

Graduação Pós-Graduação

**DIFERENÇAS INSTITUCIONAIS NA SAÚDE: uma comparação entre o SUS do Brasil
e o NHS Britânico**

**Guilherme Arevalo,
Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS),
guilhermearevalo@gmail.com**

**Luis Paulo Bresciani,
Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS),
luis.bresciani@online.uscs.edu.br**

**Edson Kubo,
Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS),
edson.kubo@online.uscs.edu.br**

RESUMO

Criado em 1988 juntamente com a Constituição Federal do Brasil e um movimento nacional sanitário, o SUS (Sistema Único de Saúde) é um sistema de saúde inspirado nos modelos de países europeus, em especial no NHS (National Health Service) do Reino Unido. Tais sistemas de saúde são resultados de políticas públicas de longo prazo e suas características, estatísticas e opiniões públicas se apresentam frente um pano de fundo cultural, que é composto desde a formação dos países. Este trabalho avalia atributos do SUS e do NHS em termos de política pública, acesso à saúde, saúde da mulher, epidemiologia e cultura. Foram utilizadas as bases de dados do DATASUS, NHS DATASETS Digital e Hofstede Insights. No âmbito de cultura, foram propostos 2 novos atributos para comparação dos países: elitismo médico e os burocratas de nível de rua. Os resultados apontam que o SUS está abaixo do NHS em capacidade médica/hospitalar, próximo ao NHS em acesso, saúde da mulher e controle de doenças crônicas, e abaixo no controle de doenças transmissíveis. No âmbito cultural, o perfil inglês é de um indivíduo mais orientado ao longo prazo, desafiador, voltado à ciência enquanto o brasileiro mais subordinável, imediatista e mais carente de assistencialismo e paternalismo.

Palavras-chave: SUS; NHS; Sistema de saúde; Política pública; Cultura.

1 INTRODUÇÃO

A cultura organizacional é um tema de estudo, que segundo Schein (1984) consiste em um modelo dinâmico de aprendizado, transmissão e modificação. Apesar de a cultura de uma empresa sofrer alterações ao longo da existência da organização, do ponto de vista de um indivíduo ela é capaz de exercer muito mais influência do que ser influenciada, já que a cultura resulta da soma dos comportamentos e crenças de todos os indivíduos que compõem essa organização.

Cultura é poder, já que cultura e poder caminharam juntos ao longo da história, conforme Hall (1997) exemplifica ao citar o passado britânico e sua influência matricial sobre as colônias em diferentes continentes do planeta. Da mesma forma que as colônias seguiam a cultura da matriz no período das grandes descobertas, em uma empresa de grande porte, dificilmente as afiliadas diferem na sua essência em relação ao headquarter.

Bittner (1965) define a organização como associações de pessoas engajadas em atividades organizadas visando um objetivo conhecido e específico. Uma característica decisiva das organizações é estar deliberadamente instituída em relação à esse objetivo específico, apesar de que em muitas situações, no caso de companhias privadas, as organizações são reflexo de interesses de um indivíduo/agente com grande poder econômico.

Do ponto de vista governamental e público, as organizações são melhor definidas como instituições. As instituições com ação política e modernas, como conhecemos hoje, remetem também à antiga Grécia de acordo com Searle (2005) e se caracterizam como organizações com um atributo adicional: uma abordagem social.

Endereçar a cultura do ponto de vista institucional é ainda mais difícil. Meyers (2004) comenta a necessidade de atribuir responsabilidade social em cada um dos indivíduos que compõem a instituição. A cultura à qual um indivíduo é submetido pode gerar atitudes positivas em relação à sociedade ou até mesmo corromper o indivíduo de maneira sistêmica, tornando indivíduos antes bem intencionados em peças de uma instituição de pouca ética.

O SUS (Sistema Único de Saúde) é composto pela soma de muitas instituições relacionadas ao Ministério da Saúde brasileiro. Mendes e Bittar (2014) citam vários fatores que tornam muito complexo o ecossistema 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 cerca de 30 anos de idade, e que foi concebido já em uma era de tecnologia e informação em franca expansão.

Segundo Coronel et al (2016), o SUS nasceu de movimentos sociais e políticos nos quais a população demandava maior organização nas ações sociais referentes à saúde, em meio a um ambiente de pouca racionalização e baixa capacidade de assistência. As inspirações para a concepção do SUS foram os sistemas de saúde pública europeus com longo histórico, dentre os quais, o NHS (*National Health Service*) do Reino Unido, com maior destaque.

Como se trata de um sistema de saúde cobrindo todo o Brasil (5º maior território nacional no planeta), há segundo Campos (2018) a tripartite, na qual os entes federativos contribuem em níveis mais específicos com a implementação das ações centrais propostas pelo SUS e estabelecer uma governança inclusiva. Strelec e Fonseca (2011) citam que desde 2005 há um novo fator, capaz de unificar esforços de alguns entes federativos como estados ou municípios de menor capacidade de arrecadação: a Lei de Consórcios 11.107/05.

Se o SUS, quando criado há cerca de 30 anos atrás, tomou como um de seus principais benchmarks o NHS britânico, cabe uma revisitação ao tema.

O NHS, benchmark do SUS, foi criado em 1948 nas reformas pós-Segunda Guerra, dentro da janela de oportunidade de reconstrução nacional, segundo Sheard (2011). Já o SUS, segundo Coelho (2007), possui limitações conhecidas por sua população, já que tocam em temas simples e corriqueiros como o acesso e procedimentos básicos.

Tais fatores básicos demonstram insatisfações com o SUS, que Santos e Lacerda (1999) exemplificam em sua pesquisa: serviço médico, atrasos, nutrição hospitalar, qualidade da enfermagem, ambiente. A restrição financeira pode ser uma justificativa.

É impossível analisar duas instituições nacionais de tamanho porte sem tomar como ponto inicial a cultura na qual estão inseridas. Todo e qualquer desenvolvimento ou atrofia da instituição deriva dessa cultura, segundo Sporn (1996).

O objetivo desse trabalho é efetuar uma análise comparativa entre o SUS e o NHS realizando uma pesquisa exploratória, utilizando parâmetros pré-definidos com a literatura precursora de maior relevância. A hipótese central do estudo é que o Brasil, que tem o NHS como benchmark, tenha o SUS ligeiramente defasado em relação ao sistema de saúde britânico.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo abordará os principais temas que envolvem o a formação do SUS e do

NHS com o respaldo histórico da formação dos países nos quais estão inseridos. O conteúdo teórico foi elaborado, a partir da composição de demografia, geografia, cultura dos países, com a intenção de estabelecer parâmetros de comparação para os sistemas de saúde.

2.1 A FORMAÇÃO NACIONAL

O Reino Unido possui uma longa história e formação, sendo que Taylor (1824) comenta a descoberta de fósseis humanos em Norfolk e Suffolk datando de mais de 700 mil anos.

Creps e Moir (2000) trazem a religiosidade como um fator que viria fortalecer a cultura celta e britânica ao longo da idade média. Alexander et al (2010) reforçam a ideia, de que as reformas católicas e protestantes cunharam uma sociedade cristã, sob a qual o Reino Unido viria a se estabelecer.

Segundo Lewis (2015), a Inglaterra travou muitas guerras para manter sua hegemonia territorial, sendo uma das mais importantes a guerra dos 100 anos contra a França entre 1337 e 1443, fato que somado à peste negra de 1348 viria a dizimar metade do povo britânico. Tão somente, pode-se então contemporizar as histórias de Inglaterra e Brasil, já em 1500.

Muito mais jovem do ponto de vista de formação histórica e cultural, o Brasil teria abrigado seus primeiros humanos há cerca de 60 mil anos. Barreto (1999) explica que o Brasil pré-histórico era povoado por tribos, que cresceriam até 1500 (ano da descoberta portuguesa) no qual o país era habitado por cerca de 2 a 3 milhões de indígenas, distribuídos em aproximadamente 1000 diferentes grupos étnicos ou tribos.

A maior parte dessa cultura predecessora indígena seria substituída pela cultura ibérica trazida pelos colonizadores do reino português. Como uma filial de Portugal, segundo Erthal (2000), o Brasil foi catequizado e o cristianismo foi implementado na sociedade. Boa parte do povo indígena sucumbiu à colonização, às doenças e aos trabalhos forçados de extração mineral e lavoura, fato esse que incorreria na entrada de mais uma cultura, a africana, através dos escravos que produziam nas fazendas por todo o país, conforme Moraes (1933).

Este é um momento crucial da formação da cultura brasileira. Fragilização do retrospecto indígena, amplo domínio português sobre as economias do Brasil colonial e o nascimento de uma nova dicotomia observada corriqueiramente naquele tempo: casa grande e senzala, exposto por Teixeira (1997). Em um mesmo terreno, conviviam fazendeiros coloniais (em suas casas de fazenda, chamadas “casa-grande”) e escravos africanos (que viviam nas

senzalas, habitações precárias muitas vezes similares às que abrigavam animais). Segundo Souza (2020), estava caracterizada a separação entre a pura cultura europeia orientada para a exploração e geração de riqueza, e a cultura africana vista como fator que corrompia o sangue mouro e que diluía a crença cristã.

A forma de governar os escravos era muito característica: o “homem cordial”. Segundo análise de Sergio Buarque de Holanda, retratada em Jacino (2017), o fazendeiro desejava manter uma aparência de provedor inclusive aos escravos, governando sua terra com uma falsa cordialidade. Quando necessário, punia exemplarmente os escravos rebeldes com castigos que chegavam muitas vezes a matar homens, mas nunca por sua mão, e sim pelas mãos de um capataz ou feitor que cumpria o papel de carrasco. A imagem do fazendeiro permanecia paternalista.

Enquanto o Brasil seguiu sua trajetória de produção agrícola extensiva e baseada em escravidão até 1888, quando houve a abolição, a Inglaterra expandiu suas colônias por todos os continentes, e atravessou no século XVIII a revolução industrial, segundo Wrigley (2013). Somente no século XX o Brasil viria a experimentar o início de uma industrialização tardia, enquanto a Inglaterra enfrentava a Primeira e Segunda Guerra Mundial.

Foi durante a Segunda Guerra Mundial que a demanda pelas políticas de saúde pública cresceu na Inglaterra. Devastado pela fome e com muitos combatentes sequelados, o país viria em 1948, nas reformas de Beveridge, promulgar a criação do NHS como um alicerce da recuperação da nação, conforme Musgrove (2000). Além do suporte à saúde, Beveridge também propôs combate à fome e a ignorância em planos de longo prazo.

De acordo com Botas e Koury (2014) nesse momento, o Brasil passava pela expansão industrial do governo Vargas, ainda com pouca regulamentação sanitária, e políticas superficiais de saúde que visavam apenas estabelecer padrões de produção agrícola. Carvalho (1993) explica que o Brasil viria finalmente pautar a discussão de um sistema unificado de saúde no término do século XX, e quando o NHS já possuía 40 anos de existência, nasce o SUS em 1988 junto com a Constituição Federal do Brasil.

2.2 ATRIBUTOS CULTURAIS DE SUS E NHS

Trabalhos precursores já proporcionaram relatos acerca da cultura institucional de SUS e NHS, e ao comparar as abordagens e os atributos considerados nos sistemas de saúde de Brasil e Reino Unido, é possível perceber características culturais dominantes em cada um. O

SUS, segundo Confalonieri (1978) possui características de amplitude cultural, já que engloba povos indígenas, populações carentes em periferias e interioranas e até mesmo a menor parcela da população de maior rendimento que opta por não possuir planos privados de saúde suplementar.

Siqueira et al. (2006) ressaltam a existência de uma cultura popular voltada aos tratamentos naturais que nasceu desde a chegada dos boticários com a colonização portuguesa no século XVI. Ainda hoje há uma parcela significativa da população que busca o uso de plantas e misturas caseiras como tratamento inicial e a medicina como segundo passo.

Já na configuração da gestão pública da saúde encontrada no Brasil, há um conhecido engessamento da gestão característico do histórico patrimonialista, autoritário, burocrático e colonizado por interesses privados externos ao país, segundo Paim e Teixeira (2007).

O SUS possui um histórico de foco social, de atenção básica e de preocupações com a melhoria da expectativa de tempo e de qualidade vida do cidadão brasileiro, abalado por conta das desigualdades econômicas existentes no Brasil. Teixeira (2011) reforça a ideia que o SUS é símbolo da democracia e combate à desigualdade.

Já o NHS se encontra em outra fase, após longa existência (cerca de 80 anos) busca um alinhamento da cultura organizacional, incentivando seus gestores a buscarem melhor formação e a inclusão de diferentes tipos de profissionais, segundo Davies e Nutley (2000). O valor cultural da instituição está voltado para o desenvolvimento do aprendizado constante, atingindo o nível de “*learning organization*”, muito comum em empresas de tecnologia do setor privado. O NHS está em um momento de realização de benchmarking com grandes organizações de sucesso na inovação, seja no setor público ou privado.

A atual abundância científica interna causa outros problemas culturais. Conforme estudo de Withers e Snowball (2003) cerca de 70% dos profissionais de saúde estrangeiros que chegam ao conglomerado de hospitais e unidades de saúde do NHS acreditam estar insatisfeitos ou resignados pelo restante da organização, que ainda é pouco inclusiva aos imigrantes. Relatos chegam a casos de discriminações de pacientes e membros locais para com esses profissionais da saúde.

Ling et al. (2012) enfatizam que a NHS SDU (*Sustainable Development Unit*) foi criada para prover treinamento e conscientização da liderança na busca por atingimento de metas da instituição e na criação de um ambiente social inclusivo e moderno, capaz de receber as mesmas propostas de diversidade encontradas em grandes multinacionais e que são necessárias na área pública.

Conforme destacam West, Dawson e Kaur (2015) a tarefa de enquadrar os objetivos de um programa de saúde público (muitas vezes medido através de números e estatísticas) juntamente com valores, visões, gestão de pessoas e atendimento humanitário não é fácil, tornando-se muitas vezes mais complexa a cultura institucional em relação à cultura organizacional.

A produção científica acerca da cultura no NHS e no SUS destacam contrapontos (fortes e fracos) nas instituições. Enquanto o Brasil é reconhecido mundialmente pelo atendimento humanitário e sua capacidade de amparar diferentes culturas em um vasto território nacional, o NHS carece de programas para o desenvolvimento de uma cultura de maior proximidade e empatia junto aos pacientes.

O NHS caminha para sofisticação e excelência no programa de atração, manutenção e formação de talentos profissionais, líderes na gestão pública da saúde, com conceitos muito similares às grandes corporações privadas multinacionais, enquanto o Brasil se destaca na capacidade de inclusão de diferentes culturas em sua base profissional, sendo já um exemplo de diversidade institucional, que é uma prioridade moderna.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para compor o estudo foi utilizada a metodologia de pesquisa exploratória, combinada com a análise comparativa. Segundo Moody, Kinderman e Sinha (2010) as pesquisas exploratórias carecem de tempo, uma vez que é necessária a existência de informação precursora e o pesquisador deve compreender essas informações para gerar uma análise.

Kogan e Lee (2014) trazem a ideia de que uma pesquisa exploratória é capaz de cobrir gaps existentes no conhecimento sobre um determinado tema ou campo, ao compilar informações de diferentes autores, pontos de vista e expor variáveis que foram utilizadas em suas análises anteriores à pesquisa exploratória em questão. A intenção de criar pontes entre autores é uma das propostas desse estudo, alinhada com Carvalho, Scott e Jeffery (2005), este trabalho foca em dois grandes agrupamentos de dados, cada qual com uma grande quantidade de autores. Esses agrupamentos são relacionados ao SUS (Brasil) e ao NHS (Reino Unido).

Conforme exemplo de Piovesan e Temporini (1995), as pesquisas exploratórias são úteis e amplamente utilizadas no campo de saúde pública, especialmente políticas públicas. Elas tendem a colaborar na eliminação de conceitos formados erroneamente partindo de

crenças populares, sempre com o cuidado de tornar facilmente transmissível o conhecimento obtido, afim de retroalimentar a população e muitas vezes romper tais paradigmas criados pela alcunha da sociedade mas sem a validação científica.

Cabe ressaltar que uma das variáveis exploradas no estudo (a variável cultura) se ramifica em sub-variáveis de comportamento. Para ser possível uma parametrização de medidas de cultura, optou-se por utilizar como base Hofstede (2010) e suas dimensões culturais já aplicadas em comparações entre organizações e países, disponíveis no portal Hofstede Insights.

Já para as variáveis quantitativas e discretas, o estudo utiliza a comparação entre dados da saúde obtidos diretamente nos portais eletrônicos do governo brasileiro (DATASUS) e do governo britânico (DATASETS NHS Digital).

Quadro 1 – Parâmetros da análise comparativa SUS (Brasil) e NHS (Reino Unido)

Parâmetro (PRINCIPAL FONTE)	Medidas	Embasamento Bibliográfico
1- Políticas Públicas e Investimentos (DATASUS/NHS Digital)	<ul style="list-style-type: none"> Número de profissionais de saúde por habitante Número de leitos hospitalares por habitante - AMS/IBGE Gasto do Ministério da Saúde com atenção à saúde per capita Gasto federal com saneamento como proporção do PIB Consórcios Públicos no Sistema de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Lustosa e Castanhar (2003) Trevisan e Bellen (2008) Fonseca (2016) Januzzi e Vasconcellos (2017) Cavalcante et al (2017) Funcia e Bresciani (2019)
2- Acesso à Saúde e Auto-cuidado do Cidadão (DATASUS/NHS Digital)	<ul style="list-style-type: none"> Proporção da população que refere ter consultado médico nos últimos 12 meses Proporção da população que refere ter realizado a última consulta odontológica há menos de 1 ano Proporção da população que refere nunca ter realizado consulta odontológica Proporção da população coberta por planos privados de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Nonnenmacher, Weiller e Oliveira (2011) Lima et al (2012) Sanchez e Ciconelli (2012) Batista, Saldanha e Furtado (2017) Capilheira e Santos (2006) Litaker, Kokourian e Love (2005)
3- Saúde da Mulher (DATASUS/NHS Digital)	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de partos hospitalares Proporção da população feminina em uso de métodos anticoncepcionais Expectativa de vida feminina 	<ul style="list-style-type: none"> Cecile et al (1996) Gill, Pande e Malhotra (2007) Shaw et al (2017)
4- Prevalência de Doenças Crônicas e Ocorrência de Doenças Transmissíveis (DATASUS/NHS Digital)	<ul style="list-style-type: none"> Prevalência de diabetes Prevalência de hipertensão arterial Prevalência de fumantes ativos Prevalência de excesso de peso em adultos Sarampo Tétano Sífilis Aids Tuberculose 	<ul style="list-style-type: none"> Patterson et al (2019) Reilly et al (2018) Braver et al (2018) Salem et al (2018) Mills, Stefanescu e He (2020)
5- Cultura Institucional e Nacional (HOFSTEDE Insights)	<ul style="list-style-type: none"> Distância ao poder Individualismo Masculinidade 	<ul style="list-style-type: none"> Hofstede (2010) Lima e D'Ascenzi (2017) Bailey et al (2017)

- Aversão à incertezas
- Orientação Curto/Longo prazo
- Indulgência
- Burocratas em nível de rua
- Elitismo Médico
- Bergen (2005)
- Coradini (1997)
- Wise (2019)

Fonte: os próprios autores

Após a etapa exploratória baseada nos parâmetros acima citados, o estudo caminhará para uma fase de análise comparativa, conforme Miettinen e Nurminen (1985).

Na fase de análise comparativa, será feita uma tabulação dos dados obtidos, pareando SUS e NHS em cada um dos atributos, segundo Rose (1991), sendo possível que tal organização permita inferir e racionalizar relações entre os dados estatísticos e culturais.

Para conclusão, de acordo com Gil (2019) espera-se que as hipóteses elucubradas no início do trabalho, após uma verificação empírica com os dados analisados, possibilitem uma reflexão final sobre a pesquisa exploratória e comparativa, evidenciando alguma relação com as teorias propostas nos artigos precursores sobre políticas públicas, sistemas de saúde e cultura.

4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo é exposta a análise dos dados obtidos nos portais do DATASUS e do NHS DATASETS DIGITAL, além de complementar as estatísticas com informações de cultura institucional oferecidas pelo portal HOFSTEDE Insights. Também foram agregados dois novos parâmetros culturais de análise criados especificamente para este trabalho.

4.1 SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS E INVESTIMENTOS

Para se interpretar ou avaliar o sucesso ou insucesso de programas públicos, segundo Lustosa e Castanhar (2003), é necessário sair do arcabouço teórico e entender os dados existentes sobre os resultados da política social empregada. Um dos principais motivos para fortalecer a análise de dados nesse sentido é a escassez de recursos públicos cada vez mais iminente no Brasil, alinhado ao conceito de indicadores proposto por Januzzi e Vasconcellos (2017).

O Brasil se encontra em um cenário de restrições de orçamento social (Emenda Constitucional 95/2016), que limita a verba destinada à saúde e educação ao valor anual de 2016 apenas reajustado pela inflação. De acordo com Funcia e Bresciani (2019), esse

movimento federal prejudica a administração municipal, que vinha fazendo a devida aplicação de recursos para a saúde.

O quadro 2, expõe os dados de SUS e NHS sobre estatísticas básicas da saúde pública.

Quadro 2 – Comparação de estatísticas básicas na saúde pública

Parâmetro	Medida		
Políticas Públicas e Investimentos	• Número de médicos por 1000 habitante	1.4	2.8
	• Número de leitos hospitalares públicos por 1000 habitantes	0.8	2.54
	• Gasto em BRL do Ministério da Saúde com atenção à saúde (per capita)	R\$ 300.00	R\$ 16,021.00
	• Gasto federal com saneamento como proporção do PIB	0.13%	0.18%
	• Consórcios Públicos	715	Dinâmico

Fonte: os próprios autores

Os dados do quadro 2 apontam que o Brasil possui metade da capacidade de atenção médica instalada per capita em relação ao Reino Unido. No SUS, há 1.4 médicos/1000 habitantes enquanto no NHS há 2.8 médicos nessa proporção. Já a quantidade de leitos hospitalares/habitante brasileira equivale a cerca de 30% do que é oferecido no serviço britânico.

O custo para se ofertar mais médicos, mais leitos e um serviço com melhor qualidade (agendamentos online, prontuários eletrônicos, telemedicina, menor tempo de espera para consulta com especialistas ou exames) pode ser visto no gasto em BRL com saúde pública/habitante. O investimento britânico equivale a 53 vezes o brasileiro, algo que sabidamente é agravado pela necessidade de manutenção de profissionais médicos ingleses (valorizados internacionalmente) dentro dos programas públicos, além dos esforços de pesquisa com inovações clínicas ou farmacêuticas, financiamentos de pesquisa, entre outros atributos.

Os níveis de gastos com financiamento em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) são similares, porém, supostamente não deveriam ser. Enquanto o Reino Unido possui mais de 99% de atendimento no saneamento, no Brasil há mais de 50% da população sem esgoto tratado e 16% sem acesso à água tratada em suas residências.

Os consórcios públicos registrados no Brasil têm 715 ocorrências, enquanto no Reino Unido não há uma base fixa para consulta, pois o “*public consortia*” é uma modalidade dinâmica empregada para uma licitação específica (*spot bidding*), segundo Iacobucci (2014), ou para o desenvolvimento de uma tecnologia, diferindo do Brasil pelo fato de não serem fixos/estáveis.

4.2 SOBRE ACESSO À SAÚDE E AUTO-CUIDADO DO CIDADÃO

O acesso à saúde é um fator determinante do sucesso das políticas públicas. Nonnenmacher, Weiller e Oliveira (2011) e também Batista, Saldanha e Furtado (2017) comentam que a acessibilidade da população às consultas, diagnósticos e tratamentos é fundamental para reduzir um potencial gasto futuro originado pelo agravamento da situação clínica de um paciente.

Acesso aos tratamentos, segundo Litaker, Kokourian e Love (2005) evita que as pessoas percam sua autonomia na sobrevivência, deixando de produzir cientificamente ou economicamente por conta de uma comorbidade, aumentando o ônus do estado (que além de dispende quantias elevadas para manter o indivíduo em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), perde a produção por ele gerada e conseqüentemente as arrecadações).

Quadro 3 – Dados de acesso à saúde

Parâmetro	Medida		
Acesso à Saúde e Auto-cuidado do Cidadão	• Proporção da população que refere ter consultado médico nos últimos 12 meses	67.7%	77.8%
	• Proporção da população que refere ter realizado a última consulta odontológica há menos de 1 ano	40.2%	49.9%
	• Proporção da população que refere nunca ter realizado consulta odontológica	11.6%	16.1%
	• Proporção da população coberta por planos privados de saúde	28.3%	10.6%

Fonte: os próprios autores

As informações obtidas nos portais de dados de SUS e NHS e apontadas no quadro 3 revelam que nesse aspecto o Brasil está muito próximo ao Reino Unido. Mais de 2/3 da população dos dois países vai ao médico com frequência anual. No Brasil, inclusive, há uma parcela menor da população que nunca fez uma consulta odontológica na vida. Segundo o *site* TheGuardian (2021) boa parte dos britânicos prefere tratamentos caseiros ou estéticos para os dentes, e 30% da população idosa nunca foi ao dentista.

Quanto aos planos e seguros de Saúde, o Brasil apresenta quase o triplo da cobertura % em relação ao Reino Unido, fato esse que pode ser explicado pelo melhor atendimento do NHS, que se assemelha muito aos processos oferecidos por planos de saúde privados no Brasil (prontuários eletrônicos, agendamentos virtuais, telemedicina, pouca espera nas consultas e exames). Soma-se a isso, segundo Simpkin e Mossialos (2017) um fator para o Brexit: a insatisfação dos ingleses com a chegada de cidadãos de outros países europeus para se tratar no NHS, aumentando as filas.

4.3 SOBRE SAÚDE DA MULHER

Existem métricas de saúde pública e inclusive metas do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que estão diretamente relacionadas à saúde da mulher, e que segundo Gill, Pande e Malhotra (2007) são fundamentais para entender se há pontos de atenção que possam prejudicar a qualidade de vida feminina.

Shaw et al (2017) reforçam que o atendimento à esses aspectos seria a única maneira de equiparar a qualidade da saúde para homens e mulheres, já que os impactos gerados por gravidez, partos precários e uso contínuo de métodos contraceptivos podem afetar todo o restante da vida de uma mulher, aumentando inclusive seus riscos de comorbidades vasculares, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce.

Quadro 4 – Dados referentes à saúde feminina

Parâmetro	Medida		
Saúde da Mulher	• Proporção de partos hospitalares	96.5%	99.8%
	• Proporção da população feminina em uso de métodos anticoncepcionais	55.4%	84.1%
	• Expectativa de vida feminina	80.1	81.3

Fonte: os próprios autores

As informações obtidas nas bases do SUS e do NHS (quadro 4) revelam que tanto o Brasil quanto o Reino Unido possuem uma elevada estatística de partos hospitalares, o que significa um importante controle do risco de morte em partos precários ou clandestinos.

Já no que toca ao uso de contraceptivos, o Brasil está defasado em relação ao Reino Unido, o que pode significar, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2021), um baixo nível de conscientização de jovens, especialmente em regiões periféricas das cidades ou interioranas, em relação à saúde sexual e o risco das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Este dado faz sentido quando se observa a informação do SUS de que a cada 1000 brasileiras abaixo de 18 anos, 53 engravidam. Enquanto isso, no NHS essa estatística aponta que a cada 1000 mulheres abaixo de 18 anos, apenas 18 engravidam (ou seja, metade dos casos no Brasil).

Apesar da gravidez precoce no país, que influencia a possibilidade de estudos ou trabalho de uma mulher, felizmente não é observada uma diferença na expectativa de vida das brasileiras em relação às britânicas.

4.4 SOBRE PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS E OCORRÊNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

O campo da epidemiologia é fundamental na análise das políticas públicas de saúde, pois sinaliza claramente os riscos aos quais a uma nação está exposta, segundo Patterson et al (2019). O tipo de alimentação, e a escolha entre prática de esportes ou sedentarismo tende a expor a população às chamadas doenças crônicas, enquanto a falta de vacinação, vigilância sanitária e controle das fronteiras tende a expor a população às doenças contagiosas/transmissíveis, de acordo com Salem et al (2018).

Quadro 5 – Dados referentes às comorbidades

Parâmetro	Medida			Proporção
Prevalência de Doenças Crônicas e Ocorrência de Doenças Transmissíveis	• Prevalência de diabetes	9.0%	3.9%	2.3
	• Prevalência de hipertensão arterial	25.7%	26.2%	1.0
	• Prevalência de fumantes ativos	16.1%	14.1%	1.1
	• Prevalência de excesso de peso em adultos (obesidade)	11%	28%	0.4
	• Sarampo (casos)	3,629	284	12.8
	• Tétano (casos)	2,939	4	734.8
	• Sífilis (casos)	152,915	7,000	21.8
	• Aids (casos)	41,919	4,139	10.1
	• Tuberculose (casos)	66,819	4,655	14.4

Fonte: os próprios autores

O quadro 5 traz dados de doenças crônicas (diabetes, hipertensão, obesidade e fumo ativo) e de doenças transmissíveis (sarampo, tétano, sífilis, Aids e tuberculose).

Primeiro em relação às doenças crônicas, o Brasil possui o dobro da incidência de diabetes em relação ao Reino Unido, e está equiparado ao nível epidemiológico dos Estados Unidos. Tanto Brasil quanto Estados Unidos batem recordes no consumo diário de açúcar/indivíduo (mais de 120 gramas) segundo o portal WorldAtlas (2021). Esse nível de açúcar excessivo está ligado ao alto consumo de refrigerantes, comidas processadas e pães. O Reino Unido, por sua vez, tem uma média de 80 gramas diárias/indivíduo.

Os níveis epidemiológicos de fumantes ativos e de hipertensão do Brasil e do Reino Unido são alinhados, remetendo à uma cultura de decréscimo no consumo de cigarros desde os anos 1980, quando houve um pico em ambos os países de 50% da população adulta fumante.

Em segundo lugar, no que tange as doenças transmissíveis, o Brasil está em severa desvantagem em relação ao Reino Unido, apresentando mais de 10 vezes a quantidade de casos de Sarampo, Sífilis, Aids e Tuberculose e mais de 700 vezes os casos de Tétano (o que é

injustificável, já que a população do Brasil é aproximadamente 3 vezes a do Reino Unido). Segundo Mills, Stefanescu e He (2020) as doenças transmissíveis carecem de vacinação, e no caso em que não há vacinas, carecem de campanhas de conscientização da população.

4.5 SOBRE CULTURA INSTITUCIONAL E NACIONAL

Os aspectos culturais analisados levaram em conta as dimensões de Hofstede (2010) que são reconhecidas internacionalmente como maneira direta de estabelecer uma comparação entre países, organizações e instituições e os comportamentos esperados de seus indivíduos.

De forma complementar, os autores deste trabalho visaram contribuir com a criação e comparação de 2 novos aspectos culturais relacionados especificamente com o emprego de políticas de saúde pública e que influenciam diretamente os pacientes, baseando-se em autores brasileiros como Lima e D’Ascenzi (2017), Coradini (1997) e ingleses como Bailey et al (2017), Bergen (2005), Wise (2019).

Quadro 5 – Aspectos culturais comparativos

Parâmetro	Medida		
Cultura Institucional e Nacional	• Distância ao poder (0-100)	69	35
	• Individualismo (0-100)	38	89
	• Masculinidade (0-100)	49	66
	• Aversão à incertezas (0-100)	76	35
	• Orientação Curto/Longo prazo (0-100)	44	55
	• Indulgência (0-100)	59	69
	• Relevância dos burocratas em nível de rua (baixo/médio/alto)	Alto	Médio
	• Elitismo Médico (baixo/médio/alto)	Alto	Baixo

Fonte: os próprios autores

Sobre as dimensões de Hofstede, segundo o portal Hofstede Insights (2021) pode-se interpretar que os profissionais ingleses (comparados aos brasileiros):

- Distância ao poder: se importam menos com hierarquias e status, esperam ter direitos igualitários e não toleram diferenciações de tratamento baseadas em cargos, optam por um sistema de decisões descentralizado e esperam ser desafiados por pessoas que estejam em diferentes níveis da sociedade.

- Individualismo: tendem a colocar o interesse individual acima do grupo e valorizam opiniões individuais, pois esperam que as demais pessoas se expressem individualmente. Pessoas tomam mais iniciativa do que aguardam receber ordens e instruções.

- Masculinidade: tendem a viver em função de seu trabalho, valorizando o ambiente de competitividade e tomam o resultado de seu trabalho como grau de sucesso.
- Aversão à incertezas: esperam que as pessoas não se sintam ameaçadas pelas incertezas (aceitam mais risco), preferem a prática em relação à teoria e ação em relação à reflexão.
- Orientação Curto/Longo Prazo: os valores de trabalho são um pouco mais orientados ao futuro, permitindo que as pessoas compreendam resultados lentos porém sustentáveis fazendo instituições e empresas focarem em seus planos e não no imediatismo.
- Indulgência: são mais permissivos e menos subordinados do que os brasileiros, satisfazem seus desejos com menor receio de retaliações de superiores.

Os dados obtidos com as dimensões de Hofstede revelam que o NHS tende a ser uma instituição de continuidade de políticas públicas (algo observado desde a reforma de Beveridge pós Segunda Guerra Mundial) e que se sustentou mesmo em períodos de crise fiscal, como nos anos 1980, onde não houve nenhuma restrição de verba social no Reino Unido (oposto ao que ocorre no Brasil pós-Emenda Constitucional 95).

A orientação de longo prazo faz com que os gestores optem por manter políticas públicas de sucesso em detrimento da busca por resultados de curto prazo populistas e insustentáveis. O individualismo, a aceitação ao risco, a masculinidade e a indulgência caracterizam uma sociedade britânica exigente, altruísta e que não teme desafiar seus superiores.

Já com relação aos novos aspectos culturais propostos:

- Burocratas em nível de rua: os trabalhos precursores apontam para uma maior importância dos burocratas de nível de rua no Brasil, uma vez que a sociedade carece mais de assistencialismo e da busca por conexão por parte do estado. No Reino Unido, culturalmente a população opta por buscar os serviços públicos necessários e não há zonas povoadas com pouca acessibilidade aos serviços, diferentemente do Brasil. No Brasil é comum que o Ministério da Saúde precise efetuar grandes operações para vacinar povos distantes ou até mesmo entregar medicamentos refrigerados para doenças crônicas no tratamento de indígenas e quilombolas, algo que inexistente no Reino Unido.

- Elitismo médico: o Brasil possui um forte histórico de elitismo médico, já que a formação desses profissionais no país é muito limitada e custosa tanto nas instituições privadas quanto públicas (onde também vencem os alunos com melhor retrospecto de instituições privadas). Há um estigma social de que pobres não conseguem ser médicos e que

médicos são os filhos dos mais ricos. Muitos médicos no Brasil vêm de famílias tradicionais, no Nordeste do país por exemplo descendem de famílias que tiveram “coronéis” proprietários de latifúndios agrícolas no passado. No Sudeste do país, descendem de famílias de médicos que já se encontram em sua 4ª geração. O médico no Brasil tem um viés paternalista e é visto muitas vezes como o “médico da família”, conceito não mais aceito no Reino Unido, onde a preferência pública é por médicos científicos e sem apego individual. A profissão médica não é vista no Reino Unido como um símbolo elitista e sim como uma função de retribuição social e de desenvolvimento científico.

5 CONCLUSÕES

A literatura precursora aponta para a existência de diferentes atributos que definem o sucesso ou insucesso de uma política pública, ou no caso deste trabalho, mais especificamente um sistema nacional de saúde. Toda e qualquer criação de política pública, as métricas de análise de seu sucesso ou insucesso e a opinião pública a seu respeito se apresentam frente um pano de fundo que é a cultura nacional e institucional.

O SUS e o NHS possuem idades e trajetórias muito diferentes. O NHS nasceu de uma iniciativa pública britânica pós-Segunda Guerra Mundial que visava reconstruir o país, sua moral e dar assistência aos sobreviventes dos conflitos, sob um sentimento patriótico de vitória. Já o SUS nasceu para prover a assistência pública fundamental em um país de agravadas diferenças econômicas e sociais, combatendo a desnutrição, a mortalidade infantil e buscando estender a expectativa de vida do brasileiro, onde vem obtendo sucesso. Contudo o sentimento populacional brasileiro não traz um viés tão acalorado de patriotismo quanto NHS, que fora sua inspiração.

As métricas apontam que o SUS se aproxima dos resultados do NHS em diversos aspectos de política pública, acesso à saúde e saúde da mulher. No que toca às incidências de doenças, especialmente as transmissíveis, uma luz de atenção se acende (já que o Brasil apresenta uma quantidade de ocorrências tão superior que não pode ser explicada pela sua dimensão populacional) e que deve orientar a conscientização popular e aumentar esforços no sentido de atingir o público que é acometido pelas comorbidades e incentivar sua prevenção.

O cenário de financiamento dos dois sistemas mostra uma drástica diferença, enquanto o SUS será prejudicado por anos devido à PEC 241/EC-95, o NHS aumenta seus investimentos para melhorar a cobertura para sua população, e já atinge níveis de qualidade

encontrados no Brasil apenas em planos e seguros de saúde privados.

Aspectos culturais corroboram para a existência dessa diferença de perspectivas entre os sistemas de saúde, contrapondo comportamentos: enquanto os britânicos desafiam o status quo e sua liderança, os brasileiros são mais complacentes e subordinados; os britânicos não se privam de seu bem estar individual por conta de uma hierarquia, enquanto os brasileiros convivem com uma situação muito menos satisfatória sem grandes reações populacionais; os britânicos estão mais orientados ao longo prazo e se atêm aos seus planos, enquanto os brasileiros (em especial as lideranças governamentais) buscam erodir programas passados e criar benefícios rápidos mesmo que insustentáveis, em busca de prolongar sua administração.

Há uma característica na população brasileira de maior carência pelo assistencialismo, seja por uma necessidade de sobrevivência ou mesmo por um *mindset* antigo que conversa com o individualismo de Hofstede (o povo brasileiro aguarda instruções ao invés de tomar suas iniciativas como os britânicos) e isso valoriza os burocratas em nível de rua na saúde.

O Brasil é um país no qual o elitismo médico ainda prevalece, retrato de um passado colonial e do coronelismo, que transcendeu os latifúndios para chegar às profissões que deveriam ser mais científicas e menos paternalistas. Diante do exposto, fica a necessidade de se revisitar o tema no futuro para aferir se o SUS e o NHS seguem uma trajetória de convergência em termos de qualidade e estatísticas, e se os aspectos culturais se mantiveram ou mudaram juntamente com a sociedade.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER H. et al. Culturing poverty? Ethnicity, religion, gender and social disadvantage amongst South Asian communities in the UK. **International Handbook of Gender and Poverty**.v. 10, p. 20-33. 2010

BARRETO C. A Construção de Um Passado Pré-Colonial: Uma Breve História da Arqueologia do Brasil. **Revista USP**. v. 44, p. 32-51. 1999

BATISTA A.; SALDANHA A.; FURTADO F. Auto Conceito Masculino e Auto Cuidado em Saúde. **Psicologia Saúde e Doenças.**; v. 18(3), p. 859-69. 2017

BELLEN H.; TREVISAN A. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **RAP Rio de Janeiro**. v. 42(3), p. 529-50. 2008

BERGEN A et al. 'Implementation deficit' and 'street-level bureaucracy': policy, practice and change in the development of community nursing issues. **Health and Social Care in the Community**. v. 13(1), p. – 1-10. 2005

BITTNER E. The concept of Organization. **Social Research**. v. 32(3), p. 239-55. 1965

- BOTAS N.; KOURY A. A Cidade Industrial Brasileira e a Política Habitacional na Era Vargas. **URBANA - CIEC/UNICAMP**. v. 8(6), p. 144-64. 2014
- CAMPOS G. SUS: o que e como fazer?. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23(6), p. 1707-14. 2018
- CAPILHEIRA M.; SANTOS I. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Revista de Saúde Pública**. v. 40(3), p. 436-43. 2006
- CARVALHO G. O momento atual do SUS... A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Saúde e Sociedade São Paulo**. v. 2(1), p. 9-24. 1993
- CARVALHO L.; SCOTT L.; JEFFERY R. An exploratory study into the use of qualitative research methods in descriptive process modelling. **Information and Software Technology**. v. 47(1), p. 113-27. 2005
- CAVALCANTE et al. Inovação no setor público: teoria, tendências e casos no Brasil. **Brasília, ENAP/IPEA**. p.119-147. 2017
- CECILE G et al. Gender perspectives and quality of care: Towards appropriate and adequate health care for women. **Social Science and Medicine**. v. 43(5), p. 707-20. 1996
- CECILE G et al. Women deliver for development. **The Lancet**. v. 370(9595), p. 1347-57. 2007
- COELHO IB. Os Impasses do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12(2), p. 307-317. 2007
- CONFALONIERI U. O Sistema Único de Saúde e as Populações Indígenas: Por uma Integração Diferenciada. **Cadernos de Saúde Pública**. v.5(4), p. 441-50. 1978
- CORONEL AL.; BONAMIGO A.; AZAMBUJA M. et al. Sistema Único de Saúde (SUS): Quando vai começar?. **Interdisciplinary Journal of Health Education**. v.1(2), p. 83-90. 2016
- COSTA AM.; BAHIA L.; SCHEFFER M. Onde foi parar o sonho do SUS?. **Diplomatique**. v. 1, p. 1-4. 2013
- CREPS S.; MOIR S. Women in Medieval History of UK. **Scottish Tradition**. v. 25, p. 110-22. 2000
- DAVIES H.; NUTLEY, S. Developing learning organizations in the new NHS. **BMJ - British Medical Journal**. v. 320(8), p. 998-1001. 2000
- ERTHAL R. A Colonização Portuguesa no Brasil e a Pequena Propriedade. **GEOgraphia**; v.4, p.49-75. 2000
- FONSECA F. A trama conflituosa das políticas públicas: Lógicas e projetos em disputa. **Cadernos EBAPE BR**. v.1(1) – ed. Especial. 2016
- FORGAS J.; O'DRISCOLL M. Cross-Cultural and Demographic Differences in the Perceptions of Nations. **Journal of Cross-Cultural Psychology**. v. 15(2), p. 199-222. 1984

- FUNCIA F.; BRESCIANI LP. A Gestão Recente do Sistema Único de Saúde: Financiamento Restringido. **EnAPG 2019**. 1-11. 2019
- GIL AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. Atlas. 2019
- HALL S. Culture and power. **Radical Philosophy**. v. 1, p. 24-41. 1997
- HOFSTEDE G. An interview with a pioneer in cross-cultural studies. **SIETAREUROPA**. v. 1(1), p. 2-6. 2010
- IBGE <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/downloads-estatisticas.html> (2020)
- JACINO R. Que morra o “homem cordial” - Crítica ao livro Raízes do Brasil, de Sérgio Buarque de Holanda. **Revista de História da África e de Estudos da Diáspora Africana**. v. 19, p. 34-63. 2017
- JANUZZI A.; VASCONCELLOS A. Quanto custa o atraso na concessão de patentes de medicamentos para a saúde no Brasil? **Cad. Saúde Pública**. v. 33(8), p. 21–6. 2017
- KAPUR N. The NHS Long Term Plan – Putting People First. **Journal of Health Policy & Opinions**.; v.12(1), p. 10-11. 2019
- KOGAN N.; LEE K. Exploratory Research on the Success Factors and Challenges of Smart City Projects. **Asia Pacific Journal of Information Systems**. v. 24(2), p. 142-189. 2014
- LEWIS T. The Evolution of Military Systems during the Hundred Years War. **McNair Scholars Journal**. v. 1(14), p. 42-55. 2015
- LIMA L et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 17(11), p. 2881-92. 2012
- LIMA L.; D’ASCENZI L. O papel da burocracia de nível de rua na implementação e (re)formulação da Política Nacional de Humanização dos serviços de saúde de Porto Alegre (RS). **Revista de Administração Pública**. v. 51(1), p. 46-63. 2017
- LING T.; PEDERSEN J.; DRABBLE S. et al. Sustainable Development in the National Health Service (NHS). **Rand Health Quality**. v. 2(1), p. 1-6. 2012
- LITAKER D.; KOROUKIAN S.; LOVE T. Context and Healthcare Access: Looking beyond the Individual. **Medical Care Journal**. v.43(6), p. 531-40. 2005
- LUSTOSA F.; CASTANHAR J.; Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **RAP Rio de Janeiro**. v. 37(5), p. 969-92. 2003
- LYNN R.; FUERST J.; KERKEGAARD E.; Regional Differences in Intelligence in 22 Countries and their Economic, Social and Demographic Correlates: A Review. **Intelligence**. v. 69, p. 24-36. 2018
- MANNION R.; HARRISON S.; JACOBS R et al. From cultural cohesion to rules and competition: the trajectory of senior management culture in English NHS hospitals, 2001–2008. **JR Social Medicine**.; v.102, p. 332-36. 2009

- MASSY W. Principal Components Regression in Exploratory Statistical Research. **Journal of the American Statistical Association**. v. 60(309), p. 234-56. 1965
- MENDES JD.; BITTAR O. Perspectivas e Desafios da Gestão Pública no SUS. **Revista da Faculdade de Ciência Médica de Sorocaba**. v. 16 (1), p. 35-9. 2014
- MERALI F. NHS managers' commitment to a socially responsible role: the NHS managers' views of their core values and their public image. **Social Responsibility Journal**. v. 1(2), p. 38-46. 2005
- MEYERS C. Institutional Culture and Individual Behavior: Creating an Ethical Environment. **Science and Engineering Ethics**. v. 10, p. 269-76. 2004
- MIETTINEN O.; NURMINEN M. Comparative Analysis of 2 Rates. **Statistics in Medicine**. v. 4(2), p. 213-26. 1985
- MILLS K.; STEFANESCU A.; HE J. The global epidemiology of hypertension. **Nature Reviews Nephrology**. v. 16(1), p. 223-37. 2020
- MOODY W.; KINDERMAN P.; SINHA P. An exploratory study - Relationships between trying on clothing, mood, emotion, personality and clothing preference. **Journal of Fashion Marketing and Management**. v. 14(1), p. 161-179. 2010
- MORAES, E. A Escravidão Africana no Brasil. **Bibliotheca Pedagogica Brasileira**, v. 1, p. 173-92. 1933
- MUSGROVE P. Health insurance: the influence of the Beveridge Report. **Bulletin of the World Health Organization**. v. 78(6), p. 845-46. 2000
- NONNENMACHER C.; WEILLER T.; OLIVEIRA S. Acesso à Saúde: Limites Vivenciados por Usuários do SUS na Obtenção de um Direito. **Ciencias e Cuidados da Saúde**. v. 10(2), p. 248-55. 2011
- PAIM J.; TEIXEIRA C. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciencia e Saúde Coletiva**. v. 12, p. 1819-29. 2007
- PATTERSON B. et al. Endovascular Versus Open Repair for Chronic Type B Dissection Treatment: A Meta-Analysis. **The Annals of Thoracic Surgery**. v. 107(5), p. 1559-570. 2019
- PIOVESAN A.; TEMPORINI E. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**. v. 29(4), p. 318-25. 1995
- REILLY L et al. Bosutinib Versus Imatinib for Newly Diagnosed Chronic Myeloid Leukemia: Results From the Randomized BFORE Trial. **Journal of Clinical Oncology**. v. 36(3), p. 231-38. 2018
- SALEM T et al. Study and Analysis of Prediction Model for Heart Disease: An Optimization Approach using Genetic. **International Journal of Pure and Applied Mathematics**. v. 119(16), p. 5323-336. 2018
- SANCHEZ R.; CICONELLI R. Conceitos de Acesso à Saúde. **Revista Panamericana de**

Salud Publica. v. 31(3), p. 260-68. 2012

SANTOS S.; LACERDA M. Fatores de Satisfação e Insatisfação Entre os Pacientes Assistidos pelo SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 52(1), p. 43-53. 1999

SCHEIN E. Coming to a New Awareness of Organizational Culture. **Sloan Management Review.** v. 25(2), p. 3-16. 1984

SEARLE J. What is an institution?. **Journal of Institutional Economics.** v. 1(1), p. 1-22. 2005

SHAW L et al. Quality and Equitable Health Care Gaps for Women: Attributions to Sex Differences in Cardiovascular Medicine. **Journal of the American College of Cardiology.** v. 70(3), p. 373-88. 2017

SHEARD S. A creature of its time: The critical history of the creation of the British NHS. **Michael Quarterly.** v. 8, p. 428-41. 2011

SMITH J.; MALCOLM A. Spirituality, leadership and values in the NHS. **The International Journal of Leadership in Public Services.** v. 6(2), p. 39-53. 2010

SOUZA A. Os Orientes e Ocidentes de Freyre: tópica Orientalista em Casa-grande & Senzala e o Ocidente em Sobrados e Mucambos. **Revista de Estudos Brasileños.** v. 7(14), p. 153-67. 2020

SPORN B. Managing University Culture: An Analysis of the Relationship Between Institutional Culture and Management Approaches. **Higher Education.** v. 32, p. 41-61. 1996

STRELEC T.; FONSECA F. Alcances e Limites da Lei dos Consórcios Públicos – um balanço da experiência consorciativa no estado de São Paulo. **Cadernos Adenauer XII.** v. 4, p. 125-38. 2011

TAYLOR R. On The Alluvial Strata and on The Chalk of Norfolk and Suffolk, Fossils by Which They Are Accompanied. **Transactions of the Geological Society of London.** v. 2(1), p. 374-78. 1824

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, Bahia. Junho de 2011

TEIXEIRA, L. From Race to Health in Master and slave. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos.** v. (2), p. 231-243. 1997

WEST M.; Dawson J.; Kaur M. Making the difference: diversity and inclusion in the NHS. **The International Kings Fund.** v.1(1), p. 1-95. 2015

WITHERS J.; SNOWBALL J. Adapting to a new culture: A study of the expectations and experiences of Filipino nurses in the Oxford Radcliffe Hospitals NHS Trust. **NT Research.** v. 8(4), p. 278-90. 2003

WOLMAN H. Comparing Local Government Systems Across Countries: Conceptual and Methodological Challenges to Building a Field of Comparative Local Government Studies.

Government and Policy. v. 26, p. 87-103. 2008

World Bank <https://data.worldbank.org/> (2020)

World Climate <http://www.worldclimate.com/> (2021)

WRIGLEY E. Energy and the English Industrial Revolution. **Philosophical Transactions of the Royal Society.** v. 1, p. 1-10. 2013