial em saúde. (2019, maio). *Anais do Encontro de Administração Pública da ANPAD – EnAPG*. Fortaleza, CE, Brasil, 08.