



**Sistema Único de Saúde (SUS) e National Health Service (NHS): uma análise
comparativa das potencialidades e fragilidades das ações voltadas à saúde coletiva**

*Unified Health System (SUS) and National Health Service (NHS): a comparative analysis
of the strengths and weaknesses of actions aimed at collective health*

Carolina Santana Kriege

Resumo

O trabalho é uma análise comparativa combinada com a metodologia de pesquisa exploratória entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e National Health Service (NHS) em relação às ações para o atendimento em saúde coletiva. A revisão integrativa foi realizada a partir da busca de artigos nas bases de dados Lilacs e Scielo, utilizando os descritores: Sistema Único de Saúde, National Health Service, Saúde Coletiva e Saúde Pública. Procedeu-se ao cruzamento dos descritores com as variáveis quantitativas contidas nos portais brasileiro (DATASUS) e britânico (DATASETS NHS Digital).

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Medicina estatal, Saúde pública, Planejamento em saúde comunitária, Gestão da qualidade total.

Abstract

The work is a comparative analysis combined with an exploratory research methodology between the Unified Health System (SUS) and the National Health Service (NHS) in relation to actions for public health care. The integrative review was performed by searching for articles in the Lilacs and Scielo databases, using the descriptors: Unified Health System (SUS), Collective Health, Public Health. The descriptors were crossed with the quantitative variables contained in the Brazilian (DATASUS) and the British (DATASETS NHS Digital).

Keywords: Unified Health System, State medicine, Public health, Community health planning, Total quality management.

Introdução

O direito à saúde é parte integrante da gama de acesso aos direitos fundamentais presente na maioria dos países. Após a segunda guerra mundial, a saúde foi alçada como direito básico, estando intimamente relacionada ao princípio da dignidade da pessoa humana. Em 1948, no artigo I da Declaração Universal dos Direitos Humanos foi reconhecido que “todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos, dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade”¹. A dignidade da pessoa humana é intrínseca, devendo ser respeitada pelo Estado e sociedade¹.

A Organização Mundial de Saúde (OMS)² define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades. O direito social, é inerente à condição de cidadania, e deve ser assegurado sem distinção de raça, religião, identidade de gênero, ideologia política ou condição socioeconômica, elevando a saúde como um valor coletivo, um bem de todos. É uma conceituação ampliada que abarca a saúde coletiva. Dessa maneira, os sistemas de saúde podem ser considerados os mais complexos dentro das políticas sociais³.

Com o advento da maior crise sanitária enfrentada nos últimos anos provocada pelo vírus SARS-CoV-2, muitos países precisaram elaborar estratégias para implementação de providências para o cuidado em saúde, tendo como premissa um reordenamento para atividades voltadas à promoção e prevenção menos onerosas, invertendo a lógica hospitalocêntrica, mais dispendiosa para os cofres públicos e com menor eficiência para a saúde da população. Desse modo, a pandemia evocou a importância da saúde coletiva como procedimento adequado para o cuidado em saúde para a coletividade.

Os elementos estruturais do sistema de saúde são extensão e tipo de financiamento público, tipo de regulação (pública ou privada) que ordena o financiamento, papel dos gestores em relação aos serviços, insumos e como empregador (direto ou indireto)⁴. Assim sendo, o acesso à saúde é basilar para o êxito das políticas públicas⁵ sendo os serviços básicos de promoção e prevenção em saúde são primordiais na redução das despesas com o agravamento de condições clínicas da população⁶.

O SUS nasceu de movimentos sociais e políticos que demandavam maior organização nas ações sociais referentes à saúde, diante da ineficiência assistencial promovida pelo governo⁷. A inspiração para a concepção de um sistema de saúde público e universal foi o National Health Service (NHS) do Reino Unido, que, por sua vez, foi criado em 1948 nas reformas pós-Segunda Guerra visando a reconstrução nacional⁸.

A garantia de acesso aos serviços de saúde auxilia na manutenção da autonomia dos sujeitos, acautelando a elevação dos custos em cuidados de maior complexidade, além da perda da capacidade produtiva dos acometidos, e, conseqüentemente, na queda de arrecadação tributária, caracterizando um ônus evitável pelo estado⁹.

A saúde coletiva como campo de conhecimento, contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações, todavia, como processo social, investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social, analisando as práticas de saúde na sua articulação com as demais práticas sociais, com vistas a compreender as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, auxiliando na reestruturação e enfrentamento¹⁰.

Sistema Único de Saúde (SUS)

A concepção do SUS, impulsionada a partir da promulgação da Carta Magna, em 1988, e estabelecida com a publicação das Leis Orgânicas de Saúde, em 1990, foi uma

conquista importante para os direitos sociais no Brasil¹¹. Entretanto, descortinou a complexidade da situação epidemiológica do país, caracterizada pela tripla carga de doenças na população: permanência de doenças agudas; aumento do peso relativo das condições crônicas; e das causas externas. O SUS também constitui uma exitosa política social, resultado da luta pela retomada do denominado Estado Democrático de Direito¹². Vários são os fatores que resultam na complexidade da saúde no Brasil, dentre os quais: cobrir um país de dimensão continental, com mais de 200 milhões de habitantes e as diferenças regionais. O SUS é um sistema de saúde com 33 anos de existência, e que foi concebido já em uma era de tecnologia e informação em franca expansão¹³.

Não obstante, a Inglaterra iniciou a revolução industrial no século XVIII, expandindo o colonialismo para outros continentes; entretanto, somente no século XX, o Brasil experienciou a industrialização, época em que o país inglês enfrentava a primeira e segunda guerra mundial¹⁴.

Enquanto a expansão industrial brasileira ocorreu na Era Vargas, período com pouca regulamentação sanitária e políticas superficiais de saúde que objetivavam apenas estabelecer padrões de produção agrícola¹⁵, a pauta da adoção de um sistema de saúde unificado no Brasil somente foi esboçada ao término do século XX, quando o NHS já possuía 40 anos de existência¹⁶.

O SUS possui características de amplitude cultural, já que engloba povos indígenas, quilombolas, populações vulneráveis e em áreas de difícil acesso e até mesmo a menor parcela da população de maior poder aquisitivo que opta por não possuir planos privados de saúde suplementar. E, ainda, possui um histórico de foco social, de atenção básica e de preocupações com a melhoria da expectativa de tempo e de qualidade de vida da população. Ademais, o sistema ainda reforça a ideia de símbolo da democracia e combate à desigualdade social¹⁷.

Para muitos autores, o SUS foi inspirado no NHS, principalmente pela adoção dos mesmos princípios norteadores: universalidade, integralidade e gratuidade¹⁸.

Nos últimos anos, o orçamento para as políticas públicas encontra profundas restrições com a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016¹⁹, a qual limita aportes financeiros para áreas como saúde e educação aos níveis de 2016, com reajuste anual pelo índice da inflação. Tal manobra federal na alocação de recursos possui efeito sobre os demais entes estaduais e municipais, comprometendo o sistema como um todo²⁰.

As ações do SUS voltadas à saúde coletiva

É importante destacar que as atividades contidas no bojo da saúde coletiva consideram a análise da situação de saúde e das condições de vida e a base territorial para propor ações sobre os problemas e as necessidades identificadas. O território reúne um conjunto articulado e indissociável de objetos e ações que lhes permite compreender as dinâmicas e os movimentos constantes, e, conseqüentemente como um processo em permanente construção/reconstrução. As prioridades das políticas de saúde no Brasil baseiam-se no perfil de morbidade e mortalidade dos diversos estados e municípios do país, apresentando ampla variação entre as regiões. Com dados como estimativas de casos incidentes, pode-se oferecer informações epidemiológicas que são fundamentais para o planejamento de ações de promoção à saúde, detecção e diagnóstico precoces em todos os níveis, de maneira a reconhecer as desigualdades regionais provocadas por diferenças no desenvolvimento, sendo crucial para descentralizar as ações de forma que elas se tornem mais efetivas e direcionadas²¹.

Cumprе ressaltar medidas como imunização massiva (campanhas nacionais e regionais), atuação da Atenção Primária em Saúde (APS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os serviços primários, dotados de trabalhadores com formação em Saúde Coletiva,

Saúde Comunitária e/ou da Família, além de contarem com com Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate à Endemias (ACE), exercem papel crucial de prevenção, promoção, manutenção e recuperação de saúde em territórios adscritos. A APS funciona como a porta de entrada do sistema de saúde, que organiza para outros pontos de cuidado da Rede de Atenção em Saúde (RAS), de maneira hierarquizada, assegurando a integralidade das ações em saúde.

Paralelamente, as equipes da APS/ESF articulam o cuidado com ações coletivas, tais como: Programa Saúde na Escola (PSE)- acuidade visual, saúde bucal, identificação de situações de violências e no desenvolvimento dos escolares; Grupos de Ações Coletivas- tabagismo, gestantes, diabéticos e hipertensos, obesidade, asma, idosos, saúde mental, ciclos de vida, alimentação saudável; Visitas Domiciliares (VD)- para atendimento a usuários mais vulneráveis, com dificuldades de locomoção e cuidados específicos. Ainda, os profissionais da Atenção Básica (AB) promovem atividades dirigidas em associações comunitárias, centros religiosos e outros dispositivos dentro do território de atuação.

National Health Service (NHS): o modelo britânico de saúde

Durante a Segunda Guerra Mundial, países como Inglaterra, acometidos pela fome e por numerosos combatentes feridos, viram a necessidade de implementar políticas de saúde pública para atender a crescente demanda. Em 1948, nas reformas de Beveridge, foi criado o NHS, que para além do suporte à saúde, propôs erradicar a escassez alimentar e fortalecer o sistema público²².

Desse modo, o sistema inglês é o precursor e referência internacional de saúde pública de acesso universal. E ainda implementa o cuidado integral por intermédio da atenção primária, com atuação de médico generalista- General Practitioner, o qual desempenha função

ordenadora para serviços especializados, localizados em ambulatórios hospitalares, em geral, públicos²³.

O NHS atravessou diferentes estruturas organizacionais no intento de afiançar universalidade com equidade, de caráter regionalizado e com alocação de recursos em conformidade com as necessidades e especificidades populacionais. Porém, na década de 80, sob o comando de Margaret Thatcher, foram promovidas reformas na saúde orientadas pela lógica de mercado, sendo segregadas as funções de compradores e prestadores mediante contratos, no que ficou conhecido como “mercado interno”, como novos modelos de gestão dos hospitais públicos²⁴.

Em 2010, com a crise financeira internacional, o primeiro-ministro do Reino Unido, David Cameron, implementou políticas de austeridade do orçamento público, infligindo gastos no setor de saúde. Já em 2012, foi aprovada a lei Health and Social Care Act 2012, a qual foi responsável por contingenciar 20 bilhões de libras e abrir caminho para a expansão da livre mercantilização na saúde, gerando competição na contratação de prestadores, públicos e privados, e reduzindo o controle central²⁵.

No relatório elaborado por King's Fund em 2015, decorridos 3 anos após a implantação da lei Health and Social Care Act 2012, foi evidenciado que a mercantilização acarretou em fragmentação, desorganização e a complexidade do sistema regulatório de saúde inglês²⁶. Todavia, a saúde permanece custeada pelos cofres públicos e advindas de impostos pagos pelos contribuintes, contudo, a mesma é contratualizada por qualquer prestador qualificado competitivo (any qualified provider)²⁷.

Cumprе considerar que o NHS ocupa a primeira posição como sistema de saúde em relação ao acesso qualificado e eficiente em comparação com os 11 países mais ricos do mundo²⁸.

As ações do NHS voltadas à saúde coletiva

O NHS foi pioneiro na universalização do acesso a serviços de saúde, ordenando o cuidado de forma hierarquizada, baseado em evidências e tendo como porta de entrada a atenção básica²⁹. Os princípios constitutivos como universalidade e gratuidade, amparados pelo Partido Trabalhista de 1948, corroboraram para que o NHS estabelecesse o bem estar social que, por sua vez, impulsionou o desenvolvimento socioeconômico do Reino Unido, penalizado pelo pós-guerra³⁰.

Os dados obtidos de Hofstede³¹ expõem o compromisso do NHS com a continuidade das políticas públicas, como observado desde a reforma de Beveridge, e que prossegue mesmo em períodos de rigidez fiscal, como nos anos 1980, onde as verbas sociais não sofreram cortes financeiros. Dessa feita, o sistema de saúde mantém políticas públicas assertivas em detrimento de resultados de curto prazo com ínfimas melhorias.

Existem muitas ações voltadas para a saúde coletiva como campanhas de informação, o desenvolvimento de um aplicativo do próprio NHS para disseminação de conteúdo relacionado à saúde e serviços primários de atendimento³².

Entretanto, os cortes de 15 bilhões de libras impactaram na qualidade, aumento de tempo de espera e redução da satisfação dos pacientes³³⁻³⁵. Tais restrições orçamentárias, redução de qualidade e gestão deficiente, combinados com elevados débitos das parcerias público-privadas para o financiamento da infraestrutura e carência de profissionais nos serviços de saúde, ocasionaram queixas recorrentes ao sistema de saúde britânico³⁶.

SUS e NHS: análise comparativa das ações voltadas à saúde coletiva- potencialidades e fragilidades

A avaliação de programas públicos, além da inclusão das características teóricas, deve compreender os dados existentes sobre os resultados das políticas aplicadas³⁷. A

epidemiologia é crucial para a análise das políticas públicas de saúde por explorar os riscos aos quais a população está exposta³⁸. Ressalta-se o tipo de alimentação e o sedentarismo como prováveis causas para o acometimento de doenças crônicas, ao passo que a falta de imunização, vigilância em saúde e controle de fronteiras como riscos para a exposição às doenças infectocontagiosas³⁹.

Com o intuito de estabelecer contrapontos entre os sistemas NHS e SUS, a produção científica produzida assinala que o sistema brasileiro é reconhecido pelo atendimento humanizado e a capilaridade para assistência a diferentes culturas em um grande território geográfico. Adversamente, o sistema inglês não dispõe de forte vínculo com os assistidos.

Em um importante estudo desenvolvido em 2021 são trazidos elementos importantes para compararmos os sistemas de saúde brasileiro e inglês. Em relação ao uso de contraceptivos, a cada 1000 brasileiras abaixo de 18 anos, 53 apresentam gestação precoce. Na Inglaterra, esse quantitativo de gravidez na adolescência atinge 18 inglesas, ou seja, menos da metade dos casos. Quanto a doenças transmissíveis, o Brasil apresenta 10 vezes mais casos de Sarampo, Sífilis, HIV/AIDS e Tuberculose e mais de 700 vezes mais casos de Tétano comparado com a Inglaterra. No que diz respeito à incidência de Diabetes, o Brasil possui o dobro de diabéticos se comparados aos britânicos. Quanto à Hipertensão Arterial e Tabagismo, os índices entre os dois países se equiparam.

Importante referir sobre a capacidade médica instalada per capita: no SUS, há 1,4 médicos/1000 habitantes; em contrapartida, no NHS há 2,8 médicos/1000 habitantes. Quanto aos leitos hospitalares por habitante, a realidade brasileira corresponde a 30% da oferta no serviço inglês. O investimento no conjunto do sistema de saúde é 53 vezes superior ao modelo inglês quando comparado ao brasileiro.

Acerca do financiamento dos sistemas de saúde sobre o Produto Interno Bruto (PIB), os níveis de gastos apresentam semelhança. Contudo, é imperativo confrontar que o Reino

Unido possui 99% de saneamento básico, enquanto no Brasil, 50% da população não possui acesso a saneamento básico e 16% não dispõe de água tratada. Tais condições afetam diretamente as condições de vida da coletividade⁴⁰.

Metodologia

A presente pesquisa é uma análise comparativa combinada com a metodologia de pesquisa exploratória entre o SUS e NHS em relação às ações para o atendimento em saúde coletiva.

Foi realizada a partir da busca de artigos nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (Scielo), utilizando os descritores: Sistema Único de Saúde, National Health Service, Saúde Coletiva e Saúde Pública. Procedeu-se ao cruzamento dos descritores com as variáveis quantitativas contidas nos portais brasileiro (DATASUS) e britânico (DATASETS NHS Digital).

Ao término da pesquisa exploratória comparativa, espera-se que sejam evidenciadas reflexões acerca da importância dos sistemas de saúde, nesse caso, SUS e NHS, para o aprimoramento das políticas públicas para a assistência à sociedade.

Considerações finais

O SUS e o NHS possuem implantações e trajetórias muito diferentes. Em 1948, o NHS surgiu de uma iniciativa pública britânica após a Segunda Guerra Mundial com o intuito de reconstruir o país e oferecer assistência aos sobreviventes dos conflitos, sob um sentimento patriótico de vitória. Enquanto em 1988, 40 anos após o NHS, o SUS foi fruto de movimentos sociais e políticos que culminaram com a Constituição Federal, a qual reconheceu a “saúde

como direito de todos e dever do estado”. A pretensão do SUS, em 1990, era prover a assistência pública fundamental em um país de intensas discrepâncias socioeconômicas, combatendo a desnutrição, a mortalidade infantil e buscando estender a expectativa de vida dos brasileiros. Ademais, o contexto político propiciou a redemocratização brasileira e, portanto, o próprio SUS representa uma conquista social na garantia de acesso aos serviços de saúde.

Indubitavelmente, há diferenças contrastantes entre NHS e SUS, como dimensões geográficas: o território inglês corresponde a 1,5% do brasileiro. Em relação ao financiamento dos dois sistemas, a diferença é ainda mais contrastante: enquanto o SUS será prejudicado por anos de subfinanciamento devido à EC 241/EC-95, o NHS aumenta seus investimentos para melhorar a cobertura para sua população.

Empreender esforços para o financiamento adequado do SUS desde as ações coletivas que primam pela manutenção da saúde e qualidade de vida da população constitui como uma providência elementar enquanto política pública. A responsabilização do Estado em prover a saúde como um direito inalienável está assegurada na Constituição Federal de 1988.

Insta inferir a necessidade de aportar maiores investimentos na AB, que tanto no NHS quanto no SUS, constituem a porta de entrada dos sistemas de saúde, atuando como ordenadoras da assistência e consistindo como modelo preferencial de atenção em saúde com viés de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação de agravos de maneira menos dispendiosa para gestores e população.

Referências

1. Sarlet IW. *Direitos fundamentais*. Londrina: Thoth; 2022.

2. World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization* [documento na Internet]. New York: WHO; 1946 [acessado 2023 maio 30]. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
3. Immergut EM et al. *Health politics: interests and institutions in Western Europe*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
4. Almeida C. Reformas de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 759-801.
5. Nonnenmacher CL, Weiller TH, Oliveira SG. Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito. *Ciênc Cuid Saúde* 2011; 10(2):248-255.
6. Batista AT, Saldanha AAW, Furtado FMF. Auto conceito masculino e auto cuidado em saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças* 2017; 18(3):859-869.
7. Coronel ALC, Bonamigo AW, Azambuja MS, Silva HTH. Sistema Único de Saúde (SUS): quando vai começar?. *Interdisciplinary Journal of Health Education* 2016; 1(2):84-90.
8. Sheard S. A creature of its time: the critical history of the creation of the British NHS. *Michael Quarterly* 2011; 8:428-441.
9. Litaker D, Koroukian SM, Love TE. Context and healthcare access: looking beyond the individual. *Med Care* 2005; 43(6):531-540.
10. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Pública* 1998; 32(4):299-316.
11. Brito F. *A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade*. Belo Horizonte: UFMG; 2007. p. 29-45.

12. Dantas AV. Saúde, luta de classes e o “fantasma” da Reforma Sanitária Brasileira: apontamentos para sua história e crítica. *Saúde Debate* 2018; 42(spe3):145-157.
13. Mendes JDV, Bittar OJNV. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba* 2014; 16(1):35-39.
14. Wrigley EA. Energy and the English industrial revolution. *Philos Trans A Math Phys Eng Sci* 2013; 371(1986):20110568.
15. Botas NCA, Koury AP. A cidade industrial brasileira e a política habitacional na era vargas (1930-1954). *Urbana Rev. Eletrônica Cent Interdiscip Estud Cid* 2014; 6(1):144-165.
16. Carvalho GCM. O momento atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. *Saude Soc* 1993; 2(1):9-24.
17. Teixeira C. *Os princípios do sistema único de saúde*: texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador: Conferências Municipal e Estadual de Saúde; 2011.
18. Tanaka OU, Oliveira VE. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saude Soc* 2007; 16(1):7-17.
19. Brasil. *Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016* [legislação na Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2016 [acessado 2023 maio 29]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em [30/12/2022](#)
20. Funcia FR, Bresciani LP. A gestão recente do Sistema Único de Saúde: financiamento restringido. *Anais do Encontro Nacional de Administração Público da Anpad* 2019; 16-18.

21. Guimarães RM, Meira KC, Paz EPA, Dutra VGP, Campos CEA. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Cien Saude Colet* 2017; 22(5):1407-1416.
22. Musgrove P. Health insurance: the influence of the Beveridge Report. *Bull World Health Organ* 2000; 78(6):845-846.
23. Boyle S. United Kingdom (England): health system review. *Health Systems in Transition* 2011; 13(1):1-486.
24. Klein R. *The new politics of the NHS: from creation to reinvention*. London: Radcliffe Publishing; 2010.
25. United Kingdom, UK Public General Acts. *Health and Social Care Act 2012* [legislação na Internet]. Lobdon; 2012 [acessado 2023 maio 29]. Disponível em: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted>
26. Ham C, Baird B, Gregory S, Jabbal J, Alderwick H. *The NHS under the coalition government: part one: NHS reform*. London: The King's Fund; 2015.
27. Sheppard MK. Fallacy or functionality: law and policy of patient treatment choice in the NHS. *Health Care Anal* 2016; 24(4):279-300.
28. Davis K, Stremikis K, Squires AD, Schoen C. *Mirror, mirror on the wall: how the performance of the U.S. health care system compares internationally*. New York: The Commonwealth Fund; 2014.
29. Wenzl M, Mccuskee S, Mossialos E. Commissioning for equity in the NHS: rhetoric and practice. *Br Med Bull* 2015; 115(1):5-17.
30. Hofstede G. An interview with a pioneer in cross-cultural studies. *SIETAR Europa* 2010; 1(1): 2-6.
31. National Health Service. *The NHS Website* [página na Internet]. London; 2023 [acessado 2023 maio 29]. Disponível em: <https://www.nhs.uk/>

32. El-Gingihy Y. The NHS is on a one-way road to privatization. *The Guardian* [periódico na Internet] 2015 [acessado 2023 maio 29]. Disponível em: <https://www.theguardian.com/healthcare-network/2015/oct/02/nhs-one-way-road-privatisation>
33. Appleby J, Baird B, Thompson J, Jabbal J. *The NHS under the coalition government: part two: NHS performance*. London: The King's Fund; 2015.
34. Appleby J, Robertson R. *Public satisfaction with the NHS in 2015: results and trends from the British Social Attitudes survey* [livro na Internet]. London: The King's Fund; 2016 [acessado 2023 maio 29]. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/BSA-public-satisfaction-NHS-Kings-Fund-2015.pdf>
35. Leys C, Player S. *The plot against the NHS*. Pontypool: Merlin Press; 2011.
36. Costa FL, Castanhar JC. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. *Rev Adm Pública* 2003; 37(5):969-992.
37. Boufi M, Patterson BO, Loundou AD, Boyer L, Grima MJ, Loftus IM, Holt PJ. Endovascular Versus Open Repair for Chronic Type B Dissection Treatment: A Meta-Analysis. *Ann Thorac Surg* 2019; 107(5):1559-1570.
38. Suresh P, Raj A. Study and analysis of prediction model for heart disease: an optimization approach using genetic. *International Journal of Pure and Applied Mathematics* 2018; 119(16):5323-5336.
39. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas; 2019.
40. Leal G, Bresciani LP, Kubo E. Diferenças institucionais na saúde: uma comparação entre o SUS do Brasil e o NHS Britânico. *Encontro Internacional de Gestão, Desenvolvimento e Inovação (EIGEDIN)* [artigo na Internet] 2021 [acessado 2023 maio 29]; 5(1). Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/EIGEDIN/article/view/13714>

