DESAFIOS SOCIAIS E POLÍTICOS DO MODELO SANITARISTA NO BRASIL: IMPACTOS E LIMITAÇÕES NA GESTÃO MUNICIPAL

SOCIAL AND POLITICAL CHALLENGES OF THE SANITARIST MODEL IN BRAZIL: IMPACTS AND LIMITATIONS ON MUNICIPAL MANAGEMENT

Alessandro Martins Ribeiro[1], Wylnara dos Santos Braga[2], Ronny Batista de Souza[3]

RESUMO

Introdução: No Brasil, o modelo sanitarista foi adotado como forma promoção e prevenção de saúde para os municípios, imbricados num modelo panorâmico que atenda a demandas em saúde baseado em sua realidade regional. **Objetivos**: Este estudo investigou os desafios sociais e políticos que o modelo sanitarista enfrenta no Brasil, com foco na gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS). **Metodologia**: A pesquisa utilizou uma análise sistemática, empregando o Sistema GRADE, para identificar obstáculos à gestão municipal e propor soluções que fortaleçam sua eficácia. **Resultados**: Embora campanhas de saúde pública tenham sido históricas no controle de epidemias, o modelo atual revela limitações, incluindo a falta de integração entre programas de saúde, uma administração verticalizada e conflitos operacionais. Essas questões comprometem a descentralização e a integralidade dos serviços de saúde, resultando em altos custos e desorganização durante campanhas. **Conclusão**: Por fim, destaca-se a necessidade urgente de articulação entre os diferentes níveis de governo e a importância da capacitação dos gestores municipais para superar esses desafios e garantir um sistema de saúde mais eficiente e equitativo.

Palavras-chave: Governança. Participação Cidadã. Sistema Único de Saúde (SUS). Descentralização. Integração dos Serviços.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, the sanitary model was adopted as a form of health promotion and prevention for municipalities, embedded in a panoramic model that meets health demands based on their regional reality. **Objectives**: This study investigates the social and political challenges facing the sanitarist model in Brazil, with a focus on municipal management of the Unified Health System (SUS). **Methodology**: The research uses systematic analysis, employing the GRADE System, to identify obstacles to municipal management and propose solutions to strengthen its effectiveness. **Results**: Although public health campaigns have been historic in controlling epidemics, the current model reveals limitations, including a lack of integration between health programs, verticalized administration and operational conflicts. These issues compromise the decentralization and comprehensiveness of health services, resulting in high costs and disorganization during campaigns. **Conclusion**: Finally, it highlights the urgent need for coordination between the different levels of government and the importance of training municipal managers to overcome these challenges and ensure a more efficient and equitable health system.

Keywords: Governance. Citizen Participation. Unified Health System (SUS). Decentralization. Integration of Services.

[1] Biomédico em Saúde Pública; Mestre em Ciências da Saúde (UFVJM); Doutorando em Saúde Coletiva (Gestão, Políticas e Programas em Saúde) - UFBA IMS/CAT. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-9065-4678. E-mail: alessandro.martins@ufvjm.edu.br

[2] Assistente Social; Mestra em Educação (University do Minho, Braga); Doutoranda em Saúde Coletiva (Gestão, Políticas e Programas em Saúde) - UFBA IMS/CAT. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0001-9490-1595. E-mail: wylnara@gmail.com

[3] Assistente Social; Mestre em Ciências e Saúde (UFPI); Doutorando em Saúde Coletiva (Epidemiologia) - UFBA IMS/CAT. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0001-8549-4465. E-mail: ronnyrbds@hotmail.com

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição CreativeCommons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a história da saúde pública é marcada por diferentes modelos de abordagem ao longo do tempo. Na década de 1930, por exemplo, o modelo sanitarista ganhou destaque com a atuação de sanitaristas e técnicos que organizaram campanhas para combater epidemias como febre amarela, varíola e peste bubônica. Essas campanhas não apenas visavam controlar surtos, mas também estabelecer políticas públicas de saúde que integrassem ações de prevenção e controle de doenças (Costa *et al*., 2010; Escorel; Teixeira, 2012).

A evolução desse modelo sanitarista adotado no país se apoia em uma visão de saúde pública integral e participativa, revela-se essencial para a promoção da saúde em comunidades de alta vulnerabilidade social. No entanto, as condições políticas e a fragmentação dos recursos entre os diferentes níveis de governo dificultam a integração efetiva das políticas sanitárias municipais com as diretrizes estabelecidas em nível federal. Para muitos gestores municipais, a pressão para equilibrar demandas de saúde locais com os limites impostos pela dependência de repasses estaduais e federais resulta em uma gestão limitada e, muitas vezes, insuficiente. O cenário se torna ainda mais desafiador quando se considera a escassez de profissionais especializados e de recursos tecnológicos, fatores que prejudicam a capacidade de resposta dos municípios (Iturri, 2013).

Diante desse contexto, a realização de estudos que abordem os desafios sociais e políticos enfrentados pelo modelo sanitarista no âmbito dos governos municipais mostra-se crucial. A crescente pressão sobre os serviços de saúde pública reforça a necessidade de aprimorar o entendimento dos entraves e das fragilidades que comprometem a atuação dos municípios. Além disso, as mudanças recentes no cenário político e econômico brasileiro têm impactado diretamente a gestão do SUS, exigindo dos gestores municipais novas estratégias para sustentar a eficácia dos serviços oferecidos (Paim; Teixeira, 2006). A análise sistemática de desafios e de possíveis alternativas para superar essas barreiras é um passo essencial para subsidiar ações mais assertivas e integradas nos municípios.

Oswaldo Cruz, uma figura central desse movimento, implementou medidas inovadoras baseadas na teoria de que a febre amarela era transmitida por mosquitos, desafiando as crenças predominantes da época que atribuíam a transmissão à contaminação por contato humano. Ele criou brigadas sanitárias que atuavam na eliminação de focos do mosquito *Aedes aegypti*, levando a uma significativa redução dos casos de febre amarela no Rio de Janeiro (Costa *et al*., 2010).

As campanhas sanitárias também enfrentaram resistência popular, especialmente durante a implementação da vacinação obrigatória contra a varíola em 1904. Essa medida gerou a Revolta da Vacina, um episódio emblemático que evidenciou o conflito entre as políticas sanitárias e as percepções da população sobre saúde e liberdade individual. Apesar das tensões, essas iniciativas foram fundamentais para moldar a saúde pública no Brasil e estabelecer um modelo que buscava integrar ciência e políticas públicas em resposta

às crises sanitárias (Escorel; Teixeira, 2012). Assim, o modelo sanitarista se consolidou como um componente essencial na construção das políticas de saúde no Brasil, refletindo uma abordagem proativa diante das epidemias e um compromisso com a saúde coletiva (Paim, 2003).

Os modelos de atenção à saúde, especialmente o modelo sanitarista/campanhista, definem meios para sustentar tecnologias que foram criadas para minimizar e erradicar agentes, vetores e doenças do ponto de vista tecnicista (Iturri, 2013). A proposta do Centro de Saúde, difundida pela Fundação Rockefeller, foi crucial para expandir os serviços de saúde pública no Brasil. A iniciativa focou em combater doenças endêmicas e promover práticas de saúde preventiva, como puericultura e pré-natal. O apoio da Fundação Rockefeller permitiu o desenvolvimento de programas que visavam melhorar as condições sanitárias e a saúde da população (Costa; Carneiro-Leão, 2021).

Além das campanhas contra epidemias, o modelo de saúde pública também englobava atividades preventivas que incluíam vacinação em massa e educação em saúde. O foco na prevenção foi um marco importante que ajudou a moldar as políticas de saúde pública no Brasil ao longo do século XX (Fernandes; Chagas; Souza, 2011). Essas iniciativas foram fundamentais para estabelecer um sistema de saúde mais estruturado e integrado no Brasil, refletindo uma evolução nas abordagens de saúde coletiva e individual ao longo do tempo.

Apesar da importância que foi o estabelecimento desse modelo eficaz de saúde, as campanhas se utilizavam de instrumentos como folhetos, livros, cartazes e material audiovisual para difundir preceitos sobre saúde e doença, incluindo a importância da vacinação. No entanto, havia críticas sobre o foco na propaganda em detrimento de conteúdo educativo, especialmente em um país com altos índices de analfabetismo na época (Fernandes; Chagas; Souza, 2011).

As campanhas sanitárias do início do século XX no Brasil utilizaram diversas tecnologias e métodos para enfrentar as epidemias e promover a saúde pública, como vacinas, inseticidas e saneamentos, materiais de comunicação, conferência e educação sanitária e métodos de vigilância epidemiológica (Teixeira, 1989; Fernandes; Chagas; Souza, 2011).

A vacinação foi uma das tecnologias mais significativas utilizadas nas campanhas sanitárias. A introdução de vacinas eficazes, como a da varíola, foi crucial para o controle de doenças transmissíveis. O Instituto Soroterápico Federal, precursor da Fiocruz, foi criado para produzir vacinas localmente, reduzindo a dependência de importações e aumentando a capacidade de resposta às epidemias (Teixeira,1989; Escorel; Teixeira, 2012).

O uso de inseticidas com poder residual foi uma inovação importante nas campanhas de combate a vetores, como mosquitos. Essas substâncias ajudaram a controlar a propagação da febre amarela e outras doenças transmitidas por insetos. Além disso, houve um foco significativo na melhoria do saneamento básico, com investimentos em infraestrutura para fornecer água potável e tratamento de esgoto, o que contribuiu para a redução das infecções gastrointestinais (Brasil, 2001).

As campanhas sanitárias também empregaram materiais impressos como folhetos, cartazes e livros para disseminar informações sobre saúde e prevenção. Esses materiais eram utilizados para educar a população sobre práticas higiênicas e a importância da vacinação. Apesar de sua relevância, havia críticas sobre a eficácia desses materiais em um país com altos índices de analfabetismo (Fernandes; Chagas; Souza, 2011).

Os inspetores sanitários eram responsáveis por realizar conferências educativas nas comunidades, promovendo a conscientização sobre saúde pública. Essa abordagem visava não apenas informar, mas também engajar a população na adoção de práticas saudáveis (Costa; Carneiro-Leão, 2021).

A implementação de sistemas de vigilância epidemiológica permitiu o monitoramento eficaz das epidemias e o direcionamento das ações sanitárias. Esses métodos incluíam o mapeamento das áreas afetadas e o rastreamento dos casos de doenças transmissíveis (Fielding, 1999; Paim; Teixeira, 2006).

O modelo "sanitarista" corresponde à Saúde Pública institucionalizada no Brasil durante o século XX, que tem enfrentado os problemas de saúde da população mediante campanhas (vacinação, combate às epidemias, reidratação oral etc.) e programas especiais (controle de tuberculose e da hanseníase, saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental etc). Usualmente essas formas de intervenção não contemplam a totalidade da situação de saúde, isto é, concentram sua atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer. Deixam de se preocupar com os determinantes mais gerais da situação sanitária. Consequentemente, configuram um modelo assistencial que não enfatiza a integralidade da atenção e não estimula a descentralização na organização dos serviços (Zara *et al*., 2016).

As campanhas de Saúde Pública têm um caráter geralmente temporário, requerem uma grande mobilização de recursos e dispõem de uma administração centralizada. Muitas vezes aparentam uma operação militar visando ao combate de uma epidemia (cólera, dengue etc.), ao controle de determinado agravo à saúde (acidente de trabalho) ou ao esclarecimento e à informação da comunidade pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Como um trabalho de bombeiro, tentando sempre "apagar incêndios". As campanhas têm sido consideradas “um mal necessário” para enfrentar problemas de saúde que a rede de serviços não conseguiu resolver através das suas atividades usuais. E o caso, por exemplo, das campanhas de vacinação (pólio, sarampo etc.) e do controle da dengue ou da meningite. Criam problemas na organização e na administração dos serviços de saúde, pois desestruturam certas atividades de rotina nos períodos que antecedem e sucedem a sua realização, além de apresentarem altos custos (Nascimento, 2011).

Os programas especiais de saúde pública dispõem geralmente de uma administração única e vertical, de modo que atravessam instituições, estabelecimentos e serviços de saúde de forma individualizada e desintegrada (Paim, 2003). Detêm um conjunto de recursos (humanos, materiais e financeiros) e de atividades visando a objetivos bem definidos. Apresentam um caráter mais permanente que as campanhas, mas, quando geridos verticalmente, propiciam conflitos na ponta do sistema (centros de saúde, hospitais e

laboratórios) pelas dificuldades de integração com outras atividades dos serviços de saúde. Assim, existem programas de controle de tuberculose ou de saúde da criança e da mulher que muitas vezes não interagem com os programas e campanhas de imunização e com as atividades de vigilância epidemiológica (Lotufo; Miranda, 2007).

Muitos desses programas são substitutos de campanhas que se prolongaram, enquanto outros constituem respostas pontuais a certas mudanças do perfil epidemiológico. O seu vínculo institucional tem origem basicamente no Ministério da Saúde, passando por metamorfoses institucionais (Campanha de Erradicação da Malária, Departamento Nacional de Endemias Rurais, Fundação SESP Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, Fundação Nacional de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde etc.) e sendo reproduzidos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde (Santos, 1998; Antunes, 2015).

A literatura recente de 2019 a 2024 aponta que uma das grandes limitações para o fortalecimento do SUS em nível municipal está na dificuldade de articulação entre as políticas locais e o financiamento federal. A variação dos recursos financeiros disponíveis, somada à pouca autonomia dos municípios para implementar políticas adaptadas às realidades locais, evidencia um cenário de dependência e de limitações estruturais que impacta diretamente a qualidade e o alcance dos serviços de saúde. Além disso, os aspectos políticos, como interesses partidários e disputas locais, interferem na continuidade e na consistência das políticas de saúde, gerando inconstâncias na gestão e no atendimento às necessidades da população (Beltrammi; Chioro; Ademar, 2019; Pereira; Alves, 2021).

Assim, este estudo tem como objetivo identificar e analisar os principais desafios sociais e políticos enfrentados pelo modelo sanitarista na atuação dos governos municipais. A partir dessa análise, busca-se compreender os fatores que limitam a eficácia das ações municipais dentro do SUS e propor caminhos que possam aprimorar a atuação dos gestores locais. Ao investigar as complexidades do modelo sanitarista e as barreiras à sua implementação no contexto municipal, espera-se contribuir para o desenvolvimento de políticas mais alinhadas às necessidades e particularidades dos municípios, fortalecendo o SUS como um todo.

METODOLOGIA

Este estudo adotou uma abordagem de revisão sistemática da literatura, seguindo as diretrizes do Sistema GRADE e o Manual de Diretrizes para Revisões Sistemáticas. A coleta de dados foi realizada nas bases MEDLINE, Embase, CENTRAL e LILACS, considerando publicações entre 2019 e 2024. A estratégia de busca foi baseada na pergunta PICO, com foco nos desafios do modelo sanitarista em governos municipais brasileiros, utilizando estudos de (Iturri, 2013; Beltrammi; Chioro; Ademar, 2019; Pereira; Alves, 2021).

Foi elaborada a pergunta-pico utilizando-se os descritores da plataforma Prospero, considerando os aspectos estratégicos “desafios sociais e políticos”, “políticas públicas sanitárias”, contextos municipais” e “propostas de melhoria municipal”.

Onde, P: Quais os desafios sociais e políticos enfrentados pelo modelo sanitarista frente aos governos municipais? I: Adoção e implementação de políticas públicas sanitárias. C: Comparação entre diferentes contextos municipais (pequenos, médios e grandes municípios). O: Identificação dos desafios e propostas de melhoria na atuação municipal.

Foi delineado esse instrumento metodológico baseado nos estudos de Guyatt *et al*. (2008), ao estabelecer o desenvolvimento e disseminação do Sistema GRADE, incluíram-se publicações em revistas de alto impacto sobre a avaliação da evidência em saúde, corroborando com o percurso metodológico sistemático de estudos de implementação, avaliação e *overview*.

Tabela 1 - Número de artigos identificados, triados, selecionados

Títulos de Estudo	**Revisão Sistemática da Literatura**
Triagem de Títulos e Resumos	Foram encontrados **56 artigos na literatura**, e, na sequência, se realizou a triagem de títulos e resumos, reunindo os artigos filtrados pela leitura inicial dos títulos e resumos, sendo excluídos aqueles que não estavam nas bases de dados listadas ou que não abordavam diretamente o tema proposto.
Elegibilidade do Estudo	Foram lidos na íntegra **44 artigos** selecionados que, na extração de dados detalhada, se mostraram elegíveis, apresentando contextos de estudos envolvendo **(municípios, estados, países)** e resultados relacionados ao impacto e aos desafios do modelo sanitarista. Foram **excluídos 12 artigos**.
Análise de Dados	Foi estabelecida por meio de **síntese de conteúdo**, a partir da avaliabilidade da estratégia, que elaborou e contribuiu para encontrar **sínteses relevantes** para um problema e a resposta no compilado dos resultados dos artigos. Desses, **18 estudos** elaboraram as sínteses da **pergunta PICO e estão no quadro da Quadro 1.**

Fonte: Elaborado pelos Autores (2024)

O estudo foi elaborado por meio da triagem de títulos e resumos e reuniu os artigos filtrados pela leitura inicial dos títulos e resumos, sendo excluídos aqueles que não estavam nas bases de dados listadas ou que não abordavam diretamente o tema proposto.

Na sequência, dois investigadores examinaram, de forma independente, o título e o resumo de todos os itens. Os dois investigadores leram todos os itens selecionados na íntegra e acompanharam as referências para inclusão final, observando a elegibilidade dos textos selecionados, que foram lidos na íntegra para verificar sua relevância e aderência à questão de pesquisa. Posteriormente, procedeu-se à extração de dados por meio de análise detalhada dos artigos elegíveis, com foco nos métodos empregados (revisões sistemáticas, estudos de caso-controle, etc.), contexto de estudo (municípios, estados, países), e resultados relacionados ao impacto e aos desafios do modelo sanitarista.

A análise foi estabelecida por meio de síntese de conteúdo, a partir da avaliabilidade da estratégia que contribuiu para encontrar sínteses relevantes para um problema e a resposta no compilado dos resultados dos artigos. O uso do diagrama de Pareto se tornou necessário em função da descrição dos motivos da indagação “Quais são os desafios sociais e políticos enfrentados pelo modelo sanitarista frente aos governos municipais?”, além do quadro síntese com os elementos metodológicos propostos que envolveria a investigação que identificaria os principais entraves e propor caminhos para uma atuação municipal mais eficaz dentro do SUS.

RESULTADOS

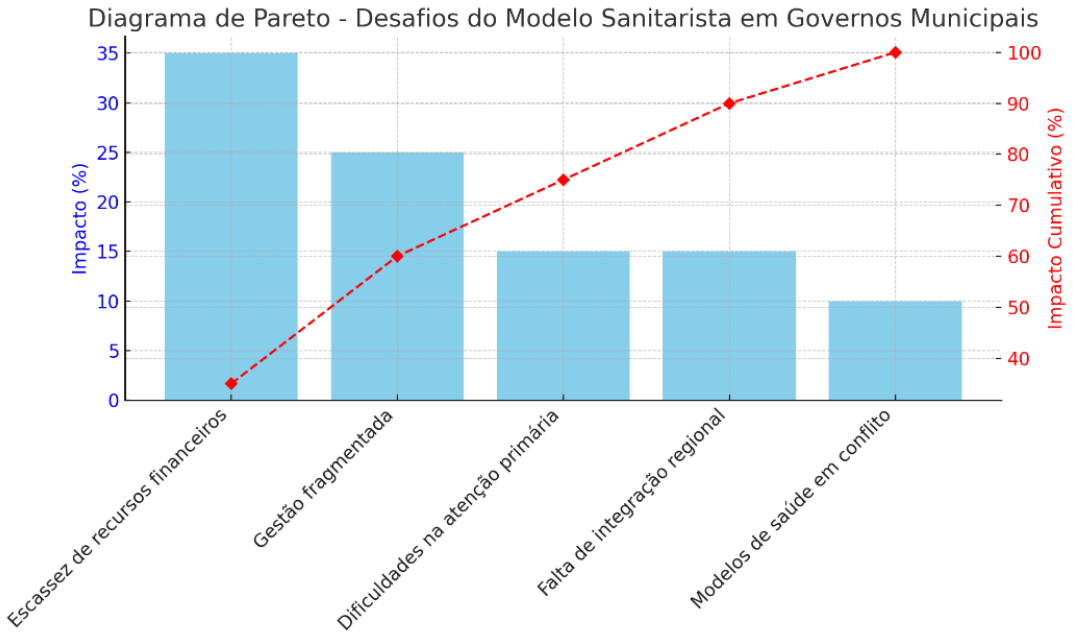
A revisão sistemática revelou que um dos principais desafios enfrentados pelos governos municipais no modelo sanitarista é a escassez de recursos financeiros e humanos. A falta de financiamento adequado e a carência de profissionais capacitados afetam diretamente a qualidade dos serviços de saúde, especialmente em municípios de pequeno porte e áreas rurais. Segundo Santos (2020), esses municípios enfrentam limitações severas na alocação de verbas e na contratação de profissionais, o que prejudica a efetivação de políticas públicas sanitárias e a garantia de acesso à saúde universal e equitativa. Após a triagem e leitura dos estudos, foram selecionados 44 artigos que atendiam aos critérios de inclusão.

Outros desafios observados foram a gestão fragmentada e a ineficácia da regionalização. Para Santos e Assis (2017), a implementação de políticas de saúde é frequentemente prejudicada pela falta de coordenação entre os diferentes níveis de governo, resultando em sobreposições e falhas na execução. Isso é particularmente problemático em regiões remotas, onde a regionalização da saúde deveria promover maior integração. No entanto, na prática, há desafios logísticos e operacionais que agravam a exclusão social e dificultam o acesso aos serviços de saúde. Além disso, Giovanella (2021) ressalta as dificuldades na atenção primária, especialmente em áreas vulneráveis, onde a falta de articulação entre os serviços de saúde e as demais políticas sociais enfraquecem o papel da atenção básica no SUS.

Por fim, Chigres (2022) argumenta que há uma coexistência de modelos de saúde conflitantes, o que gera tensões na gestão municipal e compromete a eficiência das políticas sanitaristas. A presença de diferentes abordagens e modelos de atenção dificulta a consolidação de uma estratégia coerente e unificada para a saúde pública, criando obstáculos adicionais para a gestão local. A aplicação do Diagrama de Pareto revelou que aproximadamente 80% dos desafios enfrentados pelos municípios estão relacionados a problemas estruturais e financeiros, que, se resolvidos, poderiam melhorar significativamente a eficiência do modelo sanitarista nos municípios brasileiros

O Diagrama de Pareto representa os desafios do modelo sanitarista enfrentados pelos governos municipais. A figura 1 ilustra os principais fatores que impactam a implementação do modelo sanitarista.

Figura 1 - Desafios do Modelo Sanitarista em Governos Municipais



Fonte: Próprios autores (2024)

Quadro 1 - Síntese dos principais elementos utilizados na revisão sistemática.

Autor	Título	Objetivo do Estudo	Método	Cenário	Desfechos Principais	Resultados e Conclusões
Santos (2020)	Escassez de Recursos no SUS Municipal	Analisar a carência de recursos em municípios de pequeno porte	Estudo de caso	Municípios rurais no Brasil	Escassez de recursos financeiros e humanos	Os pequenos municípios enfrentam sérias dificuldades em manter a estrutura de saúde, afetando o atendimento
Chigres (2022)	Modelos de Sistemas de Saúde: Desafios e Perspectivas	Comparar diferentes modelos de saúde adotados pelos municípios	Revisão sistemática	Municípios brasileiros de diversas regiões	Conflito entre diferentes modelos de atenção	A coexistência de múltiplos modelos aumenta a ineficiência na gestão municipal
Santos (2021)	Regionalização da Saúde em Municípios Rurais	Avaliar a regionalização da saúde em áreas remotas	Estudo comparativo	Municípios rurais remotos	Falta de integração entre municípios e regiões	A regionalização é ineficaz em áreas rurais, criando barreiras adicionais ao acesso à saúde
Giovanella (2021)	Política Nacional de Atenção Primária: Limitações	Avaliar as limitações da Atenção Primária no Brasil	Revisão integrativa	Municípios vulneráveis no Brasil	Dificuldades na integração entre os serviços de saúde e outras políticas sociais	A ausência de articulação entre as redes de saúde e sociais enfraquece a atenção primária
Silva, Cavalcante, Oliveira (2019)	Desafios de Gestão no SUS Municipal	Analisar os obstáculos de gestão enfrentados pelos municípios	Estudo qualitativo	Municípios do Sudeste	Falta de capacitação dos gestores e financiamento insuficiente	O financiamento inadequado e a baixa qualificação dos gestores são as principais barreiras à implementação eficiente do SUS
Souza e Reis (2020)	Financiamento da Saúde Municipal: Perspectivas	Explorar os desafios de financiamento na gestão municipal	Revisão sistemática	Municípios do Norte	Escassez de recursos e má distribuição de verbas	A falta de planejamento financeiro e a centralização das decisões financeiras prejudicam a autonomia dos municípios

Mendes e Oliveira (2019)	Capacitação de Profissionais de Saúde no SUS	Avaliar a capacitação dos profissionais de saúde municipais	Estudo transversal	Municípios do Centro-Oeste	Falta de treinamento e qualificação profissional	A capacitação insuficiente dos profissionais de saúde compromete a qualidade dos serviços oferecidos
Silva *et al*. (2020)	A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde	Explorar os impactos da descentralização na gestão municipal	Estudo de caso	Municípios de médio porte	Dificuldades de coordenação entre esferas governamentais	A descentralização incompleta gera fragmentação na gestão e aumenta os desafios operacionais nos municípios
Costa e Almeida (2021)	Governança Municipal e Eficiência no SUS	Avaliar os mecanismos de governança em municípios de pequeno porte	Estudo comparativo	Municípios rurais e urbanos	Falta de instrumentos de governança eficiente	A ausência de ferramentas de gestão e controle prejudica a eficiência da governança nos municípios
Pereira *et al.* (2021)	Desafios de Infraestrutura no SUS Municipal	Analisar os desafios de infraestrutura em municípios do Norte	Estudo qualitativo	Municípios da Região Norte	Infraestrutura precária e falta de equipamentos	Municípios enfrentam barreiras significativas relacionadas à infraestrutura, especialmente em áreas rurais
Lima e Araújo (2022)	O Papel do Município na Política de Saúde	Avaliar a função dos municípios na implementação da política de saúde	Revisão integrativa	Municípios brasileiros	Falta de coordenação intergovernamental	A fraca coordenação entre as esferas federal, estadual e municipal compromete a eficácia das políticas de saúde
Amaral *et al.* (2020)	Integração dos Serviços de Saúde no Âmbito Municipal	Avaliar a integração dos serviços de saúde em municípios de grande porte	Estudo transversal	Municípios do Sul	Falta de integração entre atenção primária e especializada	A integração inadequada entre os níveis de atenção prejudica o acesso e a continuidade dos cuidados
Barros e Silva (2019)	Planejamento e Gestão em Saúde Municipal	Analisar as práticas de planejamento na gestão municipal	Estudo qualitativo	Municípios do Nordeste	Falta de planejamento estratégico e visão de longo prazo	O planejamento municipal é falho, com pouco foco em sustentabilidade e eficiência das políticas de saúde

Linhares, Santos, Santos (2024)	Desafios e oportunidades da governança em saúde: um estudo de caso em um município de pequeno porte	Explorar a governança em consórcios intermunicipais de saúde	Estudo de caso	Municípios consorciados	Dificuldades na articulação e gestão compartilhada	Os consórcios enfrentam desafios de governança, com falta de clareza nas responsabilidades compartilhadas
Ferreira e Santos (2021)	Gestão de Recursos Humanos no SUS Municipal	Avaliar a gestão de recursos humanos na saúde pública municipal	Estudo transversal	Municípios do Sudeste	Falta de gestão eficaz de recursos humanos	A má gestão de recursos humanos contribui para a alta rotatividade de profissionais e a precarização dos serviços de saúde
Batista e Souza (2021)	Políticas de Saúde e Vulnerabilidade Social	Analisar a relação entre políticas de saúde e vulnerabilidade social	Estudo de caso	Municípios periféricos	Dificuldade de adaptação das políticas de saúde às realidades locais	As políticas de saúde falham em abordar as especificidades das comunidades vulneráveis, resultando em baixa cobertura e efetividade
Oliveira e Costa (2019)	Estratégias de Atenção Básica em Municípios do Sul	Avaliar as estratégias de atenção básica em pequenos municípios	Estudo qualitativo	Municípios do Sul	Falta de infraestrutura e baixa cobertura de programas de saúde básica	A atenção básica não é eficiente em pequenos municípios, agravando as disparidades regionais na saúde
Rocha e Silva (2022)	Tecnologias na Gestão da Saúde Municipal	Avaliar o uso de tecnologias na gestão da saúde em municípios	Estudo comparativo	Municípios de médio porte	Falta de investimento em tecnologia e inovação	A ausência de tecnologia eficiente dificulta a gestão e a prestação de serviços de saúde municipais

Fonte: Próprios autores (2024)

DISCUSSÃO

Os desafios enfrentados pelo modelo sanitarista no Brasil são complexos e multifacetados, refletindo uma combinação de fatores que impactam diretamente a eficácia das políticas de saúde pública. O presente estudo revelou que 35% do impacto total decorre da escassez de recursos financeiros, 25% estão relacionados à gestão fragmentada, 15% resultam de dificuldades na atenção primária, 15% devem-se à falta de integração regional e 10% referem-se a conflitos entre modelos de saúde.

A escassez de recursos financeiros é um dos principais obstáculos à implementação eficaz do modelo sanitarista. Com um financiamento insuficiente, os governos municipais enfrentam dificuldades para oferecer serviços adequados e garantir a qualidade do atendimento à população. Essa limitação orçamentária torna-se ainda mais crítica em um contexto em que as demandas por serviços de saúde aumentam constantemente, exacerbadas por crises econômicas e sociais (Vieira, 2020).

A gestão fragmentada representa outro desafio significativo, correspondendo a 25% do impacto observado. A falta de articulação entre diferentes níveis de governo e setores da sociedade resulta em políticas públicas desconexas e ineficazes. Essa fragmentação dificulta a implementação de estratégias integradas que poderiam otimizar o uso dos recursos disponíveis e melhorar a coordenação dos serviços de saúde (Beltrammi; Chioro; Ademar, 2019).

As dificuldades na atenção primária, que representam 15% do impacto total, refletem problemas estruturais e operacionais que comprometem o acesso e a qualidade dos serviços. A atenção primária é fundamental para a prevenção e o tratamento precoce de doenças, mas enfrenta desafios como a falta de profissionais qualificados, infraestrutura inadequada e resistência da população em buscar esses serviços (Pimentel *et al*., 2023).

A falta de integração regional também é um fator crítico, contribuindo com 15% para os desafios do modelo sanitarista. A ausência de colaboração entre municípios vizinhos impede a criação de redes de atenção à saúde que poderiam facilitar o acesso e melhorar a continuidade do cuidado. A regionalização é uma estratégia importante para otimizar recursos e garantir que as necessidades locais sejam atendidas de forma mais eficaz (Kianzad, 2024).

Os conflitos entre diferentes modelos de saúde, que representam 10% do impacto total, refletem as tensões entre abordagens tradicionais e inovadoras na gestão da saúde pública. Esses conflitos podem levar a uma falta de consenso sobre as melhores práticas e estratégias a serem adotadas, dificultando a implementação de políticas coerentes e eficazes (Gomes; Orfão, 2021).

Posteriormente, ao analisarmos o quadro apresentado, evidencia-se que a escassez de recursos financeiros e humanos é uma questão crítica que limita a capacidade dos municípios em implementar serviços de saúde de qualidade. Essa falta de investimento é especialmente pronunciada em áreas rurais e em municípios menores, onde a dependência de transferências federais e estaduais muitas vezes resulta em uma insuficiência crônica de recursos (Barros; Silva, 2019; Chigres, 2022).

A gestão fragmentada e a falta de coordenação entre diferentes níveis de governo agravam ainda mais essa situação, levando à ineficiência na entrega dos serviços e na implementação de políticas de saúde que poderiam beneficiar a população (Carvalho; Lima, 2020; Costa; Costa; Carneiro-Leão, 2021).

Adicionalmente, a coexistência de diferentes modelos de atenção à saúde dentro da gestão municipal pode criar tensões que dificultam a efetividade das ações sanitaristas. Essa diversidade de abordagens, se não for bem integrada, pode gerar confusão e resistência tanto entre os profissionais de saúde quanto entre os usuários dos serviços (Baptista; Mattos, 2015).

A necessidade de integrar diferentes serviços de saúde e promover uma abordagem mais holística na atenção à saúde é um desafio persistente. A estratégia de Saúde da Família, por exemplo, busca essa integração, mas enfrenta dificuldades na sua implementação prática, especialmente em áreas mais vulneráveis (Guizard, 2017).

Embora haja avanços na participação da comunidade por meio de conselhos e conferências de saúde, a efetiva participação popular na gestão do SUS ainda é limitada, resultando em uma desconexão entre as necessidades da população e as políticas implementadas e dificultando a promoção da saúde de maneira integral e equitativa (Gomes; Orfão, 2021).

As trocas frequentes de governo e a falta de continuidade nas políticas públicas dificultam a implementação de estratégias de longo prazo. A instabilidade política pode levar a uma descontinuidade nas ações de saúde, prejudicando a eficácia dos programas. Além disso, a necessidade de articulação entre diferentes interesses políticos e a pressão da mídia sobre os gestores públicos complicam ainda mais a situação. A crise fiscal e a austeridade têm impactado negativamente a capacidade dos municípios de implementar e sustentar políticas de saúde eficazes. A falta de recursos financeiros compromete a continuidade das ações e a qualidade dos serviços prestados (Arantes; Vargas; Cunha, 2017).

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) exige uma forte coordenação entre os diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal). A falta de articulação entre esses níveis tem sido um obstáculo significativo, resultando em desorganização na prestação de serviços. Por exemplo, a ausência de uma fila única para a ocupação de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e a resistência de secretários municipais em seguir diretrizes federais controversas demonstram a descoordenação existente (Silva; Cavalcante; Oliveira, 2019).

Os governos municipais enfrentam uma série de desafios na implementação do modelo sanitarista, que incluem a falta de coordenação entre os níveis de governo, problemas de financiamento, instabilidade política e a necessidade de uma maior participação comunitária.

CONCLUSÃO

Este estudo revelou que, apesar da relevância do modelo sanitarista para a saúde pública no Brasil, sua implementação enfrenta desafios significativos no âmbito municipal. A falta de coordenação

administrativa, os recursos financeiros limitados e a desigualdade no acesso à saúde são barreiras críticas que precisam ser superadas para que o modelo atinja seu potencial pleno. A revisão sugere que uma maior integração entre os níveis de governo, aliada a uma regionalização mais eficaz, pode melhorar a eficácia do modelo sanitarista. Além disso, a capacitação contínua dos profissionais de saúde é fundamental para garantir a qualidade dos serviços prestados.

Os desafios sociais e políticos enfrentados pelo modelo sanitarista nos governos municipais são complexos e interligados. A escassez de recursos financeiros e humanos é um dos principais obstáculos, especialmente em municípios de menor porte e áreas rurais, onde a falta de investimento compromete a efetividade dos serviços de saúde. Além disso, a fragmentação da gestão e a ineficácia na regionalização dificultam a implementação de políticas integradas, resultando em uma coordenação deficiente entre diferentes níveis de governo. Essa situação se agrava na atenção primária, onde a falta de integração entre serviços e a articulação com outras políticas sociais prejudicam o atendimento à população.

Outro aspecto importante é a coexistência de diferentes modelos de atenção à saúde, que gera tensões e conflitos na gestão municipal. Essa diversidade de abordagens pode tornar a implementação das políticas sanitaristas menos eficiente. O diagrama de Pareto revela que a maioria dos desafios enfrentados se origina de problemas estruturais e financeiros, indicando que a resolução dessas questões é essencial para fortalecer o modelo sanitarista. Para que o sistema de saúde seja eficaz, é fundamental que os governos municipais desenvolvam um planejamento estratégico que considere a realidade local e promova uma colaboração efetiva entre os diversos atores envolvidos na saúde pública.

Por essa égide estrutural apresentada se faz persistente a necessária elaboração de estudos empíricos com abordagem mais pesquisador-participante para que avalie as dimensões sociais, econômicas e políticas tanto das cidades quanto dos atores sociais, na busca de entender como esses modelos se estabeleceram a partir de indicadores em saúde.

REFERÊNCIAS

AMARAL, R. M. *et al.* Integração dos Serviços de Saúde no Âmbito Municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 37, n. 5, e0004567, 2020.

ARANTES, A.; VARGAS, J.; CUNHA, M. A participação comunitária no Sistema Único de Saúde: desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Saúde Coletiva**, [*s. l.*], v. 22, n. 4, p. 123-134, 2017.

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A**. Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

BARROS, C. L.; SILVA, E. J. Planejamento e Gestão em Saúde Municipal. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 45, n. 2, p. 145-158, 2019.

BATISTA, M. G.; SOUZA, P. R. Políticas de Saúde e Vulnerabilidade Social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 38, n. 2, e0002346, 2021.

BELTRAMMI, D. G. M.; CHIORO, R.; ADEMAR, A. Sistemas universais - A fragmentação dos sistemas universais de saúde e os hospitais como seus agentes e produtos. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 43, p. 94-103, 2019.

BRASIL. **Dengue instruções para pessoal de combate ao vetor:** manual de normas técnicas. 3. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

CHIGRES, R. Modelos de Sistemas de Saúde: Desafios e Perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, RJ, v. 38, n. 5, e0001234, 2022.

COSTA, J. S.; CARNEIRO-LEÃO, A. M. dos A. Campanhas sanitárias como instrumentos da educação em saúde no Brasil: algumas reflexões para uma educação popular em saúde. **Revista Sustinere**, [*s. l.*], v. 9, p. 333–351, 2021.

COSTA, L. L.; ALMEIDA, R. F. Governança Municipal e Eficiência no SUS. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, [*s. l.*], v. 56, n. 2, p. 97-112, 2021.

COSTA, A. L. *et al*. Historical development and evolution of epidemiological surveillance and control of yellow fever in Brazil. ***Rev Pan-Amaz Saude***, Ananindeua, Pará, v. 2, n. 1, p. 11-26, 2011. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2176-62232011000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 dez. 2024.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. *In:* GIOVANELLA, L. (ed.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 279- 321. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9788575413494.0013. Acesso em: 05 nov. 2024.

FERNANDES, T. M. D.; CHAGAS, D. C.; SOUZA, É. M. Varíola e vacina no Brasil no século XX: institucionalização da educação sanitária. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 2, p. 479–789, fev. 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000200011. Acesso em: 15 out. 2024.

FERREIRA, L. F.; SANTOS, J. P. Gestão de Recursos Humanos no SUS Municipal. **Revista de Administração Pública**, [*s. l.*], v. 52, n. 4, p. 345-360, 2021.

FIELDING, J. E. Public health in the twentieth century: Advances and challenges. **Annual Review Public Health**, [*s. l.*], v. 20, 1999.

GIOVANELLA, L. Política Nacional de Atenção Primária: Limitações. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 56-67, 2021.

GOMES, J. F. de F.; ORFÃO, N. H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 45, n. 131, p. 1199-1213, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202113118. Acesso: 23 nov. 2024.

GUYATT, G. H. *et al.* GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. **BMJ**, [*s. l.*], p. 924-926, 24 abr. 2008. Disponível em: https://www.bmj.com/content/336/7650/924.full. Acesso em: 05 out. 2024.

ITURRI, J. A. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 18, n. 10, p. 3101–3103, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/hCvhwCQcz5vBMF8gKFxCwKK/?lang=pt. Acesso em: 28 jun. 2024.

KIANZAD, B. Beyond Justice Versus Efficiency: Reconciling Law and Economics Approaches to Fairness. *In*: MATHIS, K.; TOR, A. (ed.) **Economic Analysis of Law in European Legal Scholarship**. Cham: Springer, may, 2024. p. 91–130. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-031-56822-0_6. Acesso em: 08 jul. 2024.

LIMA, G. R.; ARAÚJO, M. P. O Papel do Município na Política de Saúde. **Revista Brasileira de Administração Pública**, [*s. l.*], v. 54, n. 5, p. 667-680, 2022.

LINHARES, J. E.; SANTOS, G. D.; SANTOS, M. J. Desafios e oportunidades da governança em saúde: um estudo de caso em um município de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, RJ, v. 45, fev. 2024. Disponível em: http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desafios-e-oportunidades-da-governanca-em-saude-um-estudo-de-caso-em-um-municipio-de-pequeno-porte/19093?id=19093. Acesso em: 23 nov. 2024.

LOTUFO, M.; MIRANDA, A. S. de. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde. **Revista de Administração Pública**, [*s. l.*], v. 41, n. 6, p. 1143–1163, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-76122007000600007. Acesso em: 10 nov. 2024.

MENDES, P. A.; OLIVEIRA, F. R. Capacitação de Profissionais de Saúde no SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 44, n. 3, p. 445-460, 2019.

NASCIMENTO, E. R. do. As campanhas de vacinação contra a poliomielite no Brasil (1960-1990). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 501-511, 2011.

OLIVEIRA, T. R.; COSTA, R. S. Estratégias de Atenção Básica em Municípios do Sul. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, [*s. l.*], v. 55, n. 4, p. 450-465, 2019.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp., p. 73-78, 2006.

PAIM, J. A. Modelos de atenção e vigilância da saúde. *In:* ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, F. N. **Epidemiolgia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586

PEREIRA, A. S.; ALVES, R. T. Desafios de Infraestrutura no SUS Municipal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 350-365, 2021.

PIMENTEL, F. G. *et al.* Realising the future: Health challenges and achievements in Brazil. **SSM - Mental Health**, [*s. l.*], v. 4, p. 1-12, 15 dez. 2023. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666560323000658. Acesso em: 10 out. 2024.

ROCHA, J. A.; SILVA, M. R. Tecnologias na Gestão da Saúde Municipal. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 46, n. 1, p. 12-25, 2022.

SANTOS, A. M. dos; ASSIS, M. M. A. Processo de regionalização da saúde na Bahia: aspectos políticos-institucionais e modelagem dos territórios sanitários. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, [*s. l.*], v. 13, n. 2, 2017. Disponível em: https://www.rbgdr.net/revista/index.php/rbgdr/article/view/3002. Acesso em: 16 dez. 2024.

SANTOS, A. M. Escassez de Recursos no SUS Municipal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 4, p. 123-135, 2020.

SANTOS, A. M. dos. Regionalização da Saúde em Municípios Rurais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 45, n. 1, p. 34-50, 2021.

SANTOS, L. A. C. As Origens da Reforma Sanitária e da Modernização Conservadora na Bahia durante a Primeira República. **Dados**, [*s. l.*], v. 41, n. 3, p. 293–633, 1998. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0011-52581998000300004. Acesso em: 10 de setembro de 2024.

SILVA, J. F.; CAVALCANTE, A. L.; OLIVEIRA, T. M. Desafios de Gestão no SUS Municipal. **Revista de Administração Pública**, [*s. l.*], v. 53, n. 2, p. 285-305, 2019.

SILVA, R. C. F. *et al*. A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300331. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300331. Acesso em: 18 dez. 2024.

SOUZA, C. R.; REIS, R. B. Financiamento da Saúde Municipal: Perspectivas. **Revista de Política e Administração da Saúde**, [*s. l.*], v. 15, n. 3, p. 215-230, 2020.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. *In:* TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989.

VIEIRA, F. S. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 54, n. 127, p. 1-12, 2020.

ZARA, A. L. *et al.* Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão. **Epidemiologia E Serviços De Saúde**, Brasília, DF, v, *25,* n. 2, p. 391–404, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000200017. Acesso em: 14 set. 2024.

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 11/10/2024

ACEITO: 10/12/2024