



**CRA-DF**

Conselho Regional de  
Administração do Distrito Federal



## **GASTO PÚBLICO SETORIAL: UM COMPARATIVO ENTRE O MODELO DE GESTÃO DE SAÚDE NO BRASIL E NO REINO UNIDO**

Orientador(a): Mara Águida Porfírio Moura

Discente: Robert Junio Torres de Carvalho

### **Resumo**

Este estudo realiza uma análise comparativa entre o Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, e o *National Health Service* (NHS), no Reino Unido, com foco no gasto público setorial e na eficiência de gestão. Ambos os sistemas compartilham princípios de universalidade, integralidade e equidade, mas apresentam diferenças relevantes em financiamento, cobertura e desempenho. O NHS é financiado majoritariamente por impostos gerais, com maior previsibilidade orçamentária, enquanto o SUS depende de um modelo federativo tripartite, marcado por desigualdades regionais e subfinanciamento crônico. A pesquisa, de caráter exploratório e descritivo, adotou metodologia quali-quantitativa, com base em revisão bibliográfica e documental, abordando indicadores como expectativa de vida, mortalidade infantil, cobertura vacinal, recursos humanos e infraestrutura. Os resultados apontam que, embora ambos enfrentem desafios estruturais, o NHS apresenta maior eficiência administrativa, enquanto o SUS revela potencial de aprimoramento a partir da adaptação de práticas britânicas.

### **Palavras-chave**

Palavras-chave: Saúde pública. Gestão em saúde. Gasto público. Eficiência.

## **1 INTRODUÇÃO**

A saúde é um direito social fundamental e um dos pilares do desenvolvimento humano e da coesão social. A Organização Mundial da Saúde define-a como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, superando concepções puramente biológicas e ampliando o olhar para os determinantes políticos, econômicos e culturais que estruturam a vida em sociedade (OMS, 2006).

No Brasil, essa compreensão foi consolidada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e posteriormente inscrita na Constituição Federal de 1988, que instituiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos (Brasil, 1988; Roque; Lima; Silva Oliveira; Pagotto, 2020). Em termos institucionais, esse marco resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma das mais abrangentes políticas de saúde universal do mundo, cujo caráter democrático e inclusivo é frequentemente apontado como instrumento de cidadania e combate às desigualdades sociais (Kriege, 2023).

O modelo brasileiro encontra inspiração histórica no *National Health Service* (NHS), sistema público de saúde do Reino Unido criado em 1948, que se tornou referência mundial por seus princípios de universalidade, equidade e integralidade (Anderson *et al.*, 2022). Assim como o SUS, o NHS nasceu em um contexto de demandas sociais por maior intervenção estatal, sendo estruturado como política pública financiada predominantemente por impostos gerais (Nicolletti; Faria, 2017).

O presente estudo parte de uma problemática recorrente no debate público nacional: a percepção de que o SUS seria ineficiente, incapaz de atender de forma satisfatória às expectativas da população. Tal percepção, entretanto, carece de análise empírica que considere não apenas os resultados do sistema, mas também a relação entre gastos, estratégias de gestão e desempenho. Questiona-se, portanto, se o SUS é de fato ineficiente, se os gastos em saúde no Brasil guardam proporcionalidade com os resultados alcançados, e se lições oriundas do modelo britânico poderiam ser adaptadas ao contexto brasileiro, de modo a promover maior eficiência na aplicação dos recursos públicos (Giovanella, 2012; Anandaciva, 2023).

A escolha do Reino Unido como país de comparação justifica-se por diferentes razões. Em primeiro lugar, trata-se de uma nação com nível de desenvolvimento econômico e social avançado, mas que, assim como o Brasil, enfrenta desafios estruturais na gestão do orçamento público, incluindo déficit fiscal e elevados níveis de endividamento (Countryeconomy, 2022).



Em segundo lugar, ambos os sistemas compartilham a lógica de universalidade no acesso à saúde, o que os torna comparáveis do ponto de vista institucional, ainda que existam diferenças importantes em termos de financiamento, estrutura de governança e resultados obtidos (Guidini, 2012; Chioro; Staff, 2014; Menicucci, 2014). Finalmente, o NHS é considerado uma das principais experiências internacionais de política pública de saúde, tendo influenciado a formulação do próprio SUS, o que reforça a pertinência de uma análise comparativa (Kriege, 2023).

A relevância deste trabalho encontra-se, portanto, em dois planos complementares. No plano acadêmico, busca-se contribuir para o debate sobre políticas de saúde, aproximando estudos comparativos que exploram modelos distintos de gestão pública em contextos nacionais diversos. No plano social e político, o estudo responde a uma demanda concreta: compreender de que maneira os recursos públicos em saúde são aplicados, em que medida resultam em serviços de qualidade, e quais estratégias podem ser adaptadas para aprimorar o atendimento oferecido à população brasileira.

Dessa forma, o objetivo geral da pesquisa consiste em realizar um estudo comparativo entre os modelos de gestão de saúde pública no Brasil e no Reino Unido, com foco no gasto público setorial. Os objetivos específicos incluem: (i) revisar a literatura acerca da trajetória histórica, institucional e financeira do SUS e do NHS; (ii) identificar pontos de convergência e divergência na alocação e gestão dos recursos; (iii) avaliar se o sistema britânico apresenta maior eficiência na utilização dos gastos; e (iv) investigar estratégias ou instrumentos de gestão que possam, com as devidas adaptações, ser considerados para o contexto brasileiro.

Metodologicamente, trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo, de natureza bibliográfica, baseada em fontes acadêmicas, documentos oficiais e relatórios institucionais. A escolha desse delineamento justifica-se pela necessidade de compreender em profundidade os conceitos e modelos de gestão, bem como pela intenção de oferecer uma análise comparativa a partir de dados secundários. Como enfatizam Lakatos e Marconi (2003), Prodanov e Freitas (2013) e Gil (2017), a introdução deve situar o leitor no contexto do problema, explicitar os objetivos da pesquisa e indicar, ainda que de forma sintética, a abordagem metodológica adotada — o que se observa neste estudo.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Modelo de Gestão em Saúde no Reino Unido

O NHS (National Health Service), serviço de saúde do Reino Unido, foi estabelecido em 1948, e é um marco na história dos sistemas de saúde, sendo fundamentado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Sua gênese, entretanto, é anterior à sua formalização: a Lei Nacional de Seguros de 1911 já previa um sistema de seguros para trabalhadores industriais, garantindo-lhes acesso a serviços de médico de família (Anderson *et al.*, 2022).

Essa legislação precursora lançou as bases para um sistema mais abrangente e universal. Desde sua criação, o NHS operou de forma semelhante na Inglaterra, Escócia e País de Gales, com a Irlanda do Norte mantendo um modelo semiautônomo. Inicialmente, o plano era descentralizar os serviços, transferindo a responsabilidade para os municípios. Essa mudança, porém, não se concretizou devido à resistência da classe médica, que preferia o modelo de remuneração por captação, ou seja, pelo número de pacientes cadastrados (Nicolletti; Faria, 2017).

Ao longo das décadas de 1980 e 1990, o NHS passou por reformas de caráter liberalizante, com o objetivo de introduzir elementos de mercado privado no sistema de saúde



**CRA-DF**

Conselho Regional de  
Administração do Distrito Federal



do Reino Unido. Essas reformas, impulsionadas por Margaret Thatcher, visavam aumentar a eficiência e a responsabilidade na gestão dos recursos, sendo segregadas as funções de compradores e prestadores, através do conhecido "mercado interno" (Anderson *et al.*, 2022).

Contudo, como aponta Nicolletti e Faria (2017), a solidez dos princípios do NHS impediu a sua descaracterização e o sistema manteve seu caráter público, financiado por impostos. Embora existam diferenças na forma como o NHS é estruturado e operado nos diferentes países que compõem o Reino Unido, incluindo nuances na legislação e na responsabilidade parlamentar, poucas diferenças eram notadas pelos usuários até o processo de descentralização de 1999, quando o parlamento da Escócia ganhou maiores poderes políticos e administrativos (Anderson *et al.*, 2022).

A partir desse momento, as principais divergências se concentraram na rejeição, no País de Gales e na Escócia, da divisão entre “fornecedor” e “comprador” de serviços, com ambos adotando um sistema baseado na colaboração. A Irlanda do Norte manteve essa separação, mas, devido a uma população relativamente pequena e opções limitadas de provedores, a relação se assemelha mais a governança e supervisão do que a um modelo de comissionamento (Anderson *et al.*, 2022). Essa diversidade de modelos regionais demonstra a capacidade de adaptação do NHS às necessidades e características específicas de cada localidade. A crise financeira internacional de 2008 impactou o NHS através da implementação, em 2010, de políticas de austeridade no orçamento público, com o objetivo de reduzir os gastos do governo.

Observou-se que essa mercantilização resultou em fragmentação, desorganização e complexidade para o sistema regulatório de saúde. Em contrapartida, a Irlanda do Norte permanece como o único sistema em que tanto a saúde quanto a assistência social estão integradas, embora haja movimentos em direção à integração em outros locais. Na Escócia, a lei de 2014 (Public Bodies – Joint Working) permitiu às autoridades locais integrar os sistemas de saúde e assistência social. A Inglaterra também se direcionou a abandonar a competição, com os Sistemas de Cuidado Integrado (ICS) evoluindo e envolvendo parcerias entre os conselhos locais e as organizações pertencentes ao NHS, para planejar e entregar serviços de saúde (Anderson *et al.*, 2022).

Essas iniciativas de integração refletem a crescente conscientização da importância de abordar as necessidades de saúde de forma holística e coordenada. O financiamento do NHS provém principalmente dos impostos, com uma pequena contribuição do sistema de seguridade social. Os cidadãos britânicos pagam apenas pela prescrição medicamentosa ambulatorial. O repasse de recursos é feito por um critério per capita, ajustado por fatores populacionais e epidemiológicos. A maior parcela dos recursos é destinada a cuidados emergenciais, enquanto áreas como clínica médica e saúde mental recebem uma menor porção (Nicolletti; Faria, 2017).

## 2.2 Modelo de Gestão em Saúde no Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS), modelo de saúde pública brasileira, surgiu em meio a um cenário de intensas transformações políticas e socioeconômicas, em paralelo à evolução do Brasil, refletindo as mudanças de regimes e a busca por uma saúde pública mais abrangente e equitativa (Guidini, 2012).

Conforme definido no artigo 4º da Lei nº 8.080/90, o SUS é o conjunto articulado de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, bem como pelas fundações mantidas pelo poder público e, de forma complementar, pela iniciativa privada (Chioro; Staff, 2014).

Essa definição abrange uma ampla gama de serviços, desde a promoção da saúde e a prevenção de doenças até o tratamento e a reabilitação. Em sua essência, o SUS pode ser



caracterizado como um sistema de saúde que busca atender toda a população brasileira de forma universal e igualitária, em consonância com o princípio fundamental de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (MENICUCCI, 2014).

Nesse sentido, o SUS representa uma ruptura com o modelo anterior, que vinculava o acesso à saúde à inserção no mercado de trabalho formal, perpetuando desigualdades e exclusões. Seus princípios (universalidade, integralidade e equidade) visam à democratização do acesso aos serviços de saúde, que se tornam um direito de cidadania, e não apenas um benefício previdenciário. Ademais, o sistema é descentralizado, o que tende a ampliar a cobertura e a participação dos municípios na gestão da saúde, fortalecendo a capacidade de resposta às necessidades locais (Guidini, 2012).

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu diversos pontos cruciais para a saúde, incluindo a visão da saúde como parte da seguridade social; o reconhecimento da saúde como direito social e universal; a definição das ações e serviços de saúde como de relevância pública; a liberdade da iniciativa privada para atuar na saúde de forma complementar, reconhecendo a importância do setor privado; e a proibição de destinação de recursos públicos a instituições privadas com fins lucrativos. Dessa forma, a Constituição de 1988 garantiu um grande reordenamento na área sanitária, tanto do ponto de vista ideológico (princípios universais do SUS) quanto institucional (a partir da própria criação do SUS) (Menicucci, 2014).

Esse texto constitucional representou um avanço considerável, dentro daquilo que era possível e com os atores do momento, se tornando referência mundial em termos de política e base jurídico-constitucional (Chioro; Staff, 2014).

O processo de regulamentação do SUS foi concluído com a aprovação das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que detalharam as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sua organização e funcionamento. Além disso, foram criadas, dentro das constituições estaduais e leis orgânicas municipais, adaptações à lei nacional, a fim de criar um ambiente de pactuação das políticas de saúde dentro de todas as esferas do poder executivo (Chioro; Staff, 2014).

Essas leis estabeleceram a descentralização, a regionalização e a hierarquização como princípios organizativos do SUS, visando à maior eficiência, equidade e participação social na gestão da saúde. A implementação do SUS iniciou-se no mesmo ano da aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990. Esta lei, além de especificar as atribuições e a forma de organização do SUS, definia os papéis institucionais de cada esfera governamental, sua estrutura de financiamento e as regras de transferência de recursos entre os níveis de governo, através dos fundos de saúde. Além desta, a lei nº 8.142, também aprovada nesse ano, veio completar a democratização do acesso à saúde, ao incluir a participação da comunidade na gestão do SUS e tratar sobre as transferências intergovernamentais na área da saúde, instituindo os conselhos de saúde (Guidini, 2012).

### 3. METODOLOGIA

Esta pesquisa caracteriza-se por sua natureza básica, pois tem como finalidade ampliar o conhecimento teórico sobre os sistemas públicos de saúde do Brasil (SUS) e do Reino Unido (NHS), sem que haja, necessariamente, uma aplicação prática imediata. Conforme definem Lakatos e Marconi (2003), a pesquisa básica visa aprofundar saberes existentes e gerar novos conhecimentos, fundamentando-se em teorias e conceitos, com vistas a enriquecer a compreensão científica de determinado objeto de estudo. Nesse sentido, o presente trabalho busca compreender a estrutura e a eficiência dos dois sistemas, contribuindo para o campo da saúde pública por meio de uma análise fundamentada e sistematizada.

Quanto à abordagem metodológica, adota-se uma estratégia quali-quantitativa, ou seja,



qualitativa e quantitativa. A abordagem qualitativa permite a interpretação aprofundada das estruturas, políticas e práticas dos sistemas estudados, baseando-se na análise de discursos, documentos, diretrizes institucionais e literatura especializada. Por sua vez, a abordagem quantitativa é utilizada para examinar dados estatísticos, como expectativa de vida, mortalidade infantil, cobertura vacinal e número de profissionais de saúde por mil habitantes, possibilitando identificar padrões, contrastes e tendências relevantes. Segundo Prodanov e Freitas (2013), o método qualitativo investiga aspectos subjetivos e complexos da realidade, enquanto o método quantitativo recorre à mensuração numérica e à análise objetiva dos dados, sendo ambos complementares na produção de conhecimento científico.

Quanto aos objetivos, trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, conforme a classificação de Gil (2002). É exploratória na medida em que busca proporcionar maior familiaridade com o tema, possibilitando a formulação de questões e a compreensão aprofundada dos sistemas de saúde analisados, sobretudo em relação à sua organização, gestão e desempenho. Também é descritiva, pois objetiva caracterizar de forma sistemática e detalhada o funcionamento do SUS e do NHS, incluindo aspectos como estrutura administrativa, financiamento, cobertura assistencial, recursos humanos, acesso à atenção básica e indicadores de desempenho.

No que diz respeito aos procedimentos técnicos adotados, a pesquisa é bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica, segundo Gil (2002), fundamenta-se em material já publicado, como livros, artigos científicos e relatórios acadêmicos, proporcionando uma base teórica consolidada para o estudo. Boccato (2006) complementa que esse tipo de pesquisa visa à resolução de um problema com base em referenciais teóricos diversos, favorecendo a análise crítica das contribuições disponíveis na literatura.

Já a pesquisa documental, conforme Flick (2008), utiliza fontes primárias institucionais, como legislações, planos nacionais de saúde e relatórios governamentais, que, embora semelhantes à bibliografia convencional, requerem um exame mais criterioso por parte do pesquisador para serem validadas como evidência científica.

A metodologia proposta segue uma sequência estruturada. Inicialmente, realiza-se a caracterização individual dos sistemas SUS e NHS, com base em seus contextos históricos, formas de financiamento, modelos de gestão, mecanismos de acesso e principais políticas públicas. Na etapa seguinte, procede-se à comparação entre os dois modelos, utilizando critérios previamente definidos: modelo de gestão; acesso e cobertura; recursos humanos e infraestrutura; e desempenho dos sistemas. Esses critérios foram selecionados com o objetivo de permitir uma análise comparativa ampla e multifatorial, que leve em conta diferentes dimensões da gestão e da entrega de serviços públicos de saúde.

## **4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS**

### **4.1 Coleta, Triagem e Seleção dos Dados**

A coleta de dados deste estudo foi orientada por procedimentos de pesquisa bibliográfica e documental, conforme descrito por Gil (2017), que destaca a importância da seleção criteriosa de fontes secundárias previamente publicadas e reconhecidas pela comunidade científica.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em bases acadêmicas consolidadas: o portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), o Google Acadêmico e a base Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), selecionadas por sua ampla cobertura na área da saúde pública e pela disponibilidade de publicações nacionais e internacionais relevantes. A opção por essas bases



buscou garantir acesso a produções acadêmicas com revisão por pares e a documentos técnicos de alta credibilidade.

O recorte temporal compreende os anos de 2021 a 2024, justificando-se pelo contexto pós-pandêmico, período no qual os sistemas de saúde foram amplamente debatidos, reavaliados e documentados em relação à sua capacidade de resposta, eficiência e cobertura assistencial.

Foram utilizados como critérios de inclusão: a pertinência ao objeto de estudo; a publicação em periódicos revisados por pares; a consistência teórico-metodológica dos artigos; e a sua inserção em veículos reconhecidos na área da saúde coletiva e saúde pública. Em consonância com os procedimentos indicados por Lakatos e Marconi (2003), buscou-se garantir rigor e objetividade ao processo de seleção.

Os descritores aplicados nas buscas foram: “NHS e SUS comparação”, “NHS e SUS eficiência”, “NHS comparison between systems”, “NHS eficiência/efficiency”, “SUS comparação” e “eficiência do SUS”, os quais foram combinados de forma cruzada para aumentar a precisão dos resultados.

Na base de dados da CAPES, foram identificados os seguintes resultados:

Quadro 1. Artigos encontrados na base de dados da CAPES.

Artigos	Descritores	Observações
01	NHS e SUS comparação	Produção nacional, não revisado por pares
01	NHS e SUS eficiência	Produção nacional, não revisado por pares
26	Eficiência do SUS	Produção nacional, revisado por pares
06	Comparações SUS	Produção nacional, revisado por pares
206	Eficiência do NHS OR NHS SYSTEM efficiency	Revisados por pares, área da saúde, não produzidos nacionalmente
219	Comparação entre sistemas envolvendo o NHS/comparison between nhs and systems	Revisados por pares, área da saúde, não produzidos nacionalmente

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

No Google Acadêmico, a busca retornou:

Quadro 2. Artigos encontrados na base de dados do Google Acadêmico.

Artigos	Descritores	Observações
113	NHS e SUS comparação	Artigos de revisão
45	NHS e SUS eficiência	Artigos de revisão, produção nacional
1960	Eficiência do SUS	Artigos de revisão, produção nacional
1480	Comparações envolvendo o SUS	Artigos de revisão
26	Eficiência do NHS	Artigos de revisão
19	Comparação entre sistemas envolvendo o NHS	Artigos de revisão

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Na base LILACS, os resultados foram os seguintes:

Quadro 3. Artigos encontrados na base de dados LILACS.

Artigos	Descritores	Observações
01	NHS e SUS comparação	Produção nacional, área da saúde
0	NHS e SUS eficiência	Sem artigos localizados
50	eficiência do SUS	Produção nacional
02	eficiência do NHS/NHS efficiency	Produção nacional e não nacional,
183	comparação do SUS	Produção nacional
01	comparação entre sistemas envolvendo o NHS	Produção nacional



Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

## 4.2 ANÁLISE COMPARATIVA

Com base nos dados coletados, procedeu-se à triangulação dos resultados, conforme recomendado por Prodanov e Freitas (2013), que enfatizam essa técnica como estratégia para aumentar a confiabilidade e a validade dos achados. O processo envolveu: a consolidação dos artigos identificados; a exclusão de duplicatas; e a leitura criteriosa dos resumos e palavras-chave, com foco na aderência aos objetivos da pesquisa. A seleção final dos materiais foi intencional, teórica e criticamente fundamentada, conforme os critérios definidos anteriormente.

Complementando os dados bibliográficos, foram selecionados documentos e relatórios de organizações internacionais com expertise reconhecida em avaliação de sistemas de saúde, entre eles: a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o relatório Health Systems in Transition (HiT) do Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde e estudos do Nuffield Trust.

Os critérios para inclusão desses documentos envolveram: (i) publicação no período de 2021 a 2024; (ii) foco em aspectos centrais como modelo de gestão, acesso, cobertura, recursos humanos, infraestrutura e desempenho dos sistemas de saúde; e (iii) comparabilidade entre sistemas universais (NHS e SUS), permitindo aprofundamento das análises.

A etapa de análise interpretativa partiu de uma leitura analítica e categorial dos materiais, identificando dimensões temáticas recorrentes, tais como: estrutura organizacional, financiamento, atenção primária, distribuição de profissionais e indicadores de efetividade. Os conteúdos foram organizados de acordo com os objetivos específicos da pesquisa e os critérios de comparação definidos na metodologia.

Essa abordagem configurou uma análise multifatorial, ao contemplar diversas dimensões do objeto de estudo, em consonância com a complexidade que envolve a avaliação de sistemas públicos de saúde. Conforme argumentam Lakatos e Marconi (2003), a análise científica deve considerar variáveis interdependentes para permitir uma compreensão mais abrangente da realidade estudada. Nesse sentido, a abordagem multifatorial se justifica pela necessidade de captar a totalidade da experiência dos sistemas analisados, não apenas em seus aspectos formais, mas em seu funcionamento prático e nos resultados que efetivamente entregam à população.

Quadro 4. Artigos selecionados para a comparação entre o SUS e o NHS.

Título da Obra	Autor (es)	Ano
Financiamento da Saúde no Brasil: Perspectivas dos estados e municípios	Pereira, <i>et al.</i>	2025
Health at a Glance 2023: OECD INDICATORS	OECD, 2023	2023
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	WHO, 2023	2023
Organização e funcionamento do SUS	Márcio Augusto Gonçalves	2021

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

## 4.3 INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

### 4.3.1 MODELO DE GESTÃO

#### Financiamento

Tanto o Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, quanto o National Health Service (NHS), no Reino Unido, são sistemas públicos que asseguram o acesso universal à saúde.



Ambos compartilham o princípio da cobertura baseada na necessidade clínica e não na capacidade de pagamento, sendo financiados majoritariamente por recursos públicos arrecadados por meio da tributação. Contudo, suas estruturas federativas, mecanismos de arrecadação e formas de repasse divergem significativamente em função de seus contextos históricos e institucionais (BRASIL, 2022a; BRASIL, 2025; OECD, 2023; Smith *et al.*, 2022).

O NHS é financiado quase integralmente por impostos gerais, sendo os principais o imposto de renda, as contribuições para a seguridade social (National Insurance) e o imposto sobre valor agregado (VAT). Esses tributos representam a maior parte da arrecadação destinada à saúde. A receita é centralizada pela autoridade fiscal britânica (HMRC) e redistribuída pelo Tesouro (HM Treasury) às administrações de saúde dos países constituintes do Reino Unido, seguindo critérios definidos, como a fórmula de Barnett. O modelo concentra as decisões fiscais em nível nacional, mas permite autonomia administrativa regional para a organização dos serviços de saúde (Smith *et al.*, 2022, p. 61–63).

No caso brasileiro, o SUS é sustentado por um modelo de financiamento tripartite, que envolve a participação da União, dos Estados e dos Municípios. Cada esfera de governo tem responsabilidades específicas em termos de financiamento e gestão, com base em normas legais e pactuações intergovernamentais. Os recursos devem constar no orçamento da Seguridade Social e são executados por meio de fundos específicos de saúde. Essa descentralização visa adaptar as políticas às realidades locais, mas também impõe desafios de coordenação e equidade, sobretudo em regiões com menor capacidade fiscal (Brasil, 2022a).

Enquanto o NHS apresenta uma estrutura mais centralizada de arrecadação e repasse, o SUS depende de mecanismos federativos complexos, nos quais a União tem papel central, mas os Estados e Municípios também devem aportar recursos próprios. A distribuição no NHS ocorre segundo critérios técnicos nacionais e considera a demanda populacional, enquanto no SUS a alocação está vinculada a metas pactuadas nos instrumentos de planejamento ascendente, como os planos municipais e estaduais de saúde (Brasil, 2025; Smith *et al.*, 2022, p. 62–63).

Ambos os sistemas preveem fontes privadas de financiamento como complementares, embora em proporções diferentes. No Reino Unido, os pagamentos diretos do bolso e os seguros voluntários são limitados, utilizados principalmente para serviços como odontologia, oftalmologia e acesso mais rápido a tratamentos. No Brasil, há maior peso relativo dos gastos privados, com planos de saúde suplementares e desembolsos diretos por parte da população, em especial nas áreas com maior dificuldade de acesso ao SUS (Brasil, 2025; Smith *et al.*, 2022, p. 63).

Apesar das diferenças, tanto o SUS quanto o NHS buscam garantir a proteção financeira da população diante das necessidades de saúde, com modelos redistributivos que priorizam a equidade. O NHS se destaca por sua centralização orçamentária e baixo nível de gastos diretos da população. Já o SUS, embora fortemente estruturado por princípios universais, enfrenta desafios estruturais ligados ao subfinanciamento crônico, às desigualdades regionais e à dependência das transferências federais, o que compromete a efetividade da equidade no acesso (Brasil, 2025; OECD, 2023, P. 138).

### **Orçamento total da saúde, em valores correntes e em % do PIB, 2022.**

O gasto total em saúde corresponde à soma de todas as despesas realizadas no setor, abrangendo tanto o financiamento público quanto o privado, além dos pagamentos diretos feitos pelas famílias (OECD/WHO, Health at a Glance: Europe 2022).

Já o gasto em saúde como percentual do PIB expressa a proporção do produto interno bruto destinada ao setor, permitindo avaliar o peso da saúde dentro da economia nacional e facilitando comparações entre diferentes países (Oecd/Who, Health at a Glance: Europe 2022).



**CRA-DF**

Conselho Regional de  
Administração do Distrito Federal



Tabela 1 - Orçamento total da saúde, em valores correntes e em % do PIB, 2022.

	UK	BRA
Orçamento (em moeda local)	£ 292 bi	R\$ 929,5 <sup>1</sup> bi
Orçamento (em % do PIB)	11,05%	9,14%

Fonte: World Bank Group (via Organização Mundial da Saúde), 2025.

<sup>1</sup>Nota: o valor em reais equivale a porcentagem do PIB de 2022 em dólares, conforme a fonte. O valor equivalente a um dólar (US\$) em 30/12/2022 é R\$ 5,21.

### Orçamento por origem de recurso, em %

No Reino Unido, o financiamento do sistema de saúde provém majoritariamente de recursos públicos, principalmente impostos gerais e contribuições sociais. Segundo os dados mais recentes, cerca de 83% das despesas correntes em saúde são cobertas por fundos governamentais, enquanto os desembolsos diretos das famílias representam aproximadamente 13% e os seguros voluntários apenas 2% (Ocde, 2023).

Já no Brasil, o cenário é distinto: apenas 44% do gasto em saúde tem origem pública, enquanto 29% correspondem a desembolsos diretos das famílias e 22% a planos privados voluntários. Assim, observa-se maior dependência de recursos privados no modelo brasileiro (Ocde, 2023).

Tabela 2 - Orçamento por origem de recurso, em %, 2023.

	UK	BRA
Público	83	44
Desembolso direto (Out of pocket)	13	29
Seguro Voluntário	2	22
Outros	2	5

Fonte: OECD (2023), Health at a Glance 2023.

### Gasto Per Capita

O nível de gasto per capita em saúde reflete tanto as necessidades individuais quanto populacionais por cuidados médicos, sendo influenciado por fatores demográficos, sociais, econômicos, bem como pela forma de organização e financiamento dos sistemas de saúde de cada país. A maior parte desses gastos é financiada por esquemas governamentais ou seguros obrigatórios, enquanto o restante provém de contribuições voluntárias ou desembolsos diretos das famílias (OCDE, 2023).

Tabela 3 - Gasto em saúde per capita do Reino Unido e do Brasil, 2020-2022.

	UK (em PPP US\$)	BRA (em PPP US\$)
2020	4.816,15	680,77
2021	5.612,05	768,27
2022	5.035,62	848,57

Fonte: World Bank Group (via Organização Mundial da Saúde), 2025.

### Gestão Administrativa

A gestão administrativa dos sistemas públicos de saúde, tanto no Reino Unido, por meio do *National Health Service* (NHS), quanto no Brasil, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), envolve planejamento, execução, direção e controle em áreas como gestão de suprimentos, controle de estoques, controle patrimonial, suporte logístico e gestão de recursos humanos. Apesar de contextos distintos, ambos os sistemas buscam eficiência no uso dos recursos públicos e a continuidade da prestação dos serviços de saúde, garantindo atendimento de qualidade à população (GONÇALVES, 2021; NHS ENGLAND, 2025a; NHS SCOTLAND, 2025a; NWSSP, 2025a; BSO, 2025).



No NHS Inglaterra, a *NHS Supply Chain* centraliza a aquisição e distribuição de materiais, medicamentos e equipamentos para hospitais e unidades de saúde, assegurando padronização, eficiência e custo-benefício. Na Escócia, o *NHS National Services Scotland* (NSS) define prioridades de aquisição ética e sustentável, seguindo o *Procurement Strategy 2024–2028*. No País de Gales, o NWSSP gerencia depósitos regionais e utiliza captura automática de dados. Na Irlanda do Norte, o PaLS centraliza compras e logística. No SUS, a gestão de suprimentos coordena o fluxo de materiais, compra, estocagem e distribuição (Gonçalves, 2021; NHS England, 2025a; NHS Scotland, 2025a; NWSSP, 2025a; BSO, 2025).

O controle de estoques é essencial para garantir a disponibilidade contínua de insumos. No NHS, sistemas informatizados como *Inventory Management System*, eESS (Escócia) e eAteb (País de Gales) monitoram os estoques, reduzem desperdícios e permitem previsão de demanda. No SUS, a legislação de licitações regula o controle, assegurando a oferta de materiais essenciais e evitando mau uso dos recursos. A gestão eficiente de estoques garante que programas e serviços de saúde possam funcionar continuamente, sem interrupções (Gonçalves, 2021; NHS England, 2025a; NHS Scotland, 2025b; NWSSP, 2025b).

O controle patrimonial busca rastrear, conservar e otimizar os ativos de cada sistema. No NHS, os registros abrangem equipamentos médicos, imóveis e veículos, com auditorias internas e externas para assegurar conformidade e manutenção preventiva. No SUS, o controle patrimonial inclui bens permanentes com durabilidade superior a dois anos, seguindo normas federais, estaduais e internas, com registros contábeis e físicos. Ambos os sistemas visam prolongar a vida útil dos ativos e evitar perdas ou mau uso (Gonçalves, 2021; NHS England, 2025b; NHS Scotland, 2025b; NWSSP, 2025b; BSO, 2025).

O suporte logístico monitora toda a cadeia de distribuição de insumos. No NHS, medicamentos, vacinas e equipamentos chegam de forma eficiente aos pontos de atendimento, com centros regionais de distribuição e monitoramento contínuo. No SUS, o suporte logístico envolve planejamento, armazenagem e entrega dos Insumos Estratégicos em Saúde (IES), garantindo que cheguem no tempo adequado para assegurar a qualidade do atendimento. Essa coordenação logística é crucial para evitar rupturas no fornecimento e manter a continuidade da assistência (GONÇALVES, 2021; NHS ENGLAND, 2025a; NHS SCOTLAND, 2025a; NWSSP, 2025a; BSO, 2025).

A gestão de recursos humanos no NHS utiliza o *Electronic Staff Record* (ESR) na Inglaterra, o eESS na Escócia e o eAteb no País de Gales, integrando folha de pagamento, desenvolvimento profissional e gestão de carreira. O modelo *Agenda for Change* padroniza remuneração, progressão e capacitação da força de trabalho. Na Irlanda do Norte, a BSO gerencia contratação, folha e capacitação. No SUS, profissionais com autonomia técnica organizam o fluxo do trabalho, com estratégias de recrutamento, retenção, capacitação e avaliação de desempenho, atendendo à complexidade do setor (Gonçalves, 2021; NHS England, 2025c; 2025d; NHS Scotland, 2025b; NWSSP, 2025b; BSO, 2025).

Apesar das diferenças em centralização, informatização e padronização, tanto o NHS quanto o SUS buscam integrar eficiência administrativa à prestação de serviços universais e gratuitos. A análise comparativa permite identificar boas práticas, desafios e oportunidades de intercâmbio de experiências entre países, contribuindo para aprimorar a gestão pública e fortalecer a qualidade do atendimento em sistemas de saúde complexos (Gonçalves, 2021; NHS England, 2025a; NHS Scotland, 2025a; NWSSP, 2025a; BSO, 2025).

#### **4.3.2 ACESSO E COBERTURA**

##### **Atenção Primária**



A atenção primária à saúde é considerada o alicerce dos sistemas de saúde no Reino Unido e no Brasil, sendo responsável por acolher e responder às necessidades mais frequentes da população. Embora inseridos em contextos históricos, institucionais e culturais distintos, ambos os países compartilham a concepção da atenção primária como porta de entrada preferencial, organizadora da rede assistencial e promotora da integralidade do cuidado (Smith *et al.*, 2022; Brasil, 2022a; Giovanella, 2021).

No Reino Unido, a atenção primária exerce três funções principais: constitui o primeiro ponto de contato com os serviços, oferece continuidade no acompanhamento de condições comuns e regula o acesso a níveis mais especializados. Esse modelo se mantém estável desde a criação do NHS e continua vigente nos diferentes países que compõem o Reino Unido, mesmo após os processos de descentralização administrativa. A função de regulação do acesso, embora presente em outros sistemas, é mais formalizada no modelo britânico (SMITH *et al.*, 2022).

No Brasil, a atenção primária à saúde também se organiza como porta de entrada do SUS, com uma abordagem que prioriza a escuta, o vínculo e o cuidado ao longo do tempo. O objetivo é responder de forma integral às necessidades de saúde da população, articulando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. A Estratégia Saúde da Família é a principal forma de organização desse nível de atenção, estruturando-se em equipes multiprofissionais fixas com atuação territorial (Brasil, 2022a; Giovanella, 2021).

Ambos os países adotam modelos que valorizam o trabalho em equipe e a integração entre profissionais de diferentes áreas. No Reino Unido, a atenção primária passou a ser entendida como um esforço coletivo de clínicos gerais, enfermeiros, parteiras, farmacêuticos, dentistas, optometristas e agentes comunitários, atuando de maneira coordenada no território. Em alguns casos, organizações voluntárias também colaboram, especialmente em temas como saúde mental e cuidados prolongados (Smith *et al.*, 2022).

De forma semelhante, o modelo brasileiro também aposta na composição de equipes interdisciplinares com médicos generalistas, enfermeiros, técnicos e agentes comunitários de saúde. Essa atuação coletiva fortalece o vínculo com os usuários e permite o conhecimento aprofundado das realidades locais. O cuidado prestado não se restringe ao atendimento pontual, mas busca intervir nos determinantes sociais da saúde e construir soluções centradas nas pessoas e nos territórios (Brasil, 2022a; Giovanella, 2021).

O acesso gratuito à atenção primária está assegurado nos dois países. No Reino Unido, qualquer residente pode se registrar em uma clínica geral sem custos diretos, sendo atendido conforme a capacidade de cada unidade. Os serviços oferecidos incluem desde exames de rotina até encaminhamentos especializados, passando por ações preventivas e promoção da saúde. Apesar de variações locais, essa rede é a base do cuidado contínuo da população (Smith *et al.*, 2022).

No Brasil, os serviços da atenção básica também são gratuitos e universais, com foco no acompanhamento familiar e comunitário. O escopo das ações vai do diagnóstico precoce ao cuidado de condições crônicas, da atenção materno-infantil à vacinação, além de ações intersetoriais voltadas à melhoria das condições de vida da população. A presença capilarizada das equipes no território permite um cuidado mais próximo e sensível às especificidades locais (Giovanella, 2021).

Nos dois contextos, a pandemia acelerou mudanças na forma de prestar cuidado. No Reino Unido, o uso de tecnologias digitais ampliou a oferta de atendimentos remotos, gerando benefícios de acesso para parte da população, mas também desafios, especialmente entre idosos com menor letramento digital. A tendência atual é adotar um modelo híbrido, que combine consultas presenciais e virtuais conforme as necessidades dos pacientes (Smith *et al.*, 2022).



O Brasil também enfrentou adaptações durante o período pandêmico, com reorganização das equipes e ampliação do uso de ferramentas digitais e protocolos de cuidado. Ainda assim, manteve-se o foco na territorialização, na escuta e no acompanhamento contínuo das famílias, reconhecendo os limites estruturais que persistem no país, como a desigualdade na distribuição de profissionais e a fragilidade de infraestrutura em algumas regiões (Brasil, 2022a; Giovanella, 2021).

Ambos os sistemas enfrentam desafios para garantir a presença e fixação de profissionais em áreas menos assistidas. No Reino Unido, a escassez de clínicos gerais tem levado à adoção de políticas de incentivo e à ampliação de equipes multiprofissionais. Na Inglaterra e no País de Gales, formaram-se redes de atenção primária que compartilham recursos humanos e promovem o cuidado colaborativo em territórios definidos (Smith *et al.*, 2022).

No Brasil, há também esforço para garantir maior equidade na presença das equipes da Estratégia Saúde da Família, especialmente por meio de programas de provimento de profissionais em regiões de difícil acesso. Apesar de avanços na ampliação da cobertura e na institucionalização da atenção básica, ainda há obstáculos relacionados ao financiamento, à gestão e à valorização dos trabalhadores. O fortalecimento da atenção primária continua sendo fundamental para consolidar o SUS como sistema público, universal e resolutivo Brasil, (2022a; Giovanella, 2021).

### **Cobertura**

O Sistema Único de Saúde (SUS) e o National Health Service (NHS) apresentam semelhanças fundamentais por serem sistemas públicos universais, mas diferem em aspectos de cobertura populacional, escopo de serviços e profundidade de proteção financeira.

Quanto à amplitude, o SUS garante acesso universal e integral a todos os cidadãos brasileiros e residentes, independentemente de contribuição prévia ou situação socioeconômica, sendo um direito constitucional (Brasil, Constituição Federal, 1988; Lei nº 8.080/1990). Já o NHS assegura cobertura a residentes legais do Reino Unido, com base em necessidade clínica e sem relação com a capacidade de pagamento, garantindo elevada proteção contra riscos financeiros (UK Government, 2021e).

No entanto, diferentemente do SUS, o NHS estabelece distinções para visitantes estrangeiros, cobrando por determinados tratamentos não emergenciais e impondo barreiras para não residentes habituais, especialmente no caso da assistência à maternidade, embora haja isenções para refugiados, solicitantes de asilo e grupos vulneráveis (Wise, 2019; Campbell, 2018).

Em relação ao escopo, o SUS possui uma lista explícita e ampliada de ações e serviços que abrangem promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e vigilância sanitária e epidemiológica, regulamentada por políticas nacionais e pactos interfederativos (Ministério da Saúde, 2023). O NHS, por sua vez, não apresenta uma lista única e fechada de benefícios; sua legislação define categorias amplas e permite que conselhos regionais determinem, localmente, quais tratamentos financiar, o que pode gerar desigualdade territorial (“loteria de código postal”) em procedimentos eletivos e de alta complexidade (Mason, 2005; Fertility Fairness, 2021; Royal College of Surgeons of England, 2014).

Ambos os sistemas buscam reduzir variações injustificadas por meio de diretrizes clínicas e avaliação de custo-efetividade — no Brasil, coordenadas pelo CONITEC, e no Reino Unido, por organismos como NICE e a *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*.

Quanto à profundidade, o SUS oferece serviços gratuitos no ponto de uso, incluindo consultas, internações, cirurgias, medicamentos essenciais, exames, terapias, atenção



domiciliar e cuidados paliativos, não havendo coparticipações diretas para o usuário, embora existam custos indiretos e limitações de oferta em algumas regiões (Ministério da Saúde, 2023).

O NHS também oferece grande parte dos serviços gratuitamente no ponto de acesso, abrangendo prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, mas prevê pagamentos *out-of-pocket* para prescrição de medicamentos (na Inglaterra), serviços odontológicos, optometria e alguns tratamentos privados ou sociais, que representam cerca de 16,7% do gasto total em saúde, sendo os cuidados de longa duração 5,3% (NHS England, 2021p). Assim, embora ambos proporcionem elevada proteção financeira, o SUS é mais uniforme na gratuidade, enquanto o NHS mantém alguns pagamentos que podem impactar o acesso de populações de baixa renda.

### 4.3.3 RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUTURA

#### Médicos e enfermeiros: números e distribuição

Tanto no Reino Unido quanto no Brasil, o crescimento do número de profissionais de saúde ao longo das últimas décadas foi marcado por avanços quantitativos significativos, porém com desafios estruturais na formação, retenção e distribuição equitativa desses profissionais. No Reino Unido, o NHS contava com cerca de 144 mil profissionais em 1948, e o número de médicos hospitalares por habitante aumentou de 1,4 por 2.000 pessoas em 1949 para 5,1 em 2023. Em contrapartida, o número de clínicos gerais (GPs) permaneceu praticamente estagnado ao longo do tempo, sem acompanhar o crescimento populacional. (Nuffield Trust, 2024)

No Brasil, entre 1990 e 2024, o número de médicos mais que quadruplicou, passando de 131.278 para 576.000 profissionais, um aumento de 339%, enquanto a população cresceu 42% no mesmo período. Isso significa que o crescimento de médicos foi oito vezes superior ao da população, com uma média anual de expansão de 5%, cinco vezes maior que a taxa populacional de 1%. O crescimento mais acelerado ocorreu entre 2022 e 2023, com um incremento de 6,5%. (CFM, 2024)

Apesar do aumento expressivo na força de trabalho médica, ambos os países enfrentam problemas de formação e retenção. No NHS, a formação de enfermeiros e GPs é marcada por elevadas taxas de evasão. Apenas 3 a cada 5 estudantes de enfermagem completam o curso e ingressam no NHS, e são necessários dois postos de formação para cada GP que efetivamente se qualifica. Além disso, apenas 56% dos médicos em treinamento básico permanecem no serviço após oito anos. No Brasil, embora o número de médicos tenha aumentado consideravelmente, a expansão do ensino médico não garantiu uma distribuição equitativa dos profissionais no território nacional. (Nuffield Trust, 2024; CFM, 2024)

As disparidades regionais são um desafio crítico em ambos os contextos. No Reino Unido, Londres apresenta a maior taxa de vacâncias (11,6%), enquanto o Sudoeste possui a menor (6,7%). Além disso, regiões mais carentes da Inglaterra têm menos GPs por habitante em comparação com áreas mais ricas. Da mesma forma, no Brasil, o Sudeste concentra 51% dos médicos, com uma densidade de 3,76 médicos por mil habitantes, superando a média nacional de 2,81, enquanto o Norte possui apenas 1,73 médicos por mil habitantes. O Nordeste também está abaixo da média, com 2,22, enquanto Sul (3,27) e Centro-Oeste (3,39) apresentam indicadores superiores à média nacional. (Nuffield Trust, 2024; CFM, 2024)

Essa desigualdade se acentua quando observadas as diferenças entre capitais e cidades do interior. No Brasil, as capitais apresentam uma média de 7,03 médicos por mil habitantes, enquanto nas cidades do interior esse índice cai para 1,89. Vitória (ES) registra a maior densidade do país, com 18,68, contrastando com o interior do Amazonas, onde a razão é de apenas 0,20 médicos por mil habitantes. Esses dados evidenciam que, em ambos os países, o



**CRA-DF**

Conselho Regional de  
Administração do Distrito Federal



aumento do número de profissionais de saúde não foi acompanhado por uma política eficaz de distribuição e fixação em áreas de maior necessidade. (CFM, 2024)

Tabela 4 - Quantidade de médicos e enfermeiros (totais, por habitante) no Reino Unido e Brasil.

	UK	BRA
Total de médicos (as)	133.833	572.960
Total de enfermeiros (as)	357.628	690.917
Médicos (as) por 1.000 hab.	1,97	2,76
Enfermeiros (as) por 1000 hab.	5,28	3,32

Fonte: Nuffield Trust (para dados do Reino Unido); CFM e COFEN (para dados do Brasil), 2023.

### **Infraestrutura Hospitalar e Tecnológica**

A análise comparativa da infraestrutura hospitalar do NHS no Reino Unido e do SUS no Brasil evidencia diferenças estruturais relevantes, embora ambos os sistemas enfrentem constrangimentos semelhantes decorrentes do subfinanciamento, da desigualdade territorial e da crescente pressão assistencial. Além dos aspectos físicos, observa-se que a infraestrutura tecnológica de ambos os sistemas constitui elemento crítico para a qualidade da assistência e a sustentabilidade de longo prazo.

No contexto britânico, o relatório da British Medical Association (2024) revela um quadro de acentuada deterioração das instalações hospitalares, resultado de investimentos insuficientes ao longo de décadas. Cerca de 38% dos médicos avaliam o estado físico de seus locais de trabalho como ruim ou muito ruim, com repercussões diretas sobre a segurança de pacientes e profissionais. A insuficiência de leitos e espaços clínicos adequados não apenas amplia as listas de espera, mas também compromete o controle de infecções e dificulta a adoção de inovações tecnológicas. Entre 2016-17 e 2021-22, o número de incidentes clínicos atribuídos a falhas estruturais mais do que dobrou, evidenciando que o déficit de capital compromete simultaneamente a eficiência e a qualidade da assistência (BMA, 2024).

O Performance Tracker (2023) aprofunda esse diagnóstico ao demonstrar que a capacidade hospitalar do NHS permanece limitada, sobretudo no que se refere a leitos gerais e agudos. A redução contínua do número de leitos nas últimas décadas não foi acompanhada de uma recomposição compatível com o envelhecimento demográfico e com a maior complexidade dos casos clínicos. Esse descompasso pressiona os serviços de urgência e resulta em internações em condições precárias, como em corredores hospitalares. O relatório conclui que a sustentabilidade do sistema requer não apenas a expansão de leitos, mas também investimentos consistentes em manutenção, modernização e incorporação tecnológica, já que muitos hospitais não estão preparados para atender às demandas da saúde digital contemporânea (Institute for Government, 2023).

No Brasil, dados recentes mostram uma expansão significativa da infraestrutura do SUS, particularmente nos segmentos de média e alta complexidade. Entre 2010 e 2020, o número de unidades hospitalares cresceu de 9.164 para 14.737, o que denota incremento relevante na capacidade instalada. Contudo, a distribuição permanece desigual: em 2021, 73% das microrregiões brasileiras não atingiam a meta mínima de leitos de UTI por habitante, com déficits mais pronunciados nas regiões Norte e Nordeste. Em março de 2023, o país contava com mais de 388 mil estabelecimentos de saúde, mas os equipamentos de diagnóstico e terapia concentravam-se majoritariamente no Sudeste. Ainda assim, observa-se a predominância de leitos sob gestão pública, com aproximadamente 109 mil dos 181 mil existentes vinculados ao SUS, reforçando seu caráter universal (Agenda Mais SUS, 2023; IEPS, 2023).

Do ponto de vista tecnológico, ambos os sistemas enfrentam desafios complementares. O NHS dispõe de maior tradição em informatização, mas o relatório da BMA aponta que parte significativa das unidades de saúde do Reino Unido ainda carece de capacidade estrutural para



sustentar uma transformação digital plena, seja por problemas de conectividade, seja por limitações de espaço físico e obsolescência de equipamentos. Tal fragilidade compromete a expansão de prontuários eletrônicos integrados, a telemedicina e o uso de dados em larga escala para gestão da saúde, limitando a capacidade de resposta a crises como a pandemia de Covid-19 (BMA, 2024).

No SUS, a incorporação tecnológica ganhou destaque a partir da Estratégia de Saúde Digital 2020-2028 (ESD28), que busca ampliar o uso de prontuários eletrônicos, melhorar a conectividade das Unidades Básicas de Saúde e fortalecer serviços de telessaúde. A pandemia acelerou esse processo, demonstrando a relevância da infraestrutura digital para mitigar desigualdades territoriais e ampliar o acesso a serviços especializados. Contudo, dados de 2020 apontam que ainda havia defasagem significativa: apenas cerca de 40% dos estabelecimentos dispunham de prontuário eletrônico plenamente funcional, e as desigualdades regionais persistiam, com maior concentração de recursos digitais no Sudeste e no Sul. A telessaúde, por outro lado, mostrou-se uma ferramenta estratégica para superar barreiras de acesso em regiões remotas, sobretudo no Norte do país, mas depende de infraestrutura tecnológica e conectividade adequadas, ainda frágeis em muitas localidades (Agenda Mais SUS, 2023).

Em síntese, observa-se que, enquanto o NHS enfrenta o desafio de recompor sua capacidade instalada diante da obsolescência física e do subfinanciamento crônico, o SUS convive com um processo de expansão quantitativa ainda marcado por forte heterogeneidade regional e por limitações na infraestrutura tecnológica. No caso britânico, o investimento urgente deve priorizar a modernização das unidades hospitalares e a integração de soluções digitais que tornem o sistema mais responsivo. No caso brasileiro, o desafio reside em consolidar a infraestrutura existente, reduzir as desigualdades regionais e viabilizar a plena implementação da saúde digital como eixo estruturante do cuidado.

#### 4.3.4 DESEMPENHO DOS SISTEMAS

##### Expectativa de vida

Expectativa de vida é a média de anos que uma pessoa, ao nascer, pode esperar viver, considerando as condições de saúde e mortalidade. Ao traçar um paralelo entre diferentes grupos, a expectativa de vida comparada permite identificar desigualdades ou avanços, revelando como fatores sociais, econômicos e regionais influenciam na longevidade das populações.

Tabela 5 - Expectativa média de vida ao nascer, por sexo, no Reino Unido e no Brasil, 2022.

	UK (em anos)	BRA (em anos)
Expectativa de vida	80,9	75,5
Homens	79,0	72,0
Mulheres	82,9	79,0

Fonte: Office for National Statistics (para dados do Reino Unido); IBGE (para dados do Brasil).

##### Taxa de mortalidade infantil

A mortalidade infantil — número de óbitos de crianças menores de um ano de idade a cada mil nascidos vivos — é um indicador fundamental das condições de saúde, nutrição e acesso a serviços básicos (House of Commons, 2023). Trata-se de uma medida reconhecida internacionalmente da saúde geral de uma sociedade, além de refletir diretamente a qualidade da atenção materno-infantil e dos serviços de maternidade.

Tabela 6 - Taxa de mortalidade neo-natal e infantil, por 1000 nascidos vivos, no Reino Unido e no Brasil, 2021.

	UK	BRA
Mortalidade neo-natal	2,9	8,3



**CRA-DF**

Conselho Regional de  
Administração do Distrito Federal



(por 1.000 nascidos vivos)		
Mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)	4,0	11,9

Fonte: Nuffield Trust (para dados do Reino Unido); Revistas FT & CPAQV (para dados do Brasil).

### Cobertura Vacinal

A comparação entre o Reino Unido e o Brasil revela desafios comuns na manutenção de altas taxas de cobertura vacinal, pois ambos os países enfrentam variações regionais significativas.

Tabela 7 – Cobertura vacinal em crianças, doenças selecionadas, 2023.

	UK (2023-2024)	BRA (2023)
Hepatite B (Ao nascer)	Integrada na DTP	84,62
Meningocócica (Menores de 1 ano de idade)	91,0	81,66
Rotavírus (Menores de 1 ano de idade)	88,9	80,38
DTP (Menores de 1 ano de idade)	91,6	82,19
Hexavalente/Pentavalente (Menores de 1 ano de idade)	93,1	81,70

Fonte: GOV.UK, 2023; NHS Digital, 2025 (para dados do UK); Ministério da Saúde, 2025 (para dados do Brasil);

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a introdução, destacamos como o SUS e o NHS representam conquistas históricas que materializam a saúde como direito social fundamental. Também evidenciamos a recorrente percepção social de ineficiência no SUS, o que motivou a investigação sobre a plausibilidade de aprendizado a partir da experiência britânica. Assim, o problema de pesquisa formulado pode ser sintetizado na seguinte questão: o modelo de gestão e a aplicação do gasto público em saúde no Reino Unido apresentam elementos de eficiência que podem ser úteis ao contexto brasileiro?

Para responder a essa questão, delinearam-se os seguintes objetivos: (i) revisar a literatura acerca da trajetória histórica e institucional de ambos os sistemas; (ii) identificar convergências e divergências na estrutura e gestão dos recursos; (iii) avaliar a eficiência do NHS em comparação ao SUS; e (iv) investigar estratégias de gestão passíveis de adaptação ao Brasil.

Avaliando o percurso da pesquisa, é possível afirmar que tais objetivos foram atingidos. A revisão de literatura permitiu contextualizar a gênese dos sistemas, suas reformas e a dinâmica do financiamento público. A análise comparativa evidenciou tanto similitudes estruturais quanto diferenças substantivas na forma de alocação dos recursos. Por fim, a reflexão crítica sobre práticas de gestão apontou elementos que, se adaptados ao cenário brasileiro, podem contribuir para maior racionalidade no uso do orçamento.

Metodologicamente, a pesquisa adotou abordagem exploratória e descritiva, de natureza bibliográfica, conforme a orientação de Lakatos e Marconi (2003) e Prodanov e Freitas (2013). O levantamento de dados secundários em relatórios oficiais, literatura científica e análises institucionais foi essencial para construir um panorama comparativo sólido. A opção pelo método comparativo, destacado por Gil (2017) como adequado a estudos que envolvem



fenômenos sociais em diferentes contextos, revelou-se pertinente ao propósito do trabalho.

No que se refere aos resultados, quatro pontos podem ser considerados mais relevantes. O primeiro refere-se à constatação de que tanto o SUS quanto o NHS são sistemas de base universal e pública, mas que operam sob diferentes lógicas de financiamento: no Reino Unido, a predominância da arrecadação via impostos gerais garante maior previsibilidade orçamentária, enquanto no Brasil a dependência de múltiplas fontes e a rigidez fiscal fragilizam a sustentabilidade financeira do SUS. O segundo resultado importante foi a identificação de que, embora o NHS tenha incorporado mecanismos de eficiência — como os sistemas integrados de cuidado (Integrated Care Systems) —, o SUS possui potencial semelhante de integração, porém ainda limitado por desigualdades regionais e por fragmentações de gestão.

Um terceiro resultado diz respeito à percepção social. Enquanto no Reino Unido o NHS mantém alto grau de legitimidade pública, no Brasil o SUS enfrenta críticas persistentes, muitas vezes desvinculadas de análises técnicas de desempenho. Esse achado sugere que a comunicação institucional e a valorização social do sistema são componentes tão estratégicos quanto a gestão financeira. Por fim, o quarto resultado foi a identificação de áreas específicas em que o SUS pode se beneficiar de práticas britânicas, como a priorização de atenção primária e a maior integração entre saúde e assistência social, que no NHS estão mais consolidadas.

Esses resultados respondem de forma clara ao problema de pesquisa: sim, há elementos no modelo britânico que demonstram maior eficiência, sobretudo no planejamento integrado e no financiamento estável. No entanto, tais elementos só podem ser aplicados ao contexto brasileiro se forem consideradas as particularidades institucionais e socioeconômicas do país.

Quanto às limitações do estudo, destaca-se a dependência exclusiva de fontes secundárias, o que restringe a análise empírica de dados primários e pode introduzir vieses decorrentes da seleção das referências. Além disso, a comparação ficou circunscrita ao Brasil e Reino Unido, não incorporando outras experiências internacionais que poderiam ampliar o horizonte analítico.

Em termos de perspectivas futuras, sugere-se o aprofundamento da investigação em três frentes: (i) análises quantitativas mais detalhadas sobre a relação entre gasto e resultado em saúde; (ii) estudos de caso sobre a implementação de práticas de integração e eficiência em diferentes regiões brasileiras; e (iii) comparações ampliadas com outros sistemas universais, como o canadense e o espanhol.

Os benefícios potenciais desta pesquisa se estendem a diferentes públicos. Para a academia, o trabalho contribui com o debate metodológico sobre estudos comparativos e com o acúmulo de evidências sobre políticas públicas de saúde. Para os gestores e formuladores de políticas, os resultados oferecem subsídios práticos para a avaliação e possível adaptação de estratégias do NHS ao SUS. Para a sociedade, a pesquisa fortalece o debate público informado, ao indicar que a eficiência não depende apenas de maior volume de recursos, mas também de práticas de gestão integradas e transparentes.

## 6 REFERÊNCIAS

- ANADACIVA, S. How does the NHS compare to the health care systems of Other countries? London: The King's Fund, 2023.
- ANDERSON, P.; PITCHFORK, E.; EDWARDS, A. et al. United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition*, v. 24, n. 1, p. i–192, 2022.
- ARAÚJO, I. de S., et al. Mortalidade neonatal por causas evitáveis no Brasil no ano de 2021. *Revista FT*, 2023.
- BMA. *Brick by Brick: The case for urgent investment in safe, modern, and sustainable healthcare estates*. Londres: British Medical Association, 2024.



**CRA-DF**  
Conselho Regional de  
Administração do Distrito Federal



- BOCCATO, V. L. C. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica. *Revista da ABENO*, 2006.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 11 ago. 2025.
- BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 11 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_21\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_21_09_2017.html). Acesso em: 11 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Organização e funcionamento do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Financiamento da saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/sus>. Acesso em: 11 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)*. Disponível em: <https://conitec.gov.br/>. Acesso em: 11 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Departamento de Informática do SUS (DATASUS)*. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 ago. 2025.
- CASE, A.; KRAFMAN, L. *Health inequalities*. IFS Deaton Review of Inequalities, 2022.
- CHIORO, A.; SCAFF, A. A implantação do Sistema Único de Saúde. 2014. Disponível em: [https://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3\\_ChioroA.pdf](https://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf). Acesso em: 30 jan. 2025.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Aumento recorde no total de médicos no país pode ser cenário de risco para a assistência*. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/aumento-recorde-no-total-de-medicos-no-pais-pode-ser-cenario-de-risco-para-a-assistencia-avalia-conselho-federal-de-medicina>. Acesso em: 22 ago. 2025.
- DOLABELLA, S. S.; KATAGIRI, S.; BARBOSA, L. *Introdução a Saúde*. São Cristóvão: Universidade Federal de Sergipe, CESAD, 2011.
- FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
- GUIDINI, C. Abordagem histórica da evolução do sistema de saúde brasileiro: conquistas e desafios. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal de Santa Maria, CESNORS, Santa Maria, 2012.
- GS1 UK; NHS ENGLAND. *Scan4Safety: push for point-of-care scanning expanded to four nations*. Londres, 2024. Disponível em: <https://www.gs1uk.org/insights/press-releases/NHS-England-reinforces-drive-for-point-of-care-scanning-with-launch-of-new-Scan4Safety-website>. Acesso em: 15 ago. 2025.
- IDEALSOFTWARES. *Índices econômicos: dólar 2022*. Disponível



**CRA-DF**

Conselho Regional de  
Administração do Distrito Federal



em: <https://idealsofwares.com.br/indices/dolar2022.html>. Acesso em: 22 ago. 2025.

INSTITUTE FOR GOVERNMENT. *Performance Tracker 2023: Hospitals*. Londres: IfG, 2023.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE. *Agenda Mais SUS – Evidências, Volume 2: Recursos Humanos, Infraestrutura e Tecnologia do SUS*. São Paulo: IEPS, 2023.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE. *Relatório Técnico nº 15: Infraestrutura em Saúde*. São Paulo: IEPS, 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Em 2022 expectativa de vida era de 75,5 anos*. Agência de Notícias, 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/38455-em-2022-expectativa-de-vida-era-de-75-5-anos>. Acesso em: 22 ago. 2025.

KRIEGE, C. S. Sistema Único de Saúde (SUS) e National Health System (NHS): uma análise comparativa das potencialidades e fragilidades das ações voltadas a saúde coletiva. *Revista Científica Multidisciplinar o Saber*, v.3, 2023.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Fundamentos de metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do sistema único de saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, jan.-mar. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). *Cobertura vacinal – calendário nacional*. Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI\\_DEMAS\\_VACINACAO\\_CALENDARIO\\_NACIONAL\\_COBERTURA\\_RESIDENCIA/SEIDIGI\\_DEMAS\\_VACINACAO\\_CALENDARIO\\_NACIONAL\\_COBERTURA\\_RESIDENCIA.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.html). Acesso em: 22 ago. 2025.

MUNFORD, L. et al. *Health Equity North: 2023*. Health Equity North, 2023.

NICOLETTI, M. A.; FARIA, T. de M. Análise comparativa dos sistemas de saúde brasileiro e britânico na atenção básica. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

NUFFIELD TRUST. *Infant and neonatal mortality*. Disponível em: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/infant-and-neonatal-mortality>. Acesso em: 22 ago. 2025.

NUFFIELD TRUST. *The NHS workforce in numbers*. Disponível em: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/the-nhs-workforce-in-numbers>. Acesso em: 22 ago. 2025.

NHS ENGLAND. *NHS Supply Chain – About Us*. Londres, 2025a. Disponível em: <https://www.supplychain.nhs.uk/about-us/>. Acesso em: 15 ago. 2025.

NHS ENGLAND. *NHS Premises Assurance Model (PAM)*. Londres, 2025b. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/publication/nhs-premises-assurance-model/>. Acesso em: 15 ago. 2025.

NHS ENGLAND. *Agenda for Change – pay rates*. Londres, 2025c. Disponível em: <https://www.nhsemployers.org/pay-pensions-and-reward/agenda-for-change/pay-scales>. Acesso em: 15 ago. 2025.

NHS ENGLAND. *Electronic Staff Record (ESR)*. Londres, 2025d. Disponível em: <https://www.esr.nhs.uk/>. Acesso em: 15 ago. 2025.

NHS SCOTLAND. *Procurement Strategy 2024–2028*. Edimburgo, 2025a. Disponível em: <https://www.nss.nhs.scot/news/nhsscotland-unveils-new-procurement-strategy-2024-2028/>.



Acesso em: 15 ago. 2025.

NHS SCOTLAND. *eESS (electronic Employee Self-Service System)*. Glasgow, 2025b.

Disponível em: <https://www.nhsggc.scot/staff-recruitment/hrconnect/about-eess/>. Acesso em: 15 ago. 2025.

NWSSP. *Supply Chain – with Automatic Data Capture devices*. País de Gales, 2025a.

Disponível em: <https://nwssp.nhs.wales/ourservices/procurement-services/about-procurement-services/who-we-are-currently-under-review/supply-chain/>. Acesso em: 15 ago. 2025.

NWSSP. *eAteb – Digital People Systems Support in Wales*. País de Gales, 2025b. Disponível em: <https://nwssp.nhs.wales/ourservices/digital-workforce/eateb/>. Acesso em: 15 ago. 2025.

OECD. *Health at a Glance: Europe 2023. State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing, 2023.

OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS – ONS. *UK health accounts: 2022 and 2023*.

Disponível em:

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/bulletins/ukhealthaccounts/2022and2023>. Acesso em: 22 ago. 2025.

PASCHOALOTTO, M. A. C. et al. Regionalização da saúde no Brasil: desigualdades socioeconômicas e na performance em saúde. *Gestão & Regionalidade*, v. 38, n. 113, p. 313-327, jan./abr. 2022.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

REINO UNIDO. Parlamento. *Infant mortality in England*. London: House of Commons

Library, 2023. Disponível em: <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-9904/CBP-9904.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2025.

ROQUE & LIMA; OLIVEIRA; PAGOTTO. *Promoção da saúde em comunidades rurais*. 1. ed. Goiânia: CEGRAF/UFG, 2020.

UK HEALTH SECURITY AGENCY. *Quarterly vaccination coverage statistics for children aged up to 5 years in the UK (COVER Programme, Jan–Mar 2023)*. Londres, 2023.

Disponível em: <https://www.gov.uk/government/statistics/cover-of-vaccination-evaluated-rapidly-cover-programme-2022-to-2023-quarterly-data/quarterly-vaccination-coverage-statistics-for-children-aged-up-to-5-years-in-the-uk-cover-programme-january-to-march-2023>. Acesso em: 22 ago. 2025.

WHO. *Global Health Expenditure Database*. Disponível em:

<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>. Acesso em: 22 ago. 2025.

WORLD BANK. *Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)*. Disponível em:

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=BR-GB>. Acesso em: 22 ago. 2025.