

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

JOSÉ LENER DE SOUZA CÁRDENAS

**A RELAÇÃO ENTRE INVESTIMENTO PÚBLICOS EM SAÚDE E
DESENVOLVIMENTO HUMANO NO ESTADO DO PARANÁ ENTRE 2010 E 2022.**

Apoio: CAPES

MARINGÁ

2026

JOSÉ LENER DE SOUZA CÁRDENAS

**A RELAÇÃO ENTRE INVESTIMENTO PÚBLICOS EM SAÚDE E
DESENVOLVIMENTO HUMANO NO ESTADO DO PARANÁ ENTRE 2010 E 2022.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Administração, Programa de Pós-graduação em Administração, Universidade Estadual de Maringá (UEM).

Orientador: Prof. Dr. Maurício Reinert do Nascimento

Coorientadora: Prof. Dra. Letícia Veríssimo da Silva

Apoio: CAPES
ODSs Contemplados: 03, 10 e 16

**MARINGÁ
2026**



ATA DE DEFESA PÚBLICA

Aos nove dias do mês de março do ano de dois mil e vinte e seis, às catorze horas, realizou-se a apresentação do Trabalho de Conclusão, sob o título: "A relação entre investimentos públicos em saúde e desenvolvimento humano no estado do Paraná entre 2010 e 2022", de autoria de **JOSÉ LENER DE SOUZA CÁRDENAS**, aluna(o) do Programa de Pós-Graduação em Administração (Mestrado) – Área de Concentração: Organizações e Mercado. A Banca Examinadora esteve constituída pelos docentes: Dr. Dr. Maurício Reinert do Nascimento (presidente); Dr. Mario Sacomano Neto (membro examinador externo – PPGEP e PPGAdS/UFSCAR); e Dr. Juliano Domingues da Silva (membro examinador do PPA). Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, a banca examinadora faz constar a(o) candidata(o) a condição de: Aprovada(o); Aprovada(o) com correções; Reprovada(o) pela Banca Examinadora. E, para constar, foi lavrada a presente Ata, que vai assinada pelo coordenador e pelos membros da Banca Examinadora.

OBS: Esta ata não vale como certificado de conclusão do curso de pós-graduação em Administração. A obtenção da titulação de mestre em Administração está condicionada ao depósito da versão definitiva em PDF e não editável, com todas as correções feitas e atestadas pelo orientador, com a ficha catalográfica da BCE/UEM, no prazo máximo estabelecido no regimento do Programa, de acordo com a condição de aprovação.

EM TEMPO: Houve alteração no título da dissertação? Se sim, descrever aqui:

Maringá, 9 de março de 2026.

Dr. Maurício Reinert do Nascimento
(Presidente)

gov.br

Documento assinado digitalmente
MARIO SACOMANO NETO
Data: 10/03/2026 09:23:29 -0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Dr. Mario Sacomano Neto
(membro examinador externo – PPGEP e
PPGAdS/UFSCAR)

Dr. Juliano Domingues da Silva
(membro examinador do PPA)

Dr. José Paulo de Souza
(coordenador do PPA)

C266r

Cárdenas, José Lener de Souza

A relação entre investimento públicos em saúde e desenvolvimento humano no estado do Paraná entre 2010 e 2022 / José Lener de Souza Cárdenas. -- Maringá, PR, 2026.
71 f. : figs., tabs.

Orientador: Prof. Dr. Maurício Reinert do Nascimento.

Coorientadora: Profa. Dra. Letícia Veríssimo da Silva.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Administração, 2026.

1. Sociologia econômica da saúde. 2. Investimentos públicos em saúde - Paraná (Estado). 3. Desenvolvimento social - Paraná (Estado). 4. Economia da saúde. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Nascimento, Maurício Reinert do, orient. II. Silva, Letícia Veríssimo da, coorient. III. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Administração. IV. Título.

CDD 23.ed. 353.6

AGRADECIMENTOS

A conclusão do mestrado marca uma importante etapa da minha trajetória pessoal e profissional, construída desde a graduação. Ao longo desse percurso, enfrentei dúvidas e medos, mas também vivi uma profunda gratificação pela finalização deste trabalho, que me permitiu amadurecer academicamente. Esse processo só foi possível graças a todos que estiveram presentes ao longo dessa trajetória de dois anos.

Gostaria de agradecer, primeiramente, aos meus pais, Alicia del Cármen Cárdenas Rojas e Vanderlei de Souza Conegero, por todo o apoio durante esse período, emocional, incentivo e tantos outros. E aos meus pets, Lola e Bóris, por sempre estarem deitados ao meu lado durante o processo de escrita desta dissertação, um apoio emocional muito importante.

Agradeço também a toda a minha família, meus avós, tias e primas, pelas caronas, conversas, tempo de qualidade e suporte, além da compreensão nos momentos de ausência e distanciamento. Sou muito grato a todos vocês.

Ao meu orientador, professor Maurício, pela confiança ao longo do trabalho, pelas contribuições, pela liberdade concedida à pesquisa e por tantos outros aspectos, minha sincera gratidão. À minha coorientadora, professora Letícia, muito obrigado pelo apoio, especialmente na parte metodológica.

Às minhas amigas Karina, Thais e Carol, e aos colegas, ter vocês ao meu lado durante o mestrado foi uma grande alegria. Obrigado pelo apoio mútuo, pela escuta, pelas risadas e por tantos outros momentos. Agradeço também às amizades que o PPA me permitiu conhecer: Andressa, Eveline, Luís Paulo e Marcela.

Às minhas amigas Amanda, Andreina, Camila, Evelylyn, Paula Olivo, por todas as conversas, apoios, conselhos, momentos bons e difíceis, e por tudo o mais. E a todo o pessoal da PEC/DEX/UEM, obrigado por todo o apoio nesse período.

Por fim, agradeço à Universidade Estadual de Maringá (UEM), ao Programa de Pós-Graduação em Administração (PPA/UEM), à Fundação Araucária e à CAPES pelo apoio e financiamento da pesquisa.

“We are led by our gut instincts, our intuition,
our desires and fears, our scars and our
dreams.”

Taylor Swift

RESUMO

Essa pesquisa teve como objetivo analisar de que maneira os investimentos públicos em saúde se relacionam com o desenvolvimento humano nos municípios do Estado do Paraná entre 2010 e 2022. Parte-se da compreensão da saúde como elemento central para a promoção do desenvolvimento social. Trata-se de um estudo quantitativo, de natureza longitudinal, com utilização de dados secundários (DATASUS, IBGE, SIOPS e IPARDES) e aplicação de regressão com dados em painel, por meio do modelo de efeitos fixos com erros robustos. Os resultados indicam que o gasto público em saúde per capita e a cobertura da Estratégia Saúde da Família apresentam associação positiva e estatisticamente significativa com o IPDM. Conclui-se que o investimento público em saúde constitui instrumento relevante para o fortalecimento do desenvolvimento municipal, contribuindo para o debate sobre financiamento público, desenvolvimento social e também na centralidade do estado no provimento a saúde.

Palavras chave: Investimento Público. Saúde. Desenvolvimento Social.

ABSTRACT

This research aimed to analyze how public health investments are related to human development in the municipalities of the State of Paraná, Brazil, between 2010 and 2022. Health is understood as a central element for social development. This is a quantitative longitudinal study based on secondary data (DATASUS, IBGE, SIOPS, and IPARDES) and panel data regression using a fixed-effects model with robust errors. The results indicate that public health expenditure per capita and Family Health Strategy coverage are positively and statistically associated with the IPDM. The findings highlight the importance of public health financing for municipal development, social development and the role of the state regards to healthcare financing.

Key Words: Public Investment. Health. Social Development

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Ações e programas relacionados à Atenção Primária

Quadro 2 – Ações e estratégias relacionadas ao SAES

Quadro 3 – Classificação do IDH

Quadro 4 – Índice de Desenvolvimento Municipal Paranaense (IPDM)

Quadro 5 – Resultados do modelo de efeitos fixos com erros robustos com IPDM como variável dependente

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano do Estado do Paraná

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 OBJETIVOS	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1 ECONOMIA DA SAÚDE	10
2.2 SOCIOLOGIA DA SAÚDE	11
2.3 SOCIOLOGIA ECONÔMICA E SOCIOLOGIA ECONÔMICA DA SAÚDE	13
3 A CONSTITUIÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E O DIREITO À SAÚDE	16
3.1 A SAÚDE NO BRASIL PRÉ-CONSTITUIÇÃO DE 1988	16
3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	22
4 INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL	34
5 A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL	38
6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	41
6.1 PROCESSO DE ANÁLISE.....	42
6.2 COLETA DE DADOS.....	44
6.3 HIPÓTESES.....	45
7 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	48
7.1 ESTATÍSTICA DESCRITIVA.....	48
7.2 MODELO DE DADOS EM PAINEL E EFEITOS FIXOS.....	52
7.3 TESTE DE HIPÓTESES.....	54
8 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICE.....	68

1 INTRODUÇÃO

A economia da saúde, enquanto um campo analítico consolidado, oferece instrumentos para avaliar a eficiência, a alocação de recursos, a produção e o consumo de serviços de saúde, permitindo examinar o setor não apenas como área de gasto, mas como um investimento estratégico na formação de capital humano (Folland; Goodman; Stano, 2012; Del Nero, 1995). A teoria do “capital saúde”, proposta por Grossman (1972), reforça essa lógica ao entender que a saúde é tanto um bem de consumo quanto um bem de produção, influenciando diretamente a produtividade e a longevidade dos indivíduos.

Porém, essa abordagem tende a negligenciar os condicionantes sociais que envolvem a saúde. Desse modo o campo da sociologia da saúde se direciona para compreender as dimensões sociais da saúde, as desigualdades, movimentos sociais e políticas de saúde. Embarcando debates relacionados às desigualdades sociais, no referente a relações de classe, onde em suas análises, a condição social do indivíduo é um fator importante para o seu estado de saúde, em que classes sociais mais abastadas possuem menores riscos de saúde com relação a classes sociais mais baixas (Tavares, 2016).

Ao se avançar na discussão, abarcando a sociologia econômica, contrariando a visão clássica da racionalidade isolada dos agentes econômicos, argumenta que toda ação econômica está “enraizada” em relações sociais concretas, moldadas por redes, instituições e contextos culturais (Granovetter, 1985; Swedberg, 2003). Seguindo a isso, a sociologia econômica da saúde ao discutir temas como a mercantilização do cuidado, as desigualdades de acesso e a precarização do trabalho em saúde, autores como Silva e Reinert (2025) e Powers e Faden (2008) propõem uma análise que valoriza tanto a justiça distributiva quanto os fatores que determinam as iniquidades sanitárias no território. Além disso, a crítica de Sandel (2016) à lógica de precificação da vida humana demonstra os riscos éticos e sociais da conversão da saúde em mercadoria, processo este que enfraquece o ideal do Sistema Único de Saúde (SUS) como sistema universal.

Ao se abordar a construção da saúde pública no Brasil, pode-se observar uma trajetória de exclusões, lutas sociais e transformações institucionais que refletem

diretamente os rumos políticos e econômicos do país. Desde o período colonial, quando a assistência médica era precária e fragmentada, pautada por ações pontuais de ordens religiosas e iniciativas filantrópicas, até as primeiras campanhas sanitárias do início do século XX, lideradas por figuras como Oswaldo Cruz, o acesso à saúde esteve limitado a determinados grupos sociais e territórios urbanos (Funasa, 2017; Lapietra, 2023).

Com a consolidação do Estado brasileiro e a centralização promovida a partir da década de 1930, o sistema de saúde passou a se estruturar em torno da lógica previdenciária, voltada apenas para os trabalhadores formais. A criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) e, posteriormente, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) intensificaram essa exclusão, ao mesmo tempo em que incentivaram a privatização dos serviços médicos, especialmente nas regiões mais urbanizadas (Paim, 2011; Cruz, 2017).

Durante o regime militar (1964–1985), a fragmentação do sistema foi aprofundada pela tecnocracia autoritária que favorecia a mercantilização da saúde, consolidando um modelo desigual e orientado por interesses privados. Nesse contexto, a assistência médica pública era restrita e a expansão da cobertura previdenciária ocorria de forma desarticulada, intensificando as desigualdades regionais e sociais no acesso aos serviços básicos de saúde (Carvalho, 2013; Alves, 2023).

Foi nesse cenário que emergiu o Movimento da Reforma Sanitária, composto por profissionais da saúde, intelectuais, universidades, gestores públicos e movimentos populares. Inspirado pelos ideais do welfare state europeu, o movimento defendia um modelo de saúde integral, universal e descentralizado, estruturado como política pública de cidadania. Essa mobilização culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), um marco democrático que antecedeu a promulgação da Constituição Federal de 1988, quando a saúde foi finalmente reconhecida como direito de todos e dever do Estado (Cruz, 2017).

O SUS, criado a partir da nova ordem constitucional, representou um avanço significativo na história social brasileira ao consolidar a saúde como um bem público, sustentado por princípios como a universalidade, a integralidade e a equidade (Paim, 2011; Peduzzi, 2016). Contudo, desde sua implantação, o SUS tem enfrentado desafios estruturais que colocam em risco sua efetividade e

sustentabilidade. O subfinanciamento crônico, as tensões federativas, a descentralização sem contrapartidas financeiras adequadas e a crescente financeirização do setor comprometem a consolidação de um sistema verdadeiramente inclusivo e resolutivo (Saldiva, 2018; Funcia, 2022).

Diversos estudos apontam que o aumento dos investimentos públicos em saúde está relacionado a melhorias em indicadores de qualidade de vida, como longevidade, equidade, econômicos e de bem-estar social (Corrêa; Aísa, 2014; Kabanov, 2015; Onofrei, 2021). Assim, o presente trabalho se justifica na perspectiva de políticas públicas, por buscar compreender como a alocação de recursos públicos em saúde afeta indicadores de desenvolvimento nos territórios, neste caso através do Índice Iparades de Desenvolvimento Municipal (IPDM) nos municípios do Estado do Paraná, permitindo observar a relação entre os investimentos em saúde e o índice, bem como observar as desigualdades regionais.

Diante desse cenário, o problema de pesquisa que orienta este estudo é: Como os investimentos públicos em saúde influenciam o desenvolvimento humano nos municípios do estado do Paraná?. Dessa forma, a próxima seção busca apresentar os objetivos desta dissertação.

1.1 OBJETIVOS

A partir do discutido e exposto até o presente momento, este trabalho tem como objetivo geral:

- Analisar de que maneira os investimentos públicos em saúde se relacionam com indicadores de desenvolvimento humano em municípios paranaenses entre 2010 e 2022. E objetivos específicos:
- Mensurar a evolução dos investimentos públicos em saúde no estado do Paraná, no período de 2010 a 2022;
- Avaliar a relação entre a estrutura de saúde e o desenvolvimento municipal, no estado do Paraná;
- Analisar a relação entre o gasto público em saúde e o desenvolvimento municipal, medido pelo IPDM.

Metodologicamente, o trabalho conta com uma abordagem quantitativa de natureza longitudinal, a pesquisa utilizará dados secundários provenientes de bases oficiais como DATASUS, IBGE, SIOPS e IPARDES no período entre os censos de 2010 e 2022 (IBGE, 2025). As análises serão realizadas por meio de técnicas estatísticas de regressão com dados em painel, incorporando variáveis como renda per capita, taxa de mortalidade infantil, cobertura da ESF e número de leitos hospitalares por mil habitantes. Espera-se, com isso, contribuir para a compreensão dos efeitos territoriais do investimento em saúde e oferecer subsídios técnicos para a formulação de políticas públicas e territorialmente sensíveis.

Este trabalho está estruturado em dez seções, além desta introdução. No primeiro momento, apresentam-se os objetivos da pesquisa. Em seguida, o referencial teórico aborda a economia da saúde, a sociologia da saúde e a sociologia econômica aplicada ao setor, bem como a constituição do direito à saúde no Brasil, destacando a criação do SUS. Na sequência, são discutidos os indicadores de desenvolvimento social e a relação entre saúde e desenvolvimento. Depois, descrevem-se os procedimentos metodológicos, a coleta de dados e as hipóteses da pesquisa. A apresentação e análise dos dados são realizadas em seguida, complementadas por uma discussão dos resultados. Por fim, são expostas as conclusões do estudo e as referências utilizadas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta seção busca apresentar aportes teóricos que fundamentam o estudo, com destaque para as contribuições da economia da saúde, da sociologia da saúde e da sociologia econômica, além de explorar o campo emergente da sociologia econômica da saúde.

2.1 ECONOMIA DA SAÚDE

A economia da saúde, abordada inicialmente por Kenneth Arrow (1963) apresenta um importante debate relacionado sobre as diferenças entre os mercados convencionais dentro da economia e dos relacionados aos cuidados de saúde. Assim, se a economia estuda como os recursos escassos são utilizados na produção de bens e serviços e como esses bens e serviços são distribuídos, é natural que os cuidados de saúde também sejam objeto dessa análise. Afinal, os serviços de saúde são produzidos, demandam recursos limitados e precisam ser distribuídos entre a população (Folland; Goodman; Stano, 2012).

Assim, a aplicação do conceito de economia no setor saúde é relacionada a recursos produtivos escassos e parte de um processo de tomada de decisão centralizado e também que possui natureza política, em que a sua utilização não possui uma destinação prévia, cabendo aos planejadores determinar o seu uso de forma alternativa, onde no setor da saúde, tem como finalidade bens e serviços que são distribuídos de acordo com as características e estrutura do sistema de saúde, tendo impacto imediato ou de longo prazo para a população, de forma que a análise econômica permite avaliar custos e benefícios que são tomados de maneira ampla com intuito de aperfeiçoar as formas de distribuição e futuras intervenções no setor (Del Nero, 1995).

Desse modo, para os estudiosos da economia da saúde, os custos estão diretamente voltados para custos de oportunidades, de forma que é necessário deixar de alocar recursos em determinadas áreas da saúde para que seja possível aplicá-los a outras. Isso ocorre uma vez que os recursos são limitados e debater sobre a sua aplicação é uma tarefa fundamental, onde a partir dessa perspectiva o cumprimento de critérios de custo-efetividade se faz necessário para que seja possível uma melhoria no bem-estar social (Silva, 2024). Os estudos relacionados à economia da saúde, conforme apontado por Folland, Goodman e Stano (2012)

abordam diversas temáticas como: análise econômica de eficiência, custo-benefício, produção de saúde, a demanda por capital saúde, demanda e fornecimento de seguros de saúde, comparação de sistemas de saúde, social insurance, reformas nos sistemas de saúde, indústria farmacêutica, entre outros. Grossman (1972) também contribui para os debates dentro da economia da saúde ao apresentar o conceito de “capital saúde” onde a saúde assume uma função de “estoque” que pode ser depreciado com o tempo, mas também pode ser acumulado por meio de investimentos individuais e sociais, como alimentação adequada, prática de exercícios, acesso à informação e ao sistema de saúde.

Nesse modelo, o indivíduo atua simultaneamente como produtor e consumidor de saúde, uma vez que ela é desejada tanto por seu valor intrínseco de bem-estar quanto por sua função instrumental de maior produtividade, capacidade laboral e longevidade. Dessa forma, o investimento em saúde pública deixa de ser interpretado como gasto e passa a ser compreendido como uma forma de acumulação de capital humano, essencial ao desenvolvimento socioeconômico (Grossman, 1972).

Os temas e áreas de estudo abordados pela economia da saúde, incluindo gestão, financiamento, eficiência alocativa e equidade na distribuição de recursos de saúde. Esses temas são cruciais para discussões sobre serviços de saúde, e também no relacionado especificamente ao contexto nacional como a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) (Saes, 2000; Andrade, Acúrcio, Cherchiglia, Belisário, Júnior, Szuster, Faleiros, Teixeira, Silva, Taveira, 2006; Silva, Geremia, Germani, 2016; Santos, 2023). Porém, tal abordagem não inclui de maneira significativa as discussões sociais relacionadas aos cuidados de saúde (Silva, 2024). Dessa forma, o tópico a seguir busca explorar as questões sociais que circundam o setor saúde.

2.2 SOCIOLOGIA DA SAÚDE

Ao longo da trajetória da sociologia da saúde, as experiências desenvolvidas nos Estados Unidos se tornaram um importante marco, uma vez que ao longo de mais de 50 anos, tal contexto conferiu ao campo um lugar de destaque, tanto para o acadêmico quanto o institucional. Entretanto, apenas a partir do período do pós-guerra a sociologia da saúde passa a se transformar em uma atividade regular,

através de uma maior disponibilidade de recursos federais para pesquisas de caráter sócio médicas, cabendo destaque para o National Institute of Mental Health, que possibilitou, na época, um encontro da sociologia com a psiquiatria (Nunes, 2003). Onde cientistas sociais, na sua maioria sociólogos, nos anos 1970, tomavam a saúde como um objeto de estudo, a sociologia da saúde (Silva, 2018).

Nunes (2014) também aponta que a partir de sua ascensão nos Estados Unidos e atingindo uma posição de destaque a partir de década de 80, os estudos relacionados à temática, abordavam mudanças relacionadas à saúde, patologização de doenças, ética médica, questões sobre bem-estar, financiamento, entre outros, principalmente na área da sociologia, porém lentamente também migram para outras áreas do conhecimento.

Dessa maneira, as temáticas abordadas pelo campo da sociologia da saúde se direcionam para as dimensões sociais da saúde, as desigualdades, movimentos sociais e políticas de saúde. Embarcando debates relacionados às desigualdades sociais, relações de classe, onde em suas análises a condição social do indivíduo é um fator importante para o seu estado de saúde, visto que classes sociais mais abastadas possuem menores riscos de saúde com relação a classes sociais mais baixas (Tavares, 2016). Também dentro do escopo de estudo da área são abordadas questões relacionadas a gênero, questões raciais, e também territoriais, sendo esta relacionada a segregação residencial nos grandes centros urbanos, marcada pela precariedade da infraestrutura e acesso às estruturas de saúde (Tavares, 2016).

Nesse aspecto, Guedes e Silva (2023) apontam que os cidadãos que moram fora dos grandes centros urbanos, marcados pela desigualdade regional representam uma barreira no acesso à saúde. Embora o SUS siga o mesmo fluxo em todo o país, moradores de fora dos centros urbanos enfrentam dificuldades já no deslocamento até unidades de atendimento, como hospitais e postos de saúde. Antes mesmo de chegar ao serviço, há obstáculos logísticos e estruturais. Além disso, ao alcançar o atendimento, deparam-se com um problema comum a todos: a escassez de médicos especialistas.

Dessa forma, a sociologia da saúde se mostra preocupada com as questões sociais da saúde, analisando fatores sociais, como classe, território, gênero e raça que podem exercer influência no estado de saúde, acesso aos serviços de saúde e nos

desfechos de saúde (Silva; Nascimento, 2025). Se distanciando assim da perspectiva de eficiência econômica que pauta grande parte das discussões dentro da economia da saúde (Silva; Reinert, 2025; Folland; Goodman; Stano, 2012). Assim, busca investigar as relações de poder, desigualdades e os movimentos sociais que moldam as práticas e políticas de saúde (Silva; Reinert, 2025).

2.3 SOCIOLOGIA ECONÔMICA E SOCIOLOGIA ECONÔMICA DA SAÚDE

Pode-se definir a sociologia econômica como a aplicação das ideias, conceitos e dos métodos sociológicos aos fenômenos econômicos (Swedberg, 2004). Ao compararem a sociologia econômica e a vertente mainstream da economia a fim de elucidar a perspectiva sociológica na economia, Smelser e Swedberg (2005) apontam que, na economia, as vertentes clássicas e neoclássicas possuem uma dominância histórica, porém que seus pressupostos básicos têm se modificado e desenvolvido em várias direções.

O campo da sociologia econômica possui uma trajetória consolidada, marcada por contribuições de autores clássicos. Para Marx, a economia desempenha papel central na sociedade, sendo determinante para sua própria evolução histórica. Weber, por sua vez, argumenta que a análise econômica não deve se restringir a fenômenos estritamente econômicos, mas também considerar aqueles que, mesmo não sendo de natureza econômica, exercem efeitos sobre a economia, exemplificada pelo ascetismo protestante. Já Durkheim sustenta que a estrutura social se transforma à medida que as sociedades se desenvolvem, avançando para uma organização marcada por uma divisão do trabalho cada vez mais complexa (Smelser; Swedberg, 2005; Zelizer, 2011).

Zelizer (2011) aponta que ao longo da década de 1950 nos Estados Unidos, Talcott Parsons e Neil Smelser foram pioneiros ao tentar compreender e unificar tanto as abordagens econômicas quanto as sociológicas, porém não obtiveram sucesso para a consolidação dessa abordagem.

Com a ascensão da Nova Sociologia Econômica (NSE) nos Estados Unidos em meados dos anos 80, se recupera e dá continuidade a um debate já antigo entre a sociologia e a ciência econômica. Todavia, de uma maneira mais direta e íntima do que apresentada anteriormente pelos clássicos, onde muitos sociólogos e economistas admitiram, especialmente os que adotam o pacto parsoniano. Dessa

forma, a Nova Sociologia Econômica consiste no retorno da abordagem clássica da sociologia econômica, entretanto com uma abordagem propositiva, buscando a construção de um novo marco analítico dos processos econômicos a partir dos conceitos e métodos da investigação sociológica (Freire, 2014).

A NSE tem se mostrado relativamente bem sucedida na construção de um nicho por si própria dentro da sociologia estadunidense. Assim, inicialmente a temática se mostrava relevante apenas em uma instituição, a SUNY Stony Brook, a partir das contribuições de Mark Granovetter e Michal Schwartz e seus alunos, porém na atualidade se expandiu para outras renomadas universidades nos Estados Unidos (Swedberg, 2003).

Granovetter (1985), ao desenvolver o conceito de *embeddedness* (ou enraizamento), observa que muitos dos críticos que tentaram reformular as bases do campo da economia são, em sua maioria, economistas. Esses autores direcionam suas críticas à noção tradicional de “ação racional”, argumentando que essa perspectiva ignora um aspecto fundamental: os atores econômicos não tomam decisões de forma isolada, mas estão inseridos em redes sociais. Assim, Granovetter critica a ideia de decisões econômicas “atomizadas”. Dessa forma, tal apontamento é tratado e referenciado como um “enraizamento fraco (*weak embeddedness*)”, em contraposição a um “enraizamento forte (*strong embeddedness*)”. O autor não provê uma definição explícita do que seria o “enraizamento (*embeddedness*)”, mas aponta que as ações econômicas são enraizadas, em relações sociais concretas e contínuas, onde a dinâmica de rede das relações sociais entram de maneira irregular e em diferentes níveis os vários setores da vida econômica (Swedberg, 2002).

Dentro das discussões que permeiam o campo da sociologia econômica, o setor saúde, ao ser abordado pela Sociologia Econômica da Saúde (Silva; Reinert, 2025), tem como um de seus primeiros tópicos a relação entre o direito à saúde e os limites econômicos. Nessa perspectiva, entende-se que, ao se atribuir um valor à vida a partir de recursos de saúde, que são limitados, corre-se o risco de reduzi-la a uma lógica estritamente econômica (Folland; Goodman; Stano, 2012). Nesse sentido, Sandel (2016) argumenta que, se é possível atribuir um preço aos serviços de saúde, admite-se que eles podem ser vendidos; porém, se a saúde está à venda,

cabe refletir sobre como ficará o acesso para aqueles que dispõem de recursos modestos e limitados.

Outros dois tópicos importantes abordados pela Sociologia Econômica da Saúde exposto por Silva e Reinert (2025) são referentes ao financiamento da saúde e a desigualdade e distribuição de renda. No primeiro tópico uma perspectiva dualista se desenvolve a mais de um século, com críticos e apoiadores de uma estrutura de estado de bem-estar social (Welfare State) onde o estado e mercado são analiticamente separados, cada um possuindo sua própria autonomia lógica. Onde ao longo dos anos 70 este dualismo promoveu uma convergência de argumentação de liberais de mercado e defensores alas à esquerda do estado de bem-estar social, onde a saúde é um bem especial e essencial, devendo ser garantida pelo governo. Em que teóricos voltados ao mercado afirmavam que um “excesso de democracia” levou a classe política a expandir os gastos em bem-estar social para além de níveis sustentáveis, sendo necessário cortes significativos para que a saúde da economia pudesse ser restaurada (Sass, 1988; Block, Evans, 2005).

Para além dessa visão dualista a respeito do estado de bem-estar social e por consequência o financiamento dos sistemas de saúde, tanto críticos ou apoiadores, apontam que as provisões pelo estado de bem-estar social são percebidas como uma vitória dos movimentos da classe trabalhadora, seja de maneira direta ou indireta, através de partidos social-democratas ou por partidos buscando conter a influência dos movimentos da classe trabalhadora. Todavia a centralidade da classe trabalhadora nos processos de estabelecimento do estado de bem-estar social está envolta numa complexa relação em que interesses comerciais e empresariais exercem papel ativo nas tomadas de decisão com relação às provisões oferecidas (Block, Evans, 2005).

Desse modo, o segundo tópico, ao abordar questões de desigualdades em saúde e distribuição de renda, discute questões sobre como as oportunidades de acesso a saúde não são homogêneas, que variam de acordo com a geografia, e também apontam que grupos sociais com poucas condições econômicas exercem menos controle sobre seus cuidados de saúde e também que tais fatores contribuem para essa situação. Estendendo-se sobre como as desigualdades em saúde afetam de maneira desproporcional indivíduos menos abastados financeiramente, como

crianças, mulheres e idosos, fazendo assim necessário uma mitigação de tais injustiças através de políticas públicas (Silva, Reinert, 2025). Desse modo, a promoção da justiça social em saúde, ligada à promoção do bem-estar através de melhorias nas condições de saúde, sob a justificativa moral de que a oferta a saúde de maneira universal, sendo assim uma forma de justiça social (Powers, Faden, 2008).

3 A CONSTITUIÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E O DIREITO A SAÚDE

3.1 A SAÚDE NO BRASIL PRÉ-CONSTITUIÇÃO DE 1988

No período colonial e imperial, a saúde pública no Brasil era precária e baseada na atuação de ordens religiosas e iniciativas isoladas. Com a vinda da Família Real em 1808, foram criadas as primeiras instituições médicas, mas sem políticas sanitárias estruturadas (Funasa, 2017). Sendo chamado de “túmulo dos estrangeiros” por consequência da grave situação sanitária, o Brasil precisou se modernizar, em um cenário, onde países chegaram a proibir que seus cidadãos viajassem ao país, e na visão do governo, a solução passava a ser um maior controle sobre a situação e consequentemente medidas impositivas e até mesmo radicais (Lapietra, 2023).

Assim, no início do século XX, as campanhas sanitárias lideradas por Oswaldo Cruz foram fundamentais para o combate a epidemias como febre amarela e varíola, resultando na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (1920). A partir de 1930, com a centralização do Estado, houve maior controle das políticas de saúde, incluindo a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que ofereciam assistência médica apenas para trabalhadores formais. Nos anos 1950, a ênfase foi na construção de hospitais e ampliação da infraestrutura, mas o sistema permaneceu fragmentado e excludente. Até 1964, a saúde pública no Brasil ainda apresentava desigualdades, com a maior parte da população sem acesso regular a serviços médicos (Funasa, 2017).

A instauração do golpe militar de 1964 ocorreu com o apoio de forças políticas conservadoras, que viam como ameaça as propostas do governo João Goulart (1961–1964), voltadas ao fortalecimento das empresas estatais e à construção de uma economia de caráter misto. Esse contexto de instabilidade foi agravado pela crescente preocupação com a disseminação de ideologias consideradas de esquerda, vistas como risco à hegemonia capitalista. Tais temores estavam

alinhados aos interesses dos Estados Unidos na América Latina durante a Guerra Fria, reforçando o movimento pela internacionalização da economia brasileira (Cruz, 2017).

Com a ascensão dos militares ao poder, deu-se a extinção de todos os partidos políticos existentes, sendo instituídas apenas duas siglas: a Aliança Renovadora Nacional (ARENA) e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB). Em 1967, foi promulgada uma nova Constituição,

que consolidou o caráter autoritário e burocrático do regime militar, marcado por cassações de mandatos e pela imposição da censura aos meios de comunicação (Cruz, 2017).

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) instituído no período tinha como característica a preponderância financeira por parte das instituições previdenciárias e a hegemonia tecnocrata que beneficiava a mercantilização da saúde (Cruz, 2017). De forma complementar, Paim (2011) aponta que durante o período militar, a tomada de decisões se encontrava centralizada em grandes burocracias e a proteção social se encontrava fragmentada e também se apresentava de maneira desigual a sociedade.

Em 1967, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a partir da fusão e extinção dos diversos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) existentes até 1966. Esse processo de unificação ocorreu de forma facilitada, em grande parte devido à repressão aos sindicatos e à adoção de medidas autoritárias durante o regime militar. A partir de então, o Brasil passou a contar com um único órgão responsável por centralizar as ações relacionadas à previdência social, vinculado ao Ministério do Trabalho e da Previdência Social (Lapietra, 2023).

Dessa forma, o Sistema Nacional de Saúde, instituído no período da ditadura militar, tinha como característica a influência financeira por parte das instituições previdenciárias e também uma hegemonia da tecnocracia que de maneira recorrente favorecia a mercantilização da saúde. A lógica centralista dos governos militares (Cruz, 2017; Alves, 2023) resultou em reformas institucionais que afetaram de maneira profunda a saúde pública e a medicina previdenciária.

O INPS ficou marcado pela centralização administrativa e financeira, além da uniformização dos benefícios. A partir de 1972, trabalhadores autônomos e domésticos puderam se vincular à Previdência Social, contribuindo diretamente ao INPS. Esse crescimento ampliou a cobertura previdenciária e a assistência à saúde, mas também incentivou a privatização dos serviços médicos e a expansão de planos de saúde privados. Na década de 1970, o INPS tornou-se o principal comprador de serviços médicos, fomentando uma prática orientada pelo lucro. Paralelamente, na segunda metade dos anos 1970, surgiu uma forte mobilização popular pela redemocratização do país, liderada por sindicalistas, intelectuais, militantes oposicionistas, líderes estudantis e cidadãos insatisfeitos com o regime militar (Hochman, 2009).

Carvalho (2013) aponta que, muito embora ao longo da ditadura a ideia de um sistema de saúde que visasse o acesso a todos os cidadãos, geralmente ocorria na perspectiva de manutenção do próprio regime ditatorial, de forma que se optou então por reformas que ampliaram a participação privada no setor, principalmente nos centros urbanos seguido da expansão da previdência social aos trabalhadores rurais. Porém essa expansão da previdência social, até então pouco sustentada por um setor de saúde onde o seu alicerce eram pagamentos a profissionais do setor privada, tem como resultado à crise do financiamento da Previdência Social, onde juntamente a recessão econômica na década de 80 acaba impulsionando as discussões a respeito da necessidade de uma reforma no sistema (Lapietra, 2023).

No meio universitário na década de 1960 se inicia o despoite do Movimento Sanitário, em um momento em que a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) incentiva a utilização das ciências sociais aplicadas para analisar o quadro de saúde pública na América Latina, de modo que programas de medicina comunitária passaram a ser propostos como forma de enfrentamento a inacessibilidade dos serviços médicos a grande parte da população brasileira (Cruz, 2017). Carvalho (2013) também aponta que em meio a repressão da ditadura, pensava-se a ideia de um sistema de saúde que visava garantir o acesso à saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever inerente do Estado. Essa mobilização em prol de um sistema público de saúde universal e integral ocorria mesmo sob um regime autoritário, mas sempre com o objetivo de superá-lo. Como seria possível implementar um sistema universal de saúde, semelhante ao que os países europeus

começaram a construir no pós-guerra, no contexto das políticas do welfare state? (Carvalho, 2013).

No contexto da década de 80 que começa sob uma grave crise financeira da Previdência Social e com um déficit operacional crescente, tendo seu início em 1980 e tendo o seu ápice no ano seguinte como o resultado de uma série de políticas econômicas recessivas. Nesse cenário, cresceram as críticas relacionadas ao sistema de saúde governamental, onde propostas alternativas ao até então modelo vigente de saúde, enfatizavam a necessidade da democratização da saúde, da participação popular, universalização dos serviços, o caráter público do serviço e a descentralização de suas ações (Cruz, 2019; Lapietra, 2023).

Carvalho (2013) aponta que diversos atores participaram em torno dessa luta, porém cabe-se destaque a alguns, conforme apresentados abaixo:

- Movimentos populares: Movimentos populares surgiram nas periferias de São Paulo, liderados por cidadãos politizados e sem acesso à saúde. Três atores se destacaram: movimentos populares, associações de bairro e a Igreja Católica que, com a "opção pelos pobres", criou as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs). Estas combatiam injustiças sociais, defendendo o direito à saúde com ações concretas, não apenas discursos. Essa mobilização foi crucial para a luta por um sistema de saúde universal, culminando no SUS.
- Universidades: As universidades, especialmente as faculdades de medicina, tornaram-se protagonistas com duas inovações: primeiro, a integração dos estudantes com a realidade local, saindo do ambiente hospitalar por meio de projetos docente-assistenciais; segundo, a transformação dos departamentos de higiene em departamentos de medicina social, mais engajados com a realidade brasileira. Essas mudanças formam profissionais com uma visão social, muitos especializados em saúde pública, fortalecendo a luta por um sistema de saúde mais justo.
- Partidos políticos progressistas: Na década de 1970, durante o regime militar, o Brasil vivia sob um sistema bipartidário rígido. De um lado, a Arena, partido conservador aliado aos militares; de outro, o MDB, que se consolidou como a principal força de resistência à ditadura. O MDB abrigava diversas correntes progressistas e de esquerda, já que a criação de partidos independentes era

proibida. Comunistas, socialistas e outros grupos encontraram no MDB um espaço para atuar. O partido focou seu trabalho nas periferias dos grandes centros urbanos e em prefeituras, conquistando inicialmente algumas cadeiras no legislativo e, em 1976, assumindo prefeituras em cidades médias. Sua proposta era ir além de obras públicas, priorizando ações sociais, especialmente a saúde — um direito negado à maioria da população, que dependia do INAMPS (para trabalhadores formais) ou de planos de saúde privados, inacessíveis para a população mais pobre. Após o fim do bipartidarismo, partidos progressistas puderam se organizar livremente. Além de grupos que reativaram siglas antigas, surgiram novas formações, como o PT, com forte ligação aos movimentos sindicais e populares. Esses partidos tinham em comum a defesa de um sistema de saúde universal, integrando técnicos da saúde e a população na luta por políticas públicas mais justas e inclusivas.

Prefeituras de bandeiras progressistas: Nos anos 1970, as prefeituras emergiram como atores-chave na luta por políticas sociais, especialmente na saúde. Mais próximas da população, enfrentavam diretamente os problemas e angústias causados pela falta de acesso à saúde. Em 1976, várias administrações municipais adotaram bandeiras progressistas, comprometendo-se com o social e indo além de obras públicas. Surgiu assim o movimento municipalista de saúde, que, mesmo sem recursos extras e com o apoio limitado de universidades e sanitaristas, buscou garantir saúde para todos, especialmente para os mais pobres. Esse movimento coincidiu com a Conferência de Alma-Ata (1978), que destacou a importância da atenção primária à saúde. Inspirados por essa visão global, os municípios formaram equipes de atenção primária, compostas por médicos, enfermeiros e agentes de saúde, uma nova categoria que se tornou essencial para a promoção da saúde nas comunidades.

Tais discussões de uma nova proposta universal juntamente à comunidade e técnicos resultam naquilo denominado como Projeto da Reforma Sanitária. O movimento apropriado como Proposta de Saúde da Nova República por Tancredo Neves, foi crescendo e culminou como uma grande assembleia em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília onde a proposta de reforma foi referendada, juntamente a forte presença de cidadãos e usuários, uma vez que as AIS introduziram Conselhos de Saúde e participação comunitária em cada município como uma condição de adesão à proposta, seguindo a isso, a proposta foi entregue

aos constituintes que absorveram grande parte das teses ao definir a Ordem Social e, dentro dela, a Seguridade Social (Carvalho, 2013). Assim, movimento da Reforma Sanitária, que após fortes pressões sobre o Estado, consegue a expansão dos serviços de saúde e também junto às Ações Integradas em Saúde (AIS) o repasse de parte da arrecadação feita pelo INAMPS para as secretarias de saúde dos estados (Alves, 2023).

Paim (2011) reforça que o resultado dessa união de esforços foi a própria concepção ideológica do que seria a reforma sanitária brasileira, onde o entendia-se a saúde como uma questão social e política que deveria ser abordada no âmbito público, e a saúde deixa de ser um tema relacionado a uma condição biológica e passa a ser tratada como um direito garantido pelo Estado brasileiro. Até que em 1987, após forte pressão por parte dos sanitaristas, o Poder Executivo criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), tendo como objetivo auxiliar a consolidação e o desenvolvimento das ações integradas em saúde (Pinto, 2020).

Assim, em defesa do SUDS, Hésio Cordeiro o caracterizou como uma “estratégia ponte” para a condução da política de saúde, tendo como objetivo a descentralização e o deslocamento do poder decisório e financeiro para as secretarias estaduais de saúde, onde a seguinte configuração, segundo Hésio, permitiria a formação de alianças para o fortalecimento das ações necessárias para a criação do SUS, onde mesmo não sendo unanimidade dentro do Movimento Sanitário, se mostrava como a opção de maior viabilidade no contexto político antecedente a Assembleia Nacional Constituinte (ANC) (Cruz, 2017).

Dessa maneira, a Assembleia Nacional Constituinte (ANC) proporcionou uma oportunidade para a constitucionalização das propostas de um sistema de saúde democrático. O Movimento Sanitário apresentou à ANC um projeto consolidado por um extenso processo de debate e, paralelamente, exerceu sua capacidade de articulação política por meio de representantes de movimentos sociais e organizações da sociedade civil. Ao final da Plenária da Saúde, viabilizou-se a aprovação do projeto do Sistema Único de Saúde (SUS), que, embora tenha passado por modificações em relação às propostas iniciais submetidas à Comissão de Sistematização¹, manteve seus principais princípios estruturantes (Cruz, 2017).

Dessa forma, a trajetória da saúde pública no Brasil, desde os tempos coloniais até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), reflete uma constante luta entre exclusão e democratização. Se, no início do século XX, as campanhas sanitárias de Oswaldo Cruz marcaram os primeiros esforços organizados de saúde pública, foi apenas após décadas de mobilização social, embates políticos e críticas ao modelo privatizante e excludente da ditadura militar que se consolidou a ideia de um sistema universal e integral. O Movimento Sanitário, articulado por atores diversos — como universidades, movimentos populares, partidos progressistas e gestores municipais — desempenhou um papel fundamental na pressão por reformas, culminando na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e na constitucionalização do SUS em 1988, que será abordado na próxima seção deste trabalho.

3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A partir do projeto iniciado na reforma sanitária brasileira que trouxe reconhecimento da saúde como um direito e cidadania na Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com caráter público e universal, marcando mudanças profundas no papel e no modelo de intervenção do Estado na área da saúde (Machado, 2014). Paim (2018) aponta que até a promulgação da Constituição de 1988, o Brasil enfrentava sérios desafios em relação ao acesso universal e equitativo à saúde. Com seu sistema de saúde sendo marcado por uma extrema fragmentação, com diversos programas e serviços operando de forma desconectada, beneficiando principalmente quem possuía melhores condições financeiras. Essa desigualdade deixava grande parte da população, especialmente os mais pobres, sem acesso adequado aos cuidados de saúde.

Assim, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde foi consagrado como um direito fundamental de todos os cidadãos brasileiros e dever do Estado. Nesse contexto, o SUS foi oficialmente criado, estabelecendo-se como o principal instrumento para promover a universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços de saúde em todo o país (Peduzzi, 2016). Assim a partir de sua criação e sua instituição enquanto política de saúde em 1990 através da Lei nº8080/90, o SUS constitui um marco na história da saúde pública brasileira

como um sistema de saúde diretamente vinculado à ideia de saúde para todos e que, assim, firma em seus princípios a universalidade e igualdade de acesso às ações e serviços de saúde (Tetemann; Trugilho; Sogame, 2016).

A partir da CF de 1988, definiu-se a saúde como um dever do estado e como um direito do cidadão, assim por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) todo cidadão possui esse direito de acordo com suas necessidades sociais de maneira independente da sua capacidade de pagamento e sua inserção no mercado de trabalho ou de seu estado de saúde (Ocké-Reis, 2018). A universalização do direito à saúde representou um dos pilares fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e do movimento social que o originou. Essa proposta emergiu no contexto dos movimentos democráticos que impulsionaram a redemocratização do país no início da década de 1980, configurando-se como uma conquista política e social, e não apenas como uma decisão de natureza técnica (Dermindo; Guerra; Gondinho, 2020).

Atualmente o sistema de saúde brasileiro é formado por três subsetores: o público, onde os serviços são financiados pelo Estado nos níveis federais, estaduais e municipais, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não) onde os serviços têm como financiamento diversas fontes, com recursos próprios ou privados; e o setor de saúde suplementar com diferentes tipos de planos privados de saúde e seguros, além de subsídios fiscais. Embora os elementos públicos e privados do sistema sejam distintos, estão interconectados e os indivíduos podem utilizar os serviços de todos os subsetores, dependendo da facilidade de acesso e capacidade de pagamento, no caso do subsetor privado e suplementar (Paim; Travassos; Almeida; Bahia; Macinko, 2011).

No entanto, mesmo após ter sido concebido e institucionalizado no final da década de 1980, o SUS enfrentou os desafios de um cenário político complexo nos anos 1990. Nesse período, ocorreram mudanças no padrão de intervenção do Estado, acompanhada por transformações no processo de descentralização de responsabilidades e recursos, o que trouxe significativas implicações para as relações federativas (Gadelha; Machado; Lima; Baptista, 2011). Onde a descentralização redefine as responsabilidades entre os entes governamentais, reforçando a importância dos executivos municipais e estaduais nas políticas de

saúde, implicando a transferência de poder decisório, da gestão de prestadores e também de recursos financeiros para os estados e principalmente, aos municípios (Lima; Queiroz, 2014).

Essa descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) surge como uma maior autonomia na gestão dos serviços de saúde, possibilitando uma melhor adequação dos serviços e as necessidades locais, e também promovendo uma governança que reflita as realidades e especificidades enfrentadas de cada região. Todavia, essa autonomia requer um sistema de coordenação e regulação que seja eficaz e oriente os gestores locais garantindo a uniformidade dos serviços de saúde prestados em todo país (Moreira; Mendes, Sá, 2017).

A regionalização, por sua vez, tem como intuito organizar o SUS de forma territorial, subdividindo o país em regiões de saúde onde há agrupamentos de municípios que possuem características e demandas similares, a partir dessa organização, facilita-se a integração entre os níveis de complexidade dos serviços de saúde (Atenção Primária, Média e Alta Complexidade), de maneira a otimizar o uso de recursos e garantindo que a população tenha acesso a uma rede de atendimento que seja contínua e integral. Assim, a regionalização promove uma abordagem colaborativa entre os municípios e estados e cria uma rede interligada, possibilitando uma melhor cobertura dos serviços (Paschoalotto; Heimann, Viana, 2018).

A partir do ano de 2020, com a Emenda Constitucional n. 294 foi garantido o comprometimento das três esferas de governo para com o financiamento em saúde e estabelecidas fontes estáveis, com o intuito de prevenir crises e situações de insolvência.

O Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, 2024) brasileiro é composto por uma gama de ações e programas na oferta de serviços de saúde pública, conforme apresentado abaixo:

- Atenção Primária (SAPS): É o primeiro nível de atenção em saúde, é a porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a rede de atenção do SUS, marcado pelo princípio de universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado e integralidade da atenção. Abrange um conjunto de ações em saúde, individual e coletiva, abrangendo a promoção e proteção da saúde, bem como prevenção de

agravos, diagnósticos, tratamento e reabilitação (Ministério da Saúde, 2024). As ações relacionadas à Atenção Primária são descritas no Quadro 1 logo abaixo:

Quadro 1 – Ações e programas relacionados à atenção primária

Ações e Programas	Características
Banco de Leite Humano	Ação de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, englobando ações de coleta, processamento e distribuição de leite humano para bebês prematuros ou de baixo peso que não têm a possibilidade de serem alimentados pelas próprias mães.
Cuida Mais Brasil	Aprimorar a assistência à saúde da mulher e à saúde materno-infantil. Considera aspectos regionais de organização para levar por meio de financiamento federal, ações complementares de apoio às equipes do Estratégia Saúde da Família e Atenção Primária.
Estratégia Saúde da Família	Visa reorganizar a atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS, é colocada como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho. É composto por equipes multidisciplinares e cada equipe é responsável por no máximo 4.000 pessoas.
PNPIC	São abordagens terapêuticas que tem como objetivo a prevenção de agravos em saúde, a promoção e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, e a construção de laços terapêuticos e a

	conexão entre o ser humano, meio ambiente e sociedade.
Política Nacional de Saúde Bucal	Conhecida como Brasil Sorridente, presta acesso a serviços odontológicos, ofertados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) sendo a porta de entrada do cidadão para o atendimento odontológico.
Programa Academia da saúde	Criado em 2011, inspirado em iniciativas municipais que agregam a prática de atividade física a outras ações de promoção da saúde. No âmbito da atenção primária é implementado em polos com infraestrutura específica e equipamentos qualificados. Os polos são estabelecimentos sob a gestão das secretarias municipais e distritais de saúde, cabendo às esferas estaduais o apoio e desenvolvimento dessas estruturas.
Programa Bolsa Família	Programa de transferência de renda, relançado em 2023. Reconhecido internacionalmente por ter tirado milhões de famílias da fome. Integrado ao Ministério da Saúde para o cumprimento do calendário nacional de vacinação e acompanhamento do estado nutricional de pacientes com até 7 anos e realização de pré-natal em gestantes.
Programa de Volta para Casa	Oferece auxílio à reabilitação psicossocial e é destinado a pessoas com transtornos mentais, com histórico de internação longa a partir de dois anos em hospitais psiquiátricos ou custódia. O auxílio reabilitação atua para restituir o direito de

	morar e conviver em liberdade, bem como a promoção da autonomia de seus usuários.
Programa Saúde na Escola	Iniciativa conjunta entre o Ministério da Saúde e Educação com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento de estudantes da rede pública de ensino básico, através da articulação entre profissionais da Atenção Primária e da educação.
Mais Médicos	Programa que busca resolver a questão do atendimento básico à população, e cria condições para continuar a garantir o atendimento qualificado para aqueles que utilizam de maneira recorrente o SUS, levando médicos para regiões prioritárias, remotas de difícil acesso e alto índice de vulnerabilidade com escassez ou ausência de profissionais.

Fonte: Adaptado pelo autor (Ministério da Saúde, 2024).

- Atenção Especializada à Saúde (SAES): A Secretária de Atenção Especializada à Saúde (SAES) é responsável por controlar a qualidade e avaliação dos serviços especializados disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde a população, bem como identificar serviços de referência para estabelecer padrões técnicos para o atendimento de urgência e emergência; atenção hospitalar e segurança do paciente (Ministério da Saúde, 2024). Também é atribuído ao programa a implementação da política de regulação assistencial do SUS, e a certificação de entidades beneficentes que prestam serviços complementares à rede pública, e o apoio e desenvolvimento de mecanismos que fortaleçam a organização do sistema e a capacidade de gestão nas três esferas de governo. Algumas das principais ações e programas da Atenção Especializada à saúde são apresentadas no Quadro 2 logo abaixo:

Quadro 2. Ações e estratégias relacionadas ao SAES.

Ações e Programas	Características
Atenção Domiciliar (AD)	É o atendimento de saúde realizado na casa do paciente, integrando cuidados de prevenção, tratamento e reabilitação para garantir continuidade e suporte próximo à Rede de Atenção à Saúde.
Cebas	A certificação das entidades beneficentes é o reconhecimento do Governo Federal para instituições privadas sem fins lucrativos, que atuam em assistência social, saúde e educação, cumprindo requisitos legais. Essas entidades complementam o SUS, ampliando a oferta de serviços de saúde.
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços comunitários de saúde mental que oferecem atendimento especializado e gratuito. Com uma equipe multiprofissional, eles apoiam pessoas com necessidades decorrentes de transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas, proporcionando reabilitação psicossocial e suporte em momentos de crise.
Doação de Sangue	A Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados busca assegurar a autossuficiência do Brasil na área de sangue e hemoderivados. Implementada pelo Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN) no âmbito do SUS, essa política coordena ações de coleta, processamento e distribuição de sangue em todo o país. Através da Rede de Serviços de Hemoterapia e dos centros de produção de

	hemoderivados, ela harmoniza as ações entre diferentes níveis de governo para garantir segurança e qualidade no setor.
Força Nacional do Sistema Único de Saúde	É uma iniciativa voltada a dar suporte rápido em crises de saúde pública que ultrapassam a capacidade de resposta dos estados e municípios. Criada em 2011 após o desastre da Região Serrana do Rio de Janeiro, a FN-SUS é acionada para intervenções emergenciais em desastres naturais, crises sanitárias, e grandes eventos.
Programa Nacional de Triagem Neonatal	Procedimento preventivo que identifica, ainda nos primeiros dias de vida, doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas e endocrinológicas em recém-nascidos. O objetivo é permitir que essas condições sejam tratadas rapidamente, prevenindo sequelas graves e a mortalidade infantil. Além da detecção precoce, o TNB inclui o monitoramento e acompanhamento das crianças diagnosticadas, garantindo que recebam o tratamento necessário ao longo do desenvolvimento.
SAMU 192	É um componente essencial da Política Nacional de Atenção às Urgências, integrando a Rede Assistencial Pré-Hospitalar Móvel. Ele oferece atendimento imediato em casos de urgência de natureza clínica, cirúrgica, traumática ou psiquiátrica. O objetivo é alcançar a vítima rapidamente após o incidente, estabilizando sua condição e realizando um transporte adequado, quando necessário. Esse atendimento evita a piora da condição da

	vítima, reduzindo o sofrimento, prevenindo sequelas e até evitando óbitos, sendo fundamental para salvar vidas e melhorar os desfechos de saúde.
UPA 24H	É parte da Política Nacional de Atenção às Urgências, oferecendo atendimento contínuo para casos clínicos e traumáticos. Possui uma equipe multiprofissional, estabiliza pacientes e realiza avaliações iniciais, garantindo o encaminhamento a unidades de referência quando necessário e a continuidade do cuidado.

Fonte: Adaptado pelo autor (Ministério da Saúde, 2024).

- Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (SECTICS): Tem como competência principal a formulação, implementação e avaliação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, viabilizando a cooperação técnica a estados, municípios e o DF, articular a ação do Ministério da Saúde com as organizações governamentais e não- governamentais, tendo em vista o desenvolvimento científico e tecnológico voltado para a saúde.
- Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA): Criada em 2003, tem como objetivo ampliar as ações de vigilância epidemiológicas. A partir de sua criação, atividades antes desempenhadas pelo Centro Nacional de Epidemiologia, da Fundação Nacional de Saúde, passaram a ser executadas pela Secretaria. Entre suas ações estão os programas nacionais de combate à dengue, malária, e outras doenças transmitidas por vetores, o Programa Nacional de Imunização, a prevenção e controle de doenças imunopreveníveis, controle de zoonoses e por fim a vigilância de doenças emergentes (Ministério da Saúde, 2024).
- Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES): É responsável pela formulação de Políticas Públicas orientadores de gestão, formação e qualificação dos trabalhadores da área de saúde no Brasil. Cabendo a competência de integração entre os setores de saúde e educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais na área de saúde, e a

integração e aperfeiçoamento da relação entre as gestões federais, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os estados ficam responsáveis por aplicar no mínimo 12% de suas receitas de impostos, os municípios 15% e a União deve investir o montante executado no ano anterior, corrigido pela variação do Produto Interno Bruto (PIB), para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, não estando, portanto, submetida a um percentual mínimo fixo (Menezes; Moretti; Reis, 2019). Phelps (2017) ao abordar o sistema de saúde aponta a necessidade de recursos humanos em saúde, o acesso aos serviços prestados, os recursos humanos em saúde, e também o financiamento da saúde enquanto uma despesa corrente em porcentagem do produto interno bruto e também as despesas arcadas pelos próprios indivíduos.

Nesse sentido, o Brasil desenvolveu um modelo de proteção social, aqui especificamente voltado à saúde, que é marcada por uma provisão-paralela ou duplicada por parte do Estado e do mercado (Ocké-Reis, 2009). Ao longo do tempo, os recursos alocados para o SUS com relação ao PIB se manteve estável, enquanto os gastos das famílias e empregadores em saúde demonstrou um crescimento substancial, impulsionado por subsídios fiscais, que favoreceram a comodificação do setor (Ocké-Reis, 2018).

A partir do ano de 2015 a EC n. 865 tornou obrigatória a execução das emendas parlamentares individuais e estabeleceu que os recursos federais mínimos para a saúde passariam a ser calculados com base na Receita Corrente Líquida (RCL) da União, iniciando por 13,2%, em 2016, até o valor de 15% da RCL, em 2020 (Menezes, Moretti e Reis, 2019). Porém, apesar de muitos recursos dos estados e municípios serem aplicados na área da saúde, o produto interno bruto (PIB) não chegou a ultrapassar a marca de 4%, um valor considerado baixo, ao se comparar com países que também adotam o sistema universal de saúde, que se localizam entre 6% e 10% do PIB (Piola, 2013).

Além disso, a Emenda Constitucional 95/2016, que congelou os gastos públicos por 20 anos, aprofundou a crise no financiamento da saúde. Ao limitar os investimentos em áreas essenciais como saúde e educação, essa medida restringiu a capacidade do SUS de expandir sua cobertura e aprimorar a qualidade dos serviços oferecidos. Assim, instituído em 2016, o Novo Regime Fiscal impôs o limite de gastos para as

contas públicas, inclusive na saúde, cujo orçamento passa a ser o mesmo do ano anterior, corrigido apenas pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (IPCA) (Saldiva, 2018). Onde, ao longo de 20 anos, a Ementa do Teto de Gastos retiraria do SUS um valor próximo de R\$400 bilhões de reais, caso, o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) a 2% ao ano e o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (IPCA) ou a inflação em 4,5% (Vieira; Benevides, 2016).

Como resultado, o financiamento permaneceu estagnado, enquanto a demanda por serviços de saúde continuava a crescer, impulsionada pelo envelhecimento populacional e pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis (Paiva; Teixeira, 2014). De forma que a não adequação do investimento público para o SUS, mesmo que em tempos de ajustes fiscais, terão como consequência um ônus de doenças e mortalidade, que não devem ser toleradas (Saldiva, 2018).

Ainda que o novo arcabouço fiscal (PLP nº 93/23) ao revogar a Emenda do Teto dos Gastos e apontar para um equilíbrio que é necessário entre a responsabilidade fiscal e social, ainda se encontram importantes retrocessos que podem impactar negativamente o orçamento do sistema de saúde. Colocando em risco as tarefas do SUS Constitucional para desafios futuros do país, como a mudança do quadro demográfico e epidemiológico, as filas de exames e consultas, e também a constante falta de insumos na rede pública (Cunha, 2023).

No entanto, o subfinanciamento do SUS não é um fenômeno recente, mas uma condição estrutural que compromete a consolidação do sistema como um modelo de saúde universal. A disputa por recursos para sua manutenção tem sido uma constante, ao mesmo tempo em que a arrecadação pública é impactada por políticas de renúncia fiscal, reduzindo o montante disponível para investimentos na saúde. Esse mecanismo manifesta-se de maneira significativa no próprio setor, por meio de três principais modalidades: deduções de despesas médicas no imposto de renda para pessoas físicas e jurídicas, isenções fiscais concedidas à indústria farmacêutica e de equipamentos médicos e benefícios tributários às entidades classificadas como filantrópicas. Essa dinâmica contribui para perpetuar o descompasso entre o financiamento do SUS e a crescente demanda por serviços, acentuando os desafios na garantia do direito à saúde e na mitigação dos impactos sociais decorrentes desse cenário (Kawabata; Mendes, 2023).

Esse subfinanciamento crônico na saúde pública, por muito tempo foi considerado um dos maiores obstáculos para o SUS, onde diversas iniciativas foram adotadas como maneira de contorná-lo, como por exemplo a Contribuição Provisória de Movimentação Financeira, da EC-29/2000 e também pelo do movimento Saúde+10, mas não alteram de modo efetivo a estrutura de financiamento do sistema, de forma que o valor destinado pelo poder público enquanto percentagem do PIB destinado à saúde, continuou sendo inferior, proporcionalmente ao gasto privado (Melo, 2017).

Dessa forma, com recursos insuficientes o SUS confronta problemas na manutenção de sua rede de serviços e também na remuneração de seus trabalhadores, limitando os investimentos para a sua ampliação. Assim, a decisão de compra de serviços no setor privado se fortalece, e a ideologia da privatização ganha força, de modo que, assim, prevalece um boicote de maneira passiva através do subfinanciamento público, e ganha força um boicote ativo, quando o Estado reconhece e concede privilégios ao setor privado, como no caso de subsídios, desonerações e sub-regulamentação (Paim, 2018; Kawabata; Mendes, 2023).

Assim, parte dos problemas atribuídos ao SUS resulta de um cerco promovido por interesses econômicos que buscam legitimá-lo perante a sociedade. Esse processo é agravado pelo subfinanciamento crônico do sistema, que não apenas enfraquece a saúde pública, mas também induz à mercantilização do setor, ampliando a dependência de trabalhadores e empregadores em relação a bens e serviços privados de saúde. Dessa forma, garantir um financiamento adequado ao SUS é fundamental para conter a lógica de mercado na saúde pública e eliminar o parasitismo do setor privado sobre o sistema, reforçando seu caráter universal e equitativo (Funcia, 2022).

Cabe ressaltar que processo de transição demográfica no Brasil precisa ser considerado para garantir o aprimoramento e a sobrevivência do SUS, em um cenário de doenças e mortes e incapacitações é complexo, ao mesmo tempo que a população do país envelhece a um ritmo acelerado, levando a um número cada vez maior de doenças de caráter crônico, como outras doenças infecciosas e parasitárias (Saldiva, 2018). Desse modo, as alterações no padrão demográfico impactam diretamente o sistema de saúde brasileiro, devido ao aumento quantitativo de pessoas acima de 60 anos, aumentando a demanda por serviços de cuidados a

atenção especial a este grupo populacional, especialmente assistência médica de alta complexidade (Peixoto, 2020; Cassotti; Santos, 2023).

Pode-se contextualizar o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de fortes movimentos sociais no período final da ditadura militar, e se concretizando a partir da Constituição Federal de 1988 com caráter universal, gratuito, e também descentralizado, sendo subdivido em diversos programas e ações voltadas para o atendimento em saúde, sendo financiado de maneira direta pelo Estado, em suas três esferas: federal, estadual e municipal.

Porém, de maneira posterior a sua implementação o sistema passou por uma série de desafios, como o seu subfinanciamento crônico, derivado disso o fenômeno da financeirização e a mercantilização da saúde. Além do mais, a importância da saúde pública e sua manutenção, através de investimentos, por parte do estado, onde os gastos estatais são apontados como um dos principais contribuidores para o aumento da longevidade e do desenvolvimento social. Discussão essa que será discutida no tópico seguinte deste trabalho.

4 INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL

Indicadores são medidas, geralmente quantitativas, dotadas de um significado social substantivo, que pode ser utilizado para fins de substituição, quantificação ou operacionalização de um conceito social abstrato, tanto de interesse teórico quanto programático. É um recurso metodológico referido de maneira empírica, que informa algo sobre algum aspecto da realidade social. Dentro da pesquisa social é a evidência empírica dos fenômenos sociais observados, sendo um instrumento operacional para monitoramento da realidade social, para fins de formulação e reformulação de políticas públicas (Jannuzzi, 2006).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida que se resume a um processo de longo prazo baseado em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. Foi criado para oferecer uma nova opção frente ao uso do Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que apenas leva em consideração a dimensão econômica em seu desenvolvimento. Foi desenvolvido por Mahbub ul Haq com a colaboração de Amartya Sen, o IDH busca ser uma medida geral e sintética que, apesar de ampliar as perspectivas sobre o desenvolvimento humano, não abrange e muito menos esgota todos os aspectos relacionados ao desenvolvimento (Organização das Nações Unidas, 2024).

O IDH é uma medida socioeconômica que tem se mostrado uma variável interessante para avaliação do bem-estar social e econômico nas sociedades, uma vez que essa métrica agrega diversas variáveis relacionadas à educação, saúde, renda, que tem grande importância ligadas a multiplicidade de conceitos sobre qualidade de vida (Prearo; Maraccini; Romero, 2015).

Neri (2008) pontua o fato de o IDH utilizar, de maneira simples, estatísticas disponíveis para um grande número de países e o uso destas estatísticas estarem vinculadas às áreas-chave no campo de política pública como: economia, saúde e educação. Todavia, foi o primeiro índice social a ser utilizado em escala global a oferecer a possibilidade de avaliar áreas cruciais para a promoção da qualidade de vida humana. O PNUD (2016) aponta que o desenvolvimento humano emana diferenças com o desenvolvimento econômico, uma vez que este enxerga as pessoas pela sua capacidade de gerar rendas, enquanto aquele, vai além do viés econômico, com maior enfoque em qualidades que influenciam o desenvolvimento

humano, visando o alcance de um padrão de vida adequado para a população de determinado território.

Para auxiliar na medição do IDH, a Organização das Nações Unidas (ONU) coloca certos intervalos para a classificação do desenvolvimento humano nos países a partir dos fatores de educação, saúde e renda, conforme apresentado no quadro abaixo:

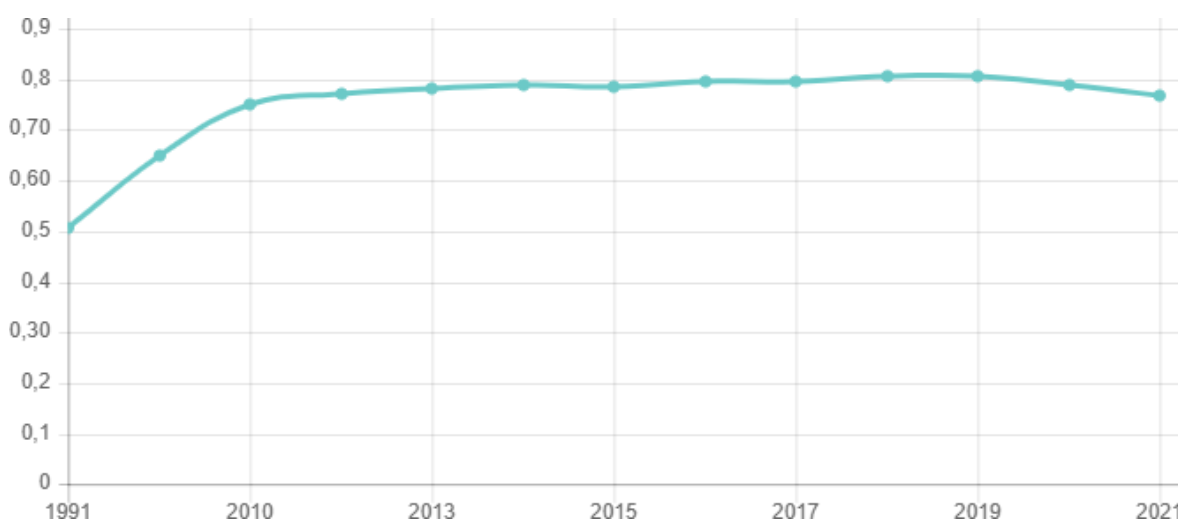
Quadro 3 – Classificação do IDH

Intervalo do IDH	Nível de Desenvolvimento Humano
0,800 - 1,000	Muito alto desenvolvimento humano
0,700 - 0,799	Alto desenvolvimento humano
0,550 - 0,699	Médio desenvolvimento humano
0,000 - 0,549	Baixo desenvolvimento humano

Fonte: Adaptado pelo autor (Organização das Nações Unidas, 2024).

No ano de 2021 (IBGE, 2024) o Índice de Desenvolvimento Humano no estado do Paraná se encontrava em 0,769 (alto), conforme apresentado na figura abaixo:

Figura 1 – Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano do Estado do Paraná

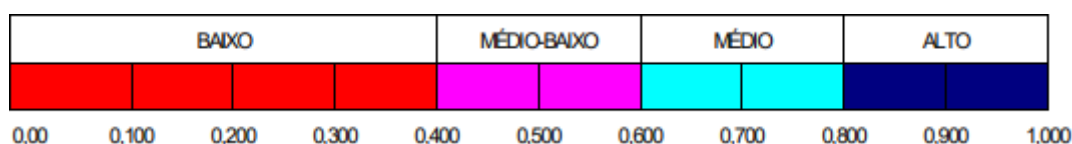


Fonte: Adaptado pelo acadêmico (IBGE, 2025).

A partir do ano de 2013, o PNUD, IPEA e Fundação João Pinheiro começam a calcular o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), sendo este um índice composto por longevidade, educação e renda, tendo como intuito agregar três das mais importantes dimensões do desenvolvimento humano: a oportunidade de uma vida longa e saudável, o acesso ao conhecimento e a possibilidade de ter um padrão de vida que garanta as necessidades básicas. Dessa forma, o IDHM utilizada para o seu cálculo final, a média geométrica da expectativa de vida ao nascer (IDHM Longevidade), renda per capita (IDHM Renda) e escolaridade da população adulta e o fluxo escolar da população jovem (IDHM Educação), cabendo destaque que os dois últimos aspectos, antes do cálculo final, também é feita a média geométrica (Pinheiro; Vieira; Oliveira, 2019).

No contexto do estado do Paraná o IPDM (Índice de Desenvolvimento Municipal Paranaense) é um indicador sintético que avalia as condições socioeconômicas dos municípios do Estado do Paraná, abrangendo três dimensões principais: renda (composta por remuneração do trabalho, emprego formal e produção agropecuária), educação (com base no atendimento à educação infantil e indicadores como IDEB, taxa de abandono, distorção idade-série e formação docente) e saúde (considerando consultas pré-natais, óbitos por causas mal definidas e mortalidade infantil evitável). Utilizando dados administrativos de fontes públicas, o IPDM geral é calculado pela média aritmética simples dos índices parciais, variando de 0 a 1, onde 0 representa o desempenho mínimo e 1, o máximo, conforme apresentado no Quadro 4. Inspirado no IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) do PNUD/ONU, o IPDM tem como objetivo fornecer uma análise anual atualizada do desenvolvimento local (IPARDES, 2025).

Quadro 4 - Índice de Desenvolvimento Municipal Paranaense (IPDM)



Fonte: IPARDES (2021).

Outro indicador à parte do IDH, IDHM e o IPDM do estado do Paraná, o índice Gini, criado pelo economista e também estatístico italiano Corrado Gini, se trata de um instrumento utilizado para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo em uma determinada região, apontando a diferença entre os rendimentos dos mais ricos e também dos mais pobres (Gini, 1912). Sendo uma medida de desigualdade social muito utilizada para medir o nível de desigualdade relativo à distribuição de renda em um país ou em uma região. Tendo seus valores representados entre zero e um, onde quanto mais próximo de zero, menor a desigualdade de renda, tendo assim a função de apontar se há muita ou pouca diferença entre os mais ricos e os mais pobres na população de uma determinada região (Abreu; Almeida; Durães; Govone, 2023).

5 A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

A capacidade de governos em promover desenvolvimento tanto econômico quanto humano se caracteriza como um dos principais problemas sociais ao longo da história, de forma que os gastos públicos em educação e saúde são uma das bases do estado de bem-estar social moderno e certamente uma política essencial para melhora da qualidade de vida da população (Lescano; Gallo; Sagalés, 2023).

Ao se relacionar o impacto do financiamento estatal em saúde, é demonstrado por Onofrei; Vatamanu; Vintila e Cigu (2021), ao estudarem a relação entre os investimentos governamentais em saúde e seus impactos em países em desenvolvimento nos países da União Europeia, que os recursos financeiros representam uma importante fonte para a performance do sistema de saúde, em especial em situações de crises econômicas. E também que um aumento nos gastos em saúde na casa do 1% é associado à redução da mortalidade infantil em cerca de 0,64%..

Seguindo isso, ao estudarem a relação entre investimento público em saúde e a longevidade, Aísa; Clemente e Pueyo (2014) mostraram que o aumento do gasto público em saúde está diretamente ligado a um aumento da longevidade, porém aponta que após a influência do setor atingir cerca de 8% do produto interno bruto (PIB) esse crescimento sofre uma desaceleração, porém segue com tendência de crescimento. Sendo corroborado posteriormente pelo apresentado por Ray e Linden (2019), onde demonstram, através de uma análise em *panel data*, que o investimento público impacta de maneira significativa e positiva a promoção em saúde, especialmente em países com rendas menores.

No contexto do SUS, que enfrentou inúmeros desafios ao longo de sua história que dificultaram a plena concretização de seus objetivos constitucionais, entre os principais obstáculos, destaca-se o subfinanciamento crônico, que compromete a sustentabilidade do sistema e a execução eficiente de suas políticas. Essa limitação financeira gerou uma distribuição desigual de recursos, aprofundando as disparidades regionais no acesso aos serviços de saúde. Regiões historicamente menos desenvolvidas, como o Norte e o Nordeste,

enfrentaram maiores dificuldades na alocação de recursos financeiros e humanos, comprometendo diretamente a equidade no acesso aos serviços de saúde (Carvalho, 2013). Essas disparidades regionais impactam não apenas a infraestrutura e a disponibilidade de serviços, mas também ampliam as desigualdades no acesso a cuidados especializados e aumentam o tempo de espera para a realização de procedimentos médicos (Santos, 2018).

Esse cenário é acentuado quando se leva em consideração as mudanças demográficas, como o envelhecimento populacional conforme apontado por Marchandot e Morel (2025) ao estudar a financeirização do sistema de saúde francês, e também apontam que com a urbanização a concentração de serviços médicos nas grandes cidades, e a dominância de certas práticas e especialidades médicas afetam com uma maior demora para atendimento e listas de espera mais longas, principalmente em zonas rurais.

De forma complementar, ao estudar as desigualdades regionais do sistema de saúde espanhol, Martínez; Grasso e Montero (2022) apontaram que há uma relação significativamente positiva entre a influência dos gastos públicos em saúde no bem-estar, de forma que o mesmo proporciona um aumento do bem-estar geral da população. De forma que pode-se sugerir que a existência de uma estrutura pública de saúde para esta população gera um impacto positivo para o seu desenvolvimento (Corrêa, 2016). Indo de acordo com o apontado por Lescano, Gallo e Sagalés (2023) que apontam que os gastos em saúde por parte do estado, independente no nível, é associado de maneira positiva à expectativa de vida, educação e renda per capita, que consequentemente promove uma melhoria no IDH.

Já Schettini (2024) aponta que o gasto em saúde desempenha um importante papel com relação a redução das desigualdades sociais, uma vez que promove um acesso igualitário aos serviços de saúde para todos os segmentos da população. Além disso, ao estudar a relação entre os gastos em saúde e o bem-estar social na Argentina, demonstra que há uma forte correlação positiva entre os gastos e a esperança de vida, e também uma relação negativa com a mortalidade materna e a geral. Corroborando a análise de Townsend, Martinez e Pandey (2022), na qual, países e territórios com sistemas de saúde públicos

apresentaram uma expectativa de vida significativamente maior a países que não possuem sistemas de saúde públicos.

Conforme apontado por Singh et al. (2025), o gasto público em saúde, reflete o nível de investimento de um país em seu sistema de saúde e está associado à ampliação do acesso aos serviços, à redução das taxas de mortalidade e à melhoria da expectativa de vida.

No estudo de Magida et al. (2025), os autores identificam que o gasto público em saúde apresenta impacto positivo e significativo no desenvolvimento humano no longo prazo, indicando que o investimento contínuo no sistema de saúde contribui para a melhoria dos indicadores sociais. De forma complementar, Silva et al. (2025), ao analisarem os municípios do sertão alagoano, observaram que os municípios com maiores gastos totais em saúde também figuravam entre aqueles com melhores níveis de IDH, sugerindo a existência de relação direta entre volume de investimento e desenvolvimento humano

Dessa forma, observa-se que o investimento público em saúde é amplamente associado a melhorias em indicadores sociais, como a redução da mortalidade infantil, o aumento da longevidade e o fortalecimento do desenvolvimento humano, conforme apontado por estudos em diferentes contextos nacionais e internacionais. A literatura analisada evidencia que o gasto em saúde pública não apenas contribui para a expansão do acesso aos serviços de saúde, mas também desempenha um papel relevante na diminuição das desigualdades sociais, promoção do bem-estar da população. Esses resultados reforçam a importância do financiamento estatal na consolidação de sistemas de saúde mais equitativos e eficientes, impactando positivamente a qualidade de vida e o desenvolvimento socioeconômico.

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa possui natureza quantitativa e longitudinal, sendo esse um tipo de investigação que se concentra na quantificação de dados e na análise estatística dos mesmos, com o objetivo de testar hipóteses ou verificar relações causais entre variáveis. Ela busca obter informações mensuráveis e gerais sobre um fenômeno, o que permite fazer inferências sobre uma população com base em amostras. É longitudinal pois é caracterizada por coletar dados ao longo de um período prolongado, com o objetivo de observar mudanças, tendências ou a evolução de variáveis específicas em um contexto definido. Podendo identificar relações causais ou padrões que se desenvolvem ao longo do tempo (Creswell, 2007).

Tendo o Estado do Paraná como região de estudo, contando com cerca de 399 municípios e uma população de 11.444.380 de acordo com dados do IBGE do ano de 2022 (IBGE, 2025). Também serão utilizados dados secundários, que serão coletados nas bases de dados do Ministério da Saúde (MS), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), Governo do Estado do Paraná, plataforma DATASUS, SIOPS e Secretaria do Tesouro Nacional (STN/SICONFI) no período entre censos de 2010 e 2022.

Os dados coletados foram organizados no *Excel (Microsoft)* em formato de planilha sendo feito o agrupamento de dados a partir da sugestão de análise para dados em painel, onde os dados foram empilhados, formados por uma coluna para cada variável com dados referentes a cada município em ordem cronológica e relacionando cada município a um identificador numérico que vai do número 1 ao número 399, tendo cada município 5187 observações por variável coletada no banco de dados.

Para o tratamento dos dados foi optado pelo método de dados em painel ou *panel data* através do software “R” utilizando os pacotes “plm” “lmtree” “sandwich” e “stargazer”, tendo o IPDM como variável dependente. Dentro das variáveis explicativas, cabe ressaltar que a variável pib per capita referente ao ano de 2022 para os 399 municípios foram estimadas a partir dos dados entre os anos de 2010 e 2021, por meio de uma análise de regressão simples, tendo como X o ano de 2022, pois o IBGE até a presente data não disponibilizou o dado para o período.

A análise tomou como variável dependente o Índice IparDES de Desenvolvimento Municipal (IPDM), o qual avalia o desempenho dos 399 municípios do Estado do Paraná a partir de três dimensões fundamentais: renda, emprego e produção agropecuária; saúde; e educação. Sua construção baseia-se em estatísticas de natureza administrativa, provenientes majoritariamente de registros obrigatórios disponibilizados por entidades públicas (IPARDES, 2025).

6.1 PROCESSO DE ANÁLISE

Para o processo de análise, adotou-se o método de dados em painel, o qual integra informações de natureza transversal e temporal em uma única estrutura analítica. Essa abordagem possibilita examinar múltiplas unidades observadas ao longo de diferentes períodos, ampliando o poder explicativo do modelo e permitindo o controle da heterogeneidade não observada específica de cada unidade. Tal heterogeneidade refere-se a características estruturais, institucionais ou contextuais que permanecem relativamente constantes no tempo e que podem influenciar os resultados analisados, ainda que não sejam diretamente mensuráveis (Gujarati, 2011). Dentro da análise de dados em painel, pode-se realizar por meio de efeitos-fixos e aleatórios.

O modelo de efeitos fixos pressupõe que tais efeitos possam estar correlacionados com as variáveis explicativas. Nessa perspectiva, controla-se explicitamente a influência dessas características invariantes no tempo, estimando-se os coeficientes a partir das variações internas de cada unidade ao longo do período analisado. Essa estratégia confere maior robustez às estimativas quando há indícios de associação entre as especificidades das unidades e as variáveis independentes (Gujarati, 2011). E os efeitos aleatórios, de que os efeitos individuais não observados não estão correlacionados com as variáveis explicativas, sendo incorporados ao termo de erro composto. Sob essa condição, o estimador de efeitos aleatórios torna-se mais eficiente, uma vez que utiliza simultaneamente a variação entre unidades e ao longo do tempo (Gujarati, 2011).

Para a análise dos dados e teste das hipóteses propostas foi utilizado a análise de dados em painel no *software* R. De forma inicial foi realizado o de Im, Pesaran e Shin (IPS) para verificar a estacionariedade e presença de raízes unitárias para cada uma das variáveis selecionadas. Os resultados do IPS indicaram que as variáveis de

ipdm, pib per capita, densidade demográfica, proporção de idosos, gasto total em saúde e gasto per capita em saúde não apresentaram estacionariedade em nível, dessa forma sendo transformadas para alcançar a estacionariedade. As demais variáveis apresentaram estacionariedade em nível segundo o teste IPS.

A partir do teste de IPS foi identificado que as variáveis IPDM, densidade demográfica, PIB per capita, gasto em saúde per capita e proporção de idosos apresentaram indícios de raiz unitária em nível. Contudo, após a aplicação da primeira diferença, essas séries tornaram-se estacionárias. Diante da existência de variáveis $I(1)$, tornou-se necessário verificar se as séries compartilham uma relação de equilíbrio de longo prazo. Para isso, empregou-se o procedimento de Engle-Granger em painel.

Inicialmente, estimou-se a equação de longo prazo em nível e, em seguida, avaliou-se a estacionariedade dos resíduos por meio do teste de Levin-Lin-Chu (LLC). A rejeição da hipótese nula de raiz unitária nos resíduos indicou que estes são estacionários, evidenciando a presença de cointegração entre as variáveis. Isso significa que, embora algumas séries sejam individualmente não estacionárias, elas mantêm uma trajetória comum de equilíbrio ao longo do tempo.

Desse modo, embora algumas variáveis apresentem comportamento não estacionário, a análise baseia-se em uma especificação em níveis com efeitos fixos. Em painéis com grande dimensão transversal (N elevado) e dimensão temporal relativamente pequena (T reduzido), o estimador within permanece consistente sob condições padrão de exogeneidade (PHILLIPS; MOON, 1999). Considerando a natureza estática do modelo e o foco nos efeitos institucionais e não na modelagem de relações dinâmicas de equilíbrio de longo prazo, não se faz necessária a adoção de um arcabouço formal de cointegração em painel. Dessa forma, a existência de cointegração autoriza a estimação dos modelos em nível.

Assim, optou-se por seguir com a estimação do modelo em nível, uma vez que essa especificação permitiu a inclusão de todas as variáveis, tendo como variável dependente o IDPM. Tendo a fórmula representada como:

$$\log(\text{ipdm_pr}) \sim \text{densidade_dem} + \text{pib_pc} + \text{gasto_saude_pc} + \text{cobertura_esf} + \text{cobertura_planos} + \text{taxa_mortalidade_infantil} + \text{taxa_mortalidade_geral} + \text{leitos_hospitales_pm} + \text{medicos_pm} + \text{proporcao_idosos} + \text{eleicoes_m} + \text{eleicao_g} + \text{d_covid} \quad (1)$$

A escolha do Índice Iparde de Desempenho Municipal (IPDM) em detrimento do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ocorreu pois o IDH a nível municipal no estado do Paraná estava desatualizado desde 2010, assim a utilização do IPDM justifica-se por sua atualização periódica que comportava o período da pesquisa (2010-2022) e também a sua adequação à realidade dos municípios paranaenses. O IPDM utiliza dimensões e indicadores semelhantes aos do IDH, porém apresenta maior sensibilidade às especificidades regionais do Estado do Paraná, permitindo uma análise mais ajustada às dinâmicas locais.

Com relação à multicolinearidade foi verificada das variáveis foi verificada através do Fator de Inflação de Variação (VIF), onde nenhuma variável apresentou valor alto, dessa forma todas as variáveis selecionadas foram utilizadas para o modelo estatístico. Para o modelo estatístico foram utilizados os pacotes “*plm*”, “*lmtest*” e “*sandwich*” do R.

Adicionalmente, a estimação foi conduzida com erros-padrão robustos, a fim de corrigir potenciais problemas de heterocedasticidade e autocorrelação no contexto de dados em painel. O uso de erros robustos permite obter estimativas consistentes das variâncias dos coeficientes, assegurando maior confiabilidade aos testes de significância e intervalos de confiança (Wooldridge,2010).

Para determinar a especificação mais adequada entre os modelos de efeitos fixos e efeitos aleatórios, foi aplicado o teste de Hausman, cujo resultado apontou a superioridade do modelo de efeitos fixos, indicando a existência de correlação entre características não observadas dos municípios e as variáveis explicativas. Na estimação por efeitos fixos, as variáveis de financiamento em saúde foram incorporadas em valores per capita. Também foram incluídas variáveis *dummies* para averiguar o choque político em anos eleitorais e como esses afetam o IPDM.

6.2 COLETA DE DADOS

A coleta de dados deste trabalho foi realizada em fontes secundárias, obtidas por meio de bancos de dados públicos. Para atender os objetivos deste trabalho

foram coletados dados quantitativos referentes a investimentos em saúde, e indicadores de qualidade de vida nos 399 municípios do Estado do Paraná entre os anos de 2010 e 2022 (IBGE, 2010; 2022).

Para os dados sobre as despesas em saúde dos municípios foram utilizado o site da Secretaria do Tesouro Nacional (STN/SICONFI) e também da Base de Dados do IparDES (IPARDES, 2025) no intervalo de tempo entre 2010 e 2022 para os municípios paranaenses e também no Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos (SIOPS). Os dados demográficos foram coletados através da plataforma DATASUS tendo como referência os anos de 2010 e 2022, buscando a projeção da população anual dos municípios analisados.

Já o IPDM que mensura o desenvolvimento municipal foi coletado da base de dados do IPARDES. De igual maneira as variáveis de PIB per capita foram coletadas da base de dados do IPARDES bem como os dados referentes a variável de PIB *per capita*. Os dados do ESF foram obtidos através do site do Ministério da Saúde e da plataforma DATASUS. Os dados de cobertura de planos de saúde foram extraídos da base de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

As demais variáveis como: número de médicos, proporção de idosos, leitos hospitalares, número de hospitais, e de Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão disponíveis tanto na plataforma DATASUS quanto na base de dados do IPARDES. Cabe ressaltar que as variáveis de “Médico por mil habitantes” e “Leitos por mil habitantes” foram calculadas a partir das fórmulas:

- Médicos por mil: $(\text{número de médicos/população}) \times 1000$

- Leitos por mil: $(\text{número de leitos/população}) \times 1000$

De maneira complementar o quadro abaixo descreve as variáveis utilizadas no trabalho:

Quadro 4 - Descrição das Variáveis

Variável	Descrição	Fonte
Densidade Demográfica	nº de habitantes por km ²	DATASUS
Pib <i>per capita</i>	Valor do pib por habitante no município	IPARDES
Gasto em Saúde <i>Per Capita</i>	valor gasto em função saúde/população do município	DATASUS/IPARDES/
Cobertura ESF	% de cobertura do ESF nos municípios	DATASUS/GOV
Cobertura de Planos	% de Cobertura de Planos de Saúde	ANS
Taxa de Mortalidade Infantil	Taxa de mortalidade de menores de 1 ano (nascidos vivos)	IPARDES/IBGE
Taxa de Mortalidade (geral)	Taxa de mortalidade geral/por mil habitantes	IPARDES/IBGE
Leitos Hospitalares (por mil)	Nº de leitos por mil habitantes	IPARDES
Médicos (por mil)	Nº de médicos por mil habitantes	IPARDES
Proporção de Idosos	% de idosos	IPARDES
Eleições Gerais (dummy)	Ano eleitoral	Governo do Brasil
Eleições Municipais (dummy)	Ano eleitoral	Governo do Brasil
Covid (dummy)	Anos da pandemia de covid-19	Ministério da Saúde

Fonte: Adaptado pelo acadêmico (DATASUS, 2025; IPARDES, 2026; IBGE, 2025; Governo do Brasil, 2026; Ministério da Saúde, 2026).

Com isso, os procedimentos metodológicos apresentados oferecem a base necessária para analisar de forma consistente a relação entre investimentos em saúde pública e os indicadores de qualidade de vida nos municípios do Paraná. A partir dessa etapa, a pesquisa segue para a formulação das hipóteses, que irão orientar a análise dos resultados.

6.3 HIPÓTESES

Assim, as hipóteses que guiarão esta pesquisa foram formuladas com o objetivo de testar empiricamente a relação entre investimento em saúde e o desenvolvimento municipal, medido pelo IPDM.

H1: O investimento público em saúde está positivamente relacionado ao desenvolvimento municipal, mensurado pelo IPDM.

H1a: O investimento em saúde per capita está positivamente relacionado ao desenvolvimento municipal.

H2: A estrutura de saúde está positivamente relacionada ao desenvolvimento municipal.

H2a: A cobertura do Estratégia Saúde da Família (ESF) está positivamente relacionada ao desenvolvimento municipal.

H2b: O número de médicos está positivamente relacionado ao desenvolvimento municipal.

H2c: O número de leitos está positivamente relacionado ao desenvolvimento municipal.

H3: A cobertura de planos de saúde está positivamente, ou negativamente relacionada ao desenvolvimento municipal.

7 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE

Essa seção busca apresentar os resultados das análises realizadas, sendo dividida em três tópicos, o primeiro abordando a estatística descritiva do estudo, o segundo com a análise dos resultados do modelo de dados em painel e por fim o terceiro tópico, retomando de maneira breve os resultados da análise para o teste de hipóteses.

7.1 ESTATÍSTICA DESCRITIVA

Tabela 1 – Estatística Descritiva

	N	Omissão	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
IPDM	5187	0	0.671	0.681	0.0824	0.302	0.901
Densidade demográfica	5187	0	66.316	25.710	258.4927	2.520	4515.650
Pib per capita	5187	0	28772.501	24823.000	17358.1064	6305.000	220813.000
Gasto em saúde per capita	5187	0	842.328	757.126	452.9041	0.000	4216.923
Taxa de mortalidade (infantil)	5187	0	11.457	9.900	11.7171	0.000	117.650
Taxa de mortalidade (geral)	5187	0	7.716	7.430	1.9851	2.940	27.990
Leitos hospitalares (por mil)	5187	0	1.978	1.879	1.9655	0.000	17.094
Médicos (por mil)	5187	0	0.739	0.562	0.6689	0.000	7.406
Proporção de idosos	5187	0	10.857	10.820	2.4687	3.780	19.870
Cobertura planos de saúde	5187	0	9.892	7.100	8.3989	0.100	56.100

Tabela 1 – Estatística Descritiva

	N	Omissão	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Cobertura Estratégia Saúde da Família (ESF)	5187	0	0.862	1.000	0.2213	0.000	1.000

Fonte: Adaptado pelo acadêmico (2026).

O Índice IPDM apresentou média de 0,671, mediana de 0,681, valor mínimo de 0,302 e máximo de 0,901, com desvio-padrão de 0,0824. A proximidade entre média e mediana indica uma distribuição relativamente simétrica, com concentração em níveis intermediários de desenvolvimento. No entanto, a amplitude observada revela a existência de municípios em condições bastante distintas. Essa configuração pode ser explicada pela formação desigual do território paranaense, marcada por municípios com maior dinamismo econômico e capacidade institucional, contrastando com outros mais dependentes de transferências públicas e com menor capacidade de investimento

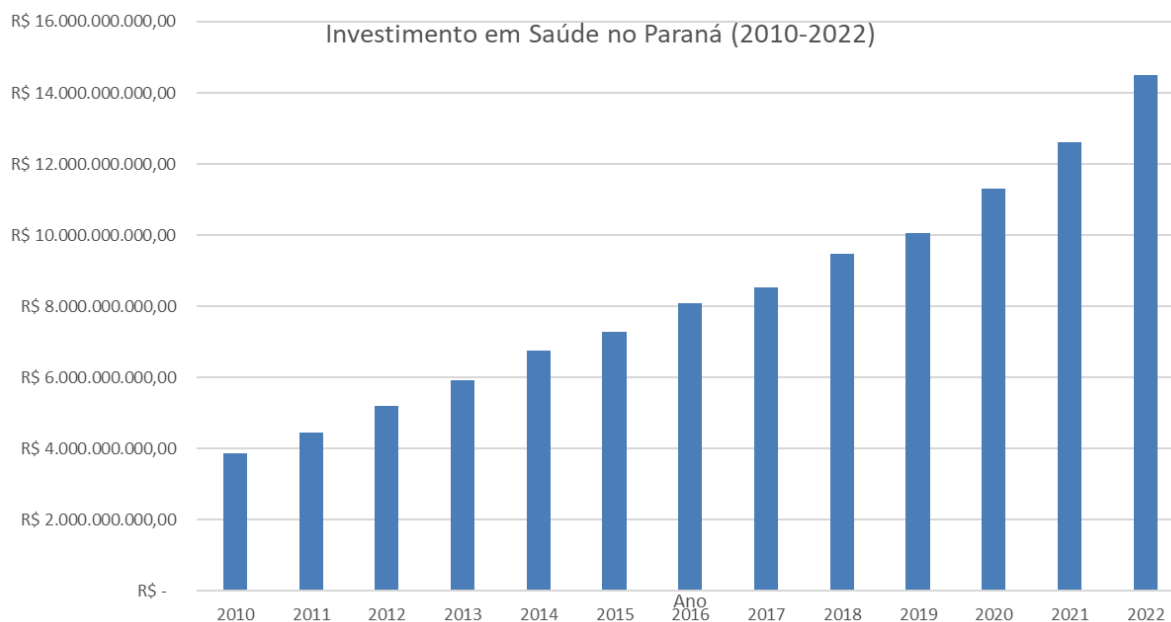
O gasto público em saúde per capita apresentou média de R\$ 842,33, mediana de R\$ 757,13, valor mínimo de R\$ 0,00 e máximo de R\$ 4.216,92, com desvio-padrão de R\$ 452,90. A diferença entre média e mediana, aliada à elevada dispersão e à ampla variação dos dados, indica uma distribuição assimétrica à direita, na qual a média é puxada por um conjunto restrito de municípios com níveis excepcionalmente elevados de gasto. Esse padrão sugere que a maior parte dos municípios opera abaixo da média observada, o que relativiza a interpretação do valor médio como representativo da realidade geral.

Nesse sentido, o desvio-padrão de R\$ 452,90 não deve ser interpretado apenas como medida de dispersão, mas como expressão de uma desigualdade estrutural no financiamento da saúde. A magnitude dessa variabilidade indica que os municípios não apenas diferem em termos de gasto, mas estão inseridos em condições profundamente desiguais de provisão de recursos, refletindo disparidades na base econômica, na capacidade administrativa e na inserção nas redes de financiamento público.

Mais do que resultado de escolhas pontuais, esse padrão sugere que o financiamento da saúde no nível municipal reproduz desigualdades territoriais preexistentes, nas quais municípios economicamente mais dinâmicos ou politicamente mais articulados conseguem ampliar seus gastos, enquanto outros permanecem restritos a níveis mínimos de investimento. Assim, a heterogeneidade observada não é aleatória, mas estruturada por fatores que extrapolam a gestão local, indicando limites importantes à equidade do sistema de saúde no território analisado.

Com relação a evolução dos investimentos totais em saúde por parte do estado do Paraná, a Figura 2 abaixo, demonstra a evolução nominal dos valores destinados a saúde no estado para o período de 2010 a 2022.

Figura 2. - Evolução dos Investimentos em Saúde no Estado do Paraná (em bilhões para o período de 2010 a 2022).



Fonte: Adaptado pelo acadêmico (IPADES, 2026).

Entre 2010 e 2022, verifica-se um aumento contínuo do investimento em saúde no Paraná, que passou de aproximadamente R\$ 3,85 bilhões no ano de 2010 para R\$

14,49 bilhões em 2022, evidenciando crescimento nominal ano a ano para o período analisado.

A densidade demográfica apresentou média de 66,31, mediana de 25,71, valor mínimo de 2,52 e máximo de 4.515,65, com desvio-padrão de 258,49. A grande diferença entre média e mediana, aliada ao elevado desvio-padrão, indica forte assimetria e concentração populacional em poucos municípios altamente urbanizados. Essa heterogeneidade territorial influencia diretamente a organização da rede de saúde, uma vez que municípios densos tendem a concentrar serviços, enquanto municípios dispersos enfrentam maiores dificuldades de acesso.

A variável PIB per capita apresentou média de R\$ 28.772,50, mediana de R\$ 24.823,00, valor mínimo de R\$ 6.305,00 e máximo de R\$ 220.813,00, com desvio-padrão de R\$ 17.358,10. A diferença entre média e mediana, associada à elevada amplitude e ao alto desvio-padrão, evidencia uma distribuição fortemente assimétrica à direita, marcada pela presença de valores extremos superiores. Esse padrão indica que a média é inflada por um conjunto restrito de municípios com elevada capacidade econômica, o que mascara a realidade da maioria dos municípios, situados em níveis inferiores de renda.

Essa configuração sugere um processo de concentração espacial da atividade econômica, no qual determinados municípios assumem papel de pólos regionais, enquanto outros permanecem com baixa diversificação produtiva e menor dinamismo econômico. Tal desigualdade não é apenas um dado econômico, mas um fator estruturante das condições de provisão de políticas públicas, uma vez que municípios com maior PIB per capita tendem a apresentar maior capacidade de arrecadação, maior acesso a investimentos e melhores condições institucionais.

Nesse sentido, a elevada dispersão captada pelo desvio-padrão (R\$ 17.358,10) não apenas indica variabilidade, mas reflete diferenças estruturais entre municípios economicamente dinâmicos e aqueles em situação de maior vulnerabilidade. Essa clivagem tende a se reproduzir na área da saúde, influenciando tanto a capacidade de financiamento quanto a atração de profissionais e a oferta de infraestrutura

A taxa de mortalidade infantil apresentou média de 11,457, mediana de 9,900, valor mínimo de 0,000 e máximo de 117,650, com desvio-padrão de 11,7171. A magnitude do desvio-padrão, praticamente equivalente à média, associada à amplitude extrema dos dados, indica uma distribuição altamente desigual. Esse padrão sugere que os avanços em saúde não se distribuem de maneira uniforme, coexistindo municípios com indicadores próximos a padrões elevados de desenvolvimento com outros que ainda enfrentam condições críticas. Tal variabilidade pode ser explicada pela interação entre fatores socioeconômicos, como renda e educação, e a capacidade local de organização da atenção básica, sugerindo que desigualdades econômicas e territoriais tendem a se traduzir em desigualdades em saúde.

A taxa de mortalidade geral apresentou média de 7,716, mediana de 7,430, valor mínimo de 2,940 e máximo de 27,990, com desvio-padrão de 1,9851. A menor dispersão em relação à mortalidade infantil sugere maior estabilidade desse indicador. No entanto, a amplitude observada indica que persistem diferenças relevantes entre os municípios. Esse comportamento pode estar relacionado ao fato de que a mortalidade geral é influenciada por fatores de longo prazo, como envelhecimento populacional e condições crônicas de saúde, sendo menos sensível a intervenções imediatas, mas ainda refletindo desigualdades estruturais.

A variável leitos hospitalares por mil habitantes apresentou média de 1,978, mediana de 1,879, valor mínimo de 0,000 e máximo de 17,940, com desvio-padrão de 1,9655. A equivalência entre média e desvio-padrão, aliada à elevada amplitude, evidencia forte dispersão e concentração da infraestrutura hospitalar. Esse padrão sugere que a lógica de organização da rede de saúde segue um modelo de centralização em municípios-polo, o que pode gerar eficiência em termos de escala, mas também implica barreiras de acesso para populações de municípios menores, especialmente em regiões com menor conectividade territorial.

O número de médicos por mil habitantes apresentou média de 0,739, mediana de 0,562, valor mínimo de 0,000 e máximo de 7,406, com desvio-padrão de 0,6689. A diferença entre média e mediana, somada à elevada amplitude, indica uma distribuição assimétrica, com concentração de profissionais em poucos municípios. Esse padrão pode ser explicado pela lógica de mercado de trabalho médico, que tende a privilegiar localidades com melhor infraestrutura, maior renda e melhores

condições de exercício profissional, reforçando desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

A proporção de idosos apresentou média de 10,857, mediana de 10,820, valor mínimo de 3,780 e máximo de 19,870, com desvio-padrão de 2,4687. A relativa proximidade entre média e mediana indica distribuição mais equilibrada, embora a amplitude revele diferenças demográficas importantes. Essas variações podem estar associadas a processos de migração seletiva, nos quais populações mais jovens se deslocam para centros urbanos, deixando municípios menores com maior proporção de idosos, o que tende a aumentar a demanda por serviços de saúde.

A cobertura de planos de saúde apresentou média de 9,892, mediana de 7,100, valor mínimo de 0,100 e máximo de 56,100, com desvio-padrão de 8,3989. A elevada dispersão e a diferença entre média e mediana indicam forte assimetria, com concentração da cobertura privada em poucos municípios. Esse padrão pode ser interpretado como reflexo direto da desigualdade de renda e da estrutura do mercado de trabalho formal, evidenciando que o acesso à saúde suplementar é restrito a regiões economicamente mais dinâmicas.

Por fim, a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) apresentou média de 0,862, mediana de 1,000, valor mínimo de 0,000 e máximo de 1,000, com desvio-padrão de 0,2213. A baixa dispersão relativa sugere ampla difusão da política no território, resultado de sua indução federal. No entanto, a existência de municípios sem cobertura evidencia limitações na implementação local, indicando que, mesmo em políticas de forte coordenação nacional, fatores institucionais e territoriais ainda condicionam sua efetividade.

7.2 MODELO DE DADOS EM PAINEL E EFEITOS FIXOS

Tendo o IPDM como variável dependente, o modelo de efeitos fixos foi selecionado a partir do teste de Hausman. De maneira anterior a análise foram realizados testes para verificar a estacionariedade das variáveis. Embora algumas variáveis indicassem presença de raiz unitária, pode-se verificar que as variáveis eram cointegradas ao longo do tempo, permitindo assim que sejam analisadas em nível em longos períodos de tempo. Também foi utilizado testes de erros robustos para

correção de heteroscedasticidade, autocorrelação e dependência transversal. O modelo apresentou 8 variáveis estatisticamente significativas, que serão apresentadas no quadro abaixo:

Quadro 5 – Resultados do modelo de efeitos fixos com erros robustos com IPDM como variável dependente

Variável	Coefficiente (β)	p-valor
Gasto em Saúde <i>per capita</i>	0.000015	0.047 *
Cobertura ESF	0.000263	0.0003 ***
Medicos (por mil)	-0.003870	0.413
Leitos Hospitalares (por mil)	0.000602	0.761
Cobertura de Planos de Saúde	0.000627	0.455
Taxa de Mortalidade (Infantil)	-0.001114	<0.001 ***
Taxa de Mortalidade (Geral)	-0.000113	0.871
PIB <i>per capita</i>	0.000001	0.021 *
Densidade Demográfica	0.000032	0.804
Proporção de Idosos	0.042278	<0.001 ***
Eleições Municipais (dummy)	-0.025212	<0.001 ***
Eleições Gerais (dummy)	-0.010802	<0.001 ***
Covid (dummy)	0.028936	<0.001 ***
R ²	0.617	
R ² ajustado	0.584	

Fonte: Elaborado pelo acadêmico (2026).

Para o modelo de efeitos fixos tendo o IPDM como variável dependente, pode-se verificar que 8 variáveis se mostraram estatisticamente significativas, *pib per capita*, gasto em saúde per capita, cobertura do estratégia saúde da família, taxa de mortalidade infantil, proporção de idosos, e as variáveis *dummies* eleitorais e também a do choque da covid.

Dos resultados estatisticamente significativos, observou-se que as variáveis PIB per capita, gasto público em saúde per capita, cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e proporção de idosos apresentaram coeficientes positivos, indicando que aumentos nessas variáveis estão associados a elevações no Índice de Desenvolvimento Municipal Paranaense (IPDM), mantidas constantes as demais variáveis do modelo.

Por outro lado, a taxa de mortalidade infantil e as variáveis *dummy* relacionadas ao ciclo eleitoral (eleições municipais e eleições gerais) apresentaram coeficientes

negativos e estatisticamente significativos, sugerindo que elevações nesses indicadores estão associadas a reduções no IPDM.

Adicionalmente a *dummy* para o choque da covid apresentou coeficiente positivo a nível de significância estatística. Podendo ser causada, em partes pelo aumento de recursos para os municípios durante o período da pandemia.

O PIB per capita apresentou coeficiente positivo e estatisticamente significativo ($\beta = 0.000001$; $p = 0.021$), indicando que aumentos na renda municipal estão associados a elevações no IPDM, mantidas constantes as demais variáveis do modelo. Ainda que o coeficiente unitário seja numericamente pequeno, sua interpretação em termos acumulados revela relevância substantiva, uma vez que variações mais expressivas no PIB per capita implicam aumentos proporcionais no índice.

O gasto público em saúde *per capita* também apresentou coeficiente positivo e significativo ($\beta = 0.000015$; $p = 0.047$), sugerindo que maiores dispêndios municipais em saúde estão associados a incrementos no IPDM. O resultado indica que aumentos nos investimentos em saúde tendem a se relacionar positivamente com o desenvolvimento municipal no período analisado.

A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) apresentou coeficiente positivo e altamente significativo ($\beta = 0.000263$; $p = 0.0003$), indicando que a ampliação da atenção primária está associada a elevações no IPDM. O efeito estimado sugere que municípios com maior cobertura da ESF tendem a apresentar melhores níveis de desenvolvimento, reforçando a importância da organização da atenção básica.

A proporção de idosos apresentou coeficiente positivo e estatisticamente significativo ($\beta = 0.042278$; $p < 0.001$), indicando associação direta com o IPDM. O valor estimado sugere que municípios com maior proporção de população idosa apresentam, em média, níveis mais elevados do índice, possivelmente refletindo padrões demográficos associados a melhores condições estruturais de desenvolvimento.

Em sentido inverso, a taxa de mortalidade infantil apresentou coeficiente negativo e altamente significativo ($\beta = -0.001114$; $p < 0.001$), indicando que aumentos nesse indicador estão associados a reduções no IPDM. O resultado sugere que piores

desfechos sanitários estão relacionados a menores níveis de desenvolvimento municipal.

As variáveis relacionadas ao ciclo eleitoral também apresentaram coeficientes negativos e estatisticamente significativos. Para eleições municipais, o coeficiente estimado foi $\beta = -0.025212$ ($p < 0.001$), enquanto para eleições gerais foi $\beta = -0.010802$ ($p < 0.001$), indicando que, nos anos eleitorais, observa-se uma variação média negativa no IPDM, mantidas constantes as demais variáveis do modelo.

Por fim, a variável dummy referente ao período da COVID-19 apresentou coeficiente positivo e estatisticamente significativo ($\beta = 0.028936$; $p < 0.001$). Isso indica que, no ano de 2020, o IPDM apresentou, em média, um valor maior em comparação aos demais anos analisados, mantendo-se constantes as outras variáveis do modelo. Esse resultado pode estar relacionado a fatores específicos do período da pandemia, como mudanças nos indicadores ou nas condições econômicas e sociais daquele ano.

7.3 TESTE DE HIPÓTESES

Com base nos resultados estimados pelo modelo de efeitos fixos, procede-se ao teste das hipóteses formuladas nesta pesquisa. A partir dos coeficientes estimados e de seus respectivos níveis de significância estatística, busca-se verificar se as relações propostas entre investimento público em saúde, estrutura sanitária e desenvolvimento municipal.

Assim, para a hipótese H1a, que afirma que o investimento em saúde per capita está positivamente relacionada ao desenvolvimento municipal, mensurado pelo IPDM, os resultados da regressão em dados em painel demonstraram o investimento em saúde per capita está positivamente associado ao IPDM. Apresentando um coeficiente de ($\beta = 0.000015$) indicando que aumentos no investimento em saúde per capita, tem uma relação positiva com o aumento do IPDM. A variável também se apresentou como estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Desse modo a hipótese **H1a foi corroborada.**

Referente a hipótese H2a, que afirma que a cobertura do programa Estratégia Saúde da Família está positivamente relacionada ao desenvolvimento municipal,

mensurado pelo IPDM, os resultados demonstraram que a cobertura do ESF está positivamente relacionada ao IPDM, apresentando-se como estatisticamente significativa ($p < 0,001$). O coeficiente ($\beta = 0.000263$) também indica que aumento da cobertura do ESF possuem relação positiva com o IPDM. Dessa forma a hipótese **H2a foi corroborada.**

A hipótese H2b, que afirma que o número de médicos por mil habitantes está positivamente relacionado ao desenvolvimento municipal, mensurado pelo IPDM, os resultados demonstraram que não há uma relação estatisticamente significativa ($p > 0,05$). O coeficiente ($\beta = -0.003870$) também indica uma relação inversa entre o número de médicos por mil habitantes e o IPDM. Desse modo a hipótese **H2b não foi corroborada.**

Com relação a hipótese H2c, que afirma que o número de leitos por mil habitantes está positivamente relacionado ao desenvolvimento municipal, medido pelo IPDM, os resultados demonstraram que não há uma relação estatisticamente significativa ($p > 0,05$). O coeficiente ($\beta = 0.000602$) demonstrou uma relação positiva entre o número de leitos por mil habitantes e o IPDM. Desse modo a hipótese **H2c não foi corroborada.**

Com relação hipótese H3a, que afirma que a cobertura de planos de saúde está associada ao desenvolvimento, medido pelo IPDM. Os resultados da análise demonstraram que a variável não foi estatisticamente significativa ($p > 0,05$). O valor do coeficiente ($\beta = 0.000627$) se mostrou positivo, mostrando uma relação positiva junto a variável dependente. Desse modo, a hipótese **H3a não foi corroborada.**

Em síntese, os resultados indicam que as variáveis relacionadas ao financiamento e à cobertura da atenção primária, especialmente o gasto em saúde per capita e a cobertura da Estratégia Saúde da Família, apresentaram associação positiva e estatisticamente significativa com o IPDM, reforçando a centralidade do investimento público e da organização da atenção básica como dimensões estruturantes do desenvolvimento municipal. Por outro lado, as variáveis vinculadas à oferta estrutural, salvo a cobertura do Estratégia Saúde da Família (ESF), a cobertura da saúde suplementar não demonstraram significância estatística, ainda que algumas tenham apresentado coeficientes positivos. Desse modo a próxima sessão apresenta a discussão deste trabalho.

8 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre os investimentos públicos em saúde e o desenvolvimento municipal, mensurado pelo IPDM, nos municípios do estado do Paraná no período analisado. A partir da estimação de modelos em dados em painel, os resultados evidenciam que variáveis relacionadas ao financiamento da saúde e à organização da atenção primária apresentam associação consistente com o desempenho dos municípios, permitindo avançar na compreensão da saúde como dimensão relevante do desenvolvimento.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 no contexto da redemocratização brasileira, representando uma das principais conquistas sociais do período (Brasil, 1988). Tendo criação está diretamente vinculada às lutas do movimento da Reforma Sanitária, que, ao longo das décadas de 1970 e 1980, passou a questionar o modelo excludente então vigente e a defender a saúde como direito universal e dever do Estado (Paim, 2009; Teixeira, 2011). Nesse sentido, o SUS não emerge apenas como uma política pública, mas como expressão de um projeto político de ampliação da cidadania social no país.

Antes da sua instituição, o sistema de saúde brasileiro era estruturado de forma segmentada e contributiva, no qual o acesso aos serviços estava condicionado à inserção no mercado formal de trabalho, especialmente por meio da previdência social. Esse arranjo institucional não apenas restringia o acesso, mas também reproduzia desigualdades sociais, ao vincular o direito à saúde à capacidade contributiva dos indivíduos (Paim, 2009).

A Constituição de 1988 rompe formalmente com essa lógica ao instituir um sistema público universal, fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 1988). No entanto, como apontam Paim (2009) e Teixeira (2011), essa ruptura se dá mais no plano normativo do que na materialidade das políticas, uma vez que a consolidação do SUS ocorre em um contexto de restrições fiscais, reformas de orientação liberal e permanência de interesses privados no setor saúde.

Nesse cenário, a implementação do SUS se dá de forma contraditória, marcada pela coexistência entre um sistema público universal e a expansão do setor privado,

especialmente por meio da saúde suplementar (Bahia, 2009). Essa configuração não representa apenas uma complementaridade entre setores, mas expressa uma tensão estrutural entre duas lógicas distintas de provisão: de um lado, a saúde como direito social, orientada pela universalização; de outro, a saúde como mercadoria, mediada pela capacidade de pagamento.

Bahia (2009), aponta que a presença e o fortalecimento do setor suplementar não apenas coexistem com o SUS, mas influenciam sua dinâmica, seja pela disputa por recursos, seja pela segmentação do acesso. Nesse sentido, a expansão do mercado de saúde tende a produzir efeitos indiretos sobre o sistema público, como a diferenciação no padrão de atendimento e a reprodução de desigualdades no acesso aos serviços.

Além disso, o subfinanciamento crônico do SUS constitui um dos principais obstáculos à efetivação de seus princípios constitucionais, limitando sua capacidade de universalização plena e abrindo espaço para a ampliação de soluções privadas (Paim, 2009). Esse processo reforça um ciclo no qual as fragilidades do sistema público são utilizadas como justificativa para a expansão do mercado, ao mesmo tempo em que essa expansão contribui para a manutenção dessas mesmas fragilidades.

Dessa forma, a trajetória do SUS pode ser compreendida como resultado de disputas permanentes entre a consolidação de um modelo universal de saúde e as pressões por ampliação da lógica de mercado. Mais do que um arranjo institucional estático, o sistema configura-se como um campo em constante tensão, no qual a efetivação do direito à saúde depende diretamente das condições políticas, econômicas e fiscais que sustentam sua implementação.

Assim, sua criação a partir da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde estabelece a saúde como direito universal, redefinindo o papel do Estado na garantia de acesso aos serviços. Nesse sentido, os resultados encontrados dialogam com essa estrutura institucional ao indicar que o financiamento público e a organização da rede assistencial possuem associação mensurável com o desenvolvimento municipal.

O gasto público em saúde per capita apresentou associação positiva e estatisticamente significativa com o IPDM, indicando que municípios que destinam maiores recursos à saúde tendem a apresentar melhores níveis de desenvolvimento. Esse resultado é consistente com a literatura que aponta a relação entre saúde e desenvolvimento social, conforme evidenciado por Onofrei et al. (2011), Aísa, Clemente e Pueyo (2014), Lescano, Gallo e Sagalés (2023) e, no contexto brasileiro, por Corrêa (2016), reforçando a importância da estrutura pública de saúde como componente relevante para a melhoria das condições de vida.

De forma complementar, a cobertura da Estratégia Saúde da Família também apresentou associação positiva e significativa com o desenvolvimento municipal, evidenciando que a atenção primária não apenas organiza a oferta de serviços, mas constitui um dos principais mecanismos de produção de resultados em saúde no âmbito local. Mais do que ampliar o acesso, a ESF opera como estratégia de racionalização do sistema, ao priorizar ações preventivas e o acompanhamento contínuo da população, o que tende a reduzir a pressão sobre níveis mais complexos de atenção e a produzir efeitos mais consistentes sobre indicadores agregados.

Em contraste, a cobertura de planos de saúde, embora apresente coeficiente positivo, não se mostrou estatisticamente significativa, indicando que a expansão do setor suplementar não se traduz, necessariamente, em melhorias nos indicadores de desenvolvimento municipal. Esse resultado, compatível com o apresentado por Pandey (2022), sugere que a lógica de provisão privada tende a operar de forma segmentada, atendendo parcelas específicas da população, sem produzir efeitos difusos capazes de impactar o conjunto dos indicadores sociais. Assim, evidencia-se que a ampliação do acesso via mercado não implica, automaticamente, em melhoria das condições gerais de saúde.

Nesse sentido, os achados deste trabalho aprofundam o debate acerca da relação entre Estado e mercado na provisão de bens sociais, neste caso, a saúde. Conforme discutido por Silva e Reinert (2025), a tensão entre o direito à saúde e os limites econômicos não se restringe ao financiamento, mas se expressa na própria forma de organização dos sistemas de saúde. Os resultados deste estudo indicam que, no

contexto analisado, o financiamento público e a estruturação da atenção primária apresentam maior capacidade de produzir efeitos mensuráveis sobre o desenvolvimento municipal do que a expansão da saúde suplementar.

Dessa forma, mais do que uma simples coexistência entre setores, os achados sugerem uma assimetria funcional entre Estado e mercado, na qual o primeiro se mostra central para a produção de efeitos coletivos e redistributivos, enquanto o segundo atua de forma complementar e limitada do ponto de vista da promoção de equidade. Assim, reforça-se a compreensão de que a garantia do direito à saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, depende não apenas da existência de recursos, mas da manutenção de uma estrutura pública capaz de universalizar o acesso e produzir impactos abrangentes sobre as condições de vida da população.

Em conjunto, os achados reforçam a centralidade do investimento público em saúde como dimensão estruturante do desenvolvimento municipal. Ainda que o estudo não estabeleça relações causais, que apontam que a ampliação do financiamento e da cobertura da atenção básica está associada a melhores desempenhos no índice analisado, corroborando parte da literatura nacional e internacional sobre saúde e desenvolvimento social.

Como limitação deste trabalho, o estudo baseou-se exclusivamente em dados secundários, o que restringe o controle sobre a qualidade e possíveis inconsistências das bases utilizadas. Como agenda para pesquisas futuras, sugere-se a ampliação do período analisado, a incorporação de variáveis institucionais adicionais e a exploração de estratégias metodológicas que permitam aprofundar a investigação sobre possíveis relações de causalidade. Estudos comparativos entre estados ou análises em nível regional também podem contribuir para o avanço da compreensão acerca da relação entre financiamento público em saúde e desenvolvimento municipal.

Em síntese, os resultados apresentados contribuem para o debate acerca do papel do Estado na promoção do desenvolvimento local, evidenciando que a saúde pública, especialmente por meio da atenção primária e do investimento per capita, ocupa posição relevante no desenvolvimento municipal.

Em conjunto, os achados reforçam a centralidade do investimento público em saúde como dimensão estruturante do desenvolvimento municipal. Ainda que o estudo não estabeleça relações causais, que apontam que a ampliação do financiamento e da cobertura da atenção básica está associada a melhores desempenhos no índice analisado, corroborando parte da literatura nacional e internacional sobre saúde e desenvolvimento social.

Como limitação deste trabalho, o estudo baseou-se exclusivamente em dados secundários, o que restringe o controle sobre a qualidade e possíveis inconsistências das bases utilizadas. Como agenda para pesquisas futuras, sugere-se a ampliação do período analisado, a incorporação de variáveis institucionais adicionais e a exploração de estratégias metodológicas que permitam aprofundar a investigação sobre possíveis relações de causalidade. Estudos comparativos entre estados ou análises em nível regional também podem contribuir para o avanço da compreensão acerca da relação entre financiamento público em saúde e desenvolvimento municipal.

Em síntese, os resultados apresentados contribuem para o debate acerca do papel do Estado na promoção do desenvolvimento local, evidenciando que a saúde pública, especialmente por meio da atenção primária e do investimento per capita, ocupa posição relevante no desenvolvimento municipal.

REFERENCIAS

ÁISA, R., Clemente, J., & Pueyo, F. (2014). The influence of (public) health expenditure on longevity. **International journal of public health**, 59, 867-875.

ALVES, M. M. B. As implicações do federalismo bolsonarista para o Sistema Único de Saúde. 2023. Tese (Doutorado) — **Fundação Getúlio Vargas**, São Paulo

ANDRADE, E. I. G.; ACÚRCIO, F. A.; CHERCHIGLIA, M. L.; BELISÁRIO, S. A.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; SZUSTER, D. A. C.; FALEIROS, D. R.; TEIXEIRA, V. A.;

SILVA, G. D. R.; TAVEIRA, T. S. Pesquisa e produção científica em economia da saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 211–235, 2007.

ARROW, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. **The American Economic Review**, 53(5), 941-973.

ATLAS BRASIL. **Perfil do estado do Paraná (UF-25)**. Plataforma Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil – PNUD; IPEA; FJP. [S.l.]: PNUD / IPEA / FJP, [2013]. Disponível em: < <http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/uf/25>>. Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Informações de Saúde (TABNET). Brasília: **Ministério da Saúde**, [2025?]. Disponível em: < <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/> > . Acesso em: 25 jul. 202

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde**. 2024 CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, nº 27 (78), p. 7–26, 2013.

CASOTTI, Cezar Augusto. Impacto da transição demográfica no sistema único de saúde. **Saúde. com**, v. 19, n. 2, 2023.

CRESWELL, J. W. Projeto de pesquisa: **métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

CRUZ, S. A. D. M. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS): o engendramento de uma policy network pelo movimento sanitário. **Universidade Candido Mendes**, Rio de Janeiro, RJ. 2025.

CUNHA, J. R. A. Quais as consequências da aprovação do novo arcabouço fiscal para o SUS?. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, 2023.

DEL NERO C.R. (1995). O que é economia da saúde, pp. 5-21. In SF Piola & SM Vianna (orgs.). Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. **Ipea**, Brasília.

DERMINDO, Mariana Pereira; GUERRA, Luciane Miranda; GONDINHO, Brunna Verna Castro. O conceito eficiência na gestão da saúde pública brasileira. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 12, p. 1-17, 2020. FOLLAND, Sherman; GOODMAN, Allen C.; STANO, Miron. The economics of health and health care. 7. ed. New York: **Pearson**, 2012.

DIAS, B. P., Nossa, V., & Monte-Mor, D. S. (2018). O investimento público influencia na reeleição? Um estudo empírico nos municípios do estado do Espírito Santo. **Revista de Administração Pública**, 52(5), 880-898.

GADELHA, C. A. G.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. D.; BAPTISTA, T. W. D. F. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3003-3016, 2011

GADELHA, C. A. G.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. D.; BAPTISTA, T. W. D. F. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3003-3016, 2011.

GALVANI-TOWNSEND, S., Martinez, I., & Pandey, A. (2022). Is life expectancy higher in countries and territories with publicly funded health care? Global analysis of health care access and the social determinants of health. *Journal of Global Health*, 12, 0409.

GROSSMAN, M., 1972, "On the concept of health capital and the demand for health," *Journal of Political Economy* 80, 223-255.

GUJARATI, Damodar N. Econometria básica. 4. ed. São Paulo: AMGH, 2006.

HOCHMAN, Gilberto. "O Brasil não é só doença": o programa de saúde pública de Jucelino

Kubitschek. **História, Ciências, Saúde**—Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2009.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL – IPARDES. Índice IparDES de Desempenho Municipal (IPDM): **resultados de 2021**. Curitiba: IPARDES, 2021.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações. 3. ed. Campinas, SP: **Alínea**, 2006.

KABANOV, V. N. Assessment of the effectiveness of public investment in the increase in life expectancy. **Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast**, v. 5, p. 75-88, 2015.

LAPIETRA, Felipe Gazetti. O SUS como conquista histórica e os desafios para o seu financiamento: uma análise crítica. 2023. Dissertação (Mestrado em

Economia Política) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Economia Política da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2023.

LIMA, L.D., QUEIROZ, L.F.N., MACHADO, C.V., et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**. 2012;17(7):1903-1914.

MARCHANDOT, B.; MOREL, O. The financialization of healthcare in France: trends and implications. **Public Health in Practice**, [S.l.], v. 6, p. 100620, 2025.

MARTINEZ, M. D. C. V., Grasso, M. S., & Montero, J. M. (2022). **Regional well-being inequalities arising from healthcare expenditure public policies in Spain**. *Frontiers in Public Health*, 10, 953827.

MARTINS, Pedro Paulo Scremin; EICH, Melisse; MARTINS, Lucinéia Scremin. O processo de mercantilização da saúde e a reestruturação produtiva do trabalho. 2012.

MELO MFG, C. Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2017.

MENEZES, A. P. D. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. D. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública—austeridade versus universalidade. **Saúde em debate**, v. 43, n. spe5, p. 58-70, 2019.

MIRANDA-LESCANO, R., L. Muinelo-Gallo, & O. Roca-Sagalés 2023. Human development and decentralization: The importance of public health expenditure. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 94, 191–219. <https://doi.org/10.1111/apce.12373>.

MOREIRA LMC, MENDES ACR, SÁ MCN, et al. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**. 2017;22(4):1245-125.

MAGIDA, Ngesisa; NCANYWA, Thobeka; SIBANDA, Kin; ASALEYE, Abiola John. Human capital development and public health expenditure: assessing the long-term sustainability of economic development models. **Social Sciences**, Basel, v. 14, n. 6, p. 351, 2025.

NERI, Marcelo. O IDH percebido. **Conjuntura econômica: Temas sociais**, Rio de Janeiro, ago. 2008. p. 102-105.

OCKÉ-REIS, C. O. (2018). Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 2035-2042.

OCKÉ-REIS, C. O. A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS? Rio de Janeiro: **IPEA**, 2009.

ONOFREI, M., Vatamanu, A. F., Vintilă, G., & Cigu, E. (2021). Government health expenditure and public health outcomes: a comparative study among EU

developing countries. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 18(20), 10725.

PAIM JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2018;23(6):1723-1728.4.

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C. M. D. R.; ALMEIDA, C. M. D.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. 2011.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, 2011.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15- 35, 2014.

PASCHOALOTTO, M.A.C., HEIMANN, L.S., VIANA, A.L.D., et al. A regionalização do SUS: proposta de avaliação de desempenho dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo. **Saúde Soc**. 2018;27(1):80-93.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface - Comunicação Saúde Educação**. 2016;20(56).5.

PEIXOTO, Sérgio Viana. A tripla carga de agravos e os desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 8, p. 2912-2912, 2020.

PHELPS, C. E. *Health Economics*. 6 ed. Routledge: Taylor & Francis Group, 2017.

PINTO, Tainá Pinto Rodrigues Gomide Souza; MARTINS, Simone; OLIVEIRA, Ramon Canal. **El Federalismo brasileiro em tempos de pandemia COVID-19**. GIGAPP Estudos Working Papers, v. 7, n. 182-189, p. 627-642, 2020.

PIOLA, S. F. **Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde, em Fundação Oswaldo Cruz, A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura de financiamento e gasto setorial**. Rio de Janeiro, Fiocruz/IPEA/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2023.

POWERS, Madison; FADEN, Ruth. *Social justice: the moral foundations of public health and health policy*. New York, **Oxford University Press**, 2008.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **IDH -**

Índice de Desenvolvimento Humano. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/idh>. Acesso em: 31 out de 2024.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD).

Relatório sobre o Desenvolvimento Humano 2016: desenvolvimento humano para todos. Nova Iorque: PNUD, 2016.

RAY, D., & Linden, M. (2020). Health expenditure, longevity, and child mortality: dynamic panel data approach with global data. **International Journal of Health Economics and Management**, 20, 99-119.

SAES, Sueli Goulart. Estudo bibliométrico das publicações em economia da saúde no Brasil, 1989-1998. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SALDIVA, P. Saúde. In J. Pinsky (Org.), Brasil: o futuro que queremos. **Editora Contexto**. 2023.

SANTOS, M. D. S. Economia da saúde: uma análise da produção científica no Brasil de 2014 a 2022. 2023.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729-1730, 2018.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729-1730, 2018.

SANTOS, Paola Lorena Pinto. Mercantilização da saúde e cidadania perdida: o papel do SUS na reafirmação da saúde como direito social. **Revista da UNIFEBE**, v. 1, n. 11, 2013.

SCHETTINI, Daniela Carla Decaro. **Financiamiento de la salud pública en Argentina**. In: SCHOR, Adriana et al. Financiamiento de la Salud Pública en América Latina: Estudios sobre Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú. 1. ed. São Paulo: Instituto de Saúde/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2020. p. 93-122.

SECRETARIA DO TESOUREIRO NACIONAL. SICONFI – **Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro**. Disponível em: < <https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/index.jsf>>. Acesso em: 29 jul. 2025.

SILVA, A.; GEREMIA, D. S.; GERMANI, A. R. M. A produção em economia da saúde no Brasil: estudo bibliométrico de 1988-2013. **Inova Saúde**, v. 5, n. 1, p. 129–140, 2016.

SILVA, L. V.; REINERT, M. Propondo uma agenda de pesquisa: A sociologia econômica da saúde. Contemporânea: **Revista de Sociologia da UFSCar**, v. 15, 2025.

SILVA, Lyvia Layane Ferreira da; BARROS, Tahislania da Rocha; ALMEIDA, Jardson Edson Guedes da Silva; FEITOSA, Marlla de Oliveira; LEAL, Paulo Henrique. Gasto público em saúde e sua relação com o Índice de Desenvolvimento Humano nos municípios do sertão alagoano. **Revista de Gestão e Secretariado (GeSec)**, São José dos Pinhais, v. 16, n. 9, p. 1-19, 2025.

SINGH, Kuldeep; CHEEMALAPATI, Sumanth; RAMIREDDY, Srikanth Reddy; KURIAN, George; MUZUMDAR, Prathamesh; MULEY, Apoorva. Determinants of Human Development Index (HDI): a regression analysis of economic and social

indicators. **Asian Journal of Economics, Business and Accounting**, v. 25, n. 1, p. 26-34, 2025.

TEIXEIRA, C. (2011). **Os princípios do sistema único de saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia.

TENNEKES, M. (2018). tmap: Thematic Maps in R. *Journal of Statistical Software*, 84, 1-39.

TETEMANN EC, Trugilho SM, Sogame LCM. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes / Universality and Territorialization in SUS: contradictions and tensions inherent. **Textos Contextos** (Porto Alegre) [Internet]. 2016 Dec 19.

TAVARES, David. Introdução à sociologia da saúde. Coimbra, **Almedina**, 2016.

APÊNDICE

Acesso ao Banco de dados:

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1o2d9xZ8dkieFb34NRY3o_cc6fahhii_rS/edit?usp=sharing&ouid=101458247284858155996&rtpof=true&sd=true

