

CONSELHO REGIONAL DE ECONOMIA – CORECONPR

35º PRÊMIO PARANÁ DE MONOGRAFIA

**TÍTULO: GASTOS EM SAÚDE PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO
SOCIOECONÔMICO DO MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA-PR, NO PERÍODO DE
2013 A 2021**

PSEUDÔNIMO DO AUTOR: CATTLEYA

CATEGORIA:

ECONOMIA PARANAENSE (X)

ECONOMIA PURA OU APLICADA ()

RESUMO

Este estudo analisou a correlação entre os gastos públicos em saúde e o desenvolvimento socioeconômico de Medianeira-PR, no período de 2013 a 2021. Utilizou-se do cálculo do coeficiente de *Pearson*, o qual mostrou a existência de correlações positivas entre as variáveis relacionadas aos gastos em saúde e a associada ao Índice IPARDES de Desempenho Municipal. Os gastos em saúde foram classificados em categorias, deflacionados e apresentaram crescimento no decorrer do período. A evolução do Índice IPARDES constatou alto desempenho de Medianeira em 2021. Já os resultados relacionados ao cálculo da correlação indicaram que todos os gastos voltados à saúde se correlacionaram, em maior ou menor grau, com o Índice. Os valores aplicados em Gasto Total com Saúde e nas áreas de Assistência Hospitalar e Ambulatorial e Atenção Básica, foram os que obtiveram resultados mais altos de correlação e os que mais contribuíram para a elevação do nível de desempenho do município. Por outro lado, Gastos em Vigilância Epidemiológica e Outros Gastos em Subfunções se correlacionaram em grau moderado e os Gastos em Vigilância Sanitária se correlacionaram em pequeno grau com o Índice. A pesquisa descritiva apontou um bom nível de infraestrutura em saúde e crescimento gradual da população medianeirense. O estudo destacou também a necessidade de políticas públicas eficientes e atuantes no campo da saúde de modo a evoluir constantemente nos resultados de desenvolvimento. Sendo assim, concluiu-se que os gastos públicos em saúde têm grande importância para o desenvolvimento social e econômico de Medianeira-PR.

Palavras-chaves: Saúde. Desenvolvimento. Gastos Públicos. Políticas Públicas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Posição Geográfica de Medianeira na microrregião Oeste.....	29
Figura 2 - Representação gráfica dos resultados do Coeficiente de <i>Pearson</i>	33
Quadro 1 - Relação das variáveis utilizadas	30
Tabela 1 - Número de nascimentos por residência e por faixas etárias da mãe, em Medianeira-PR, de 2013 a 2021	38
Tabela 2 - Número de óbitos por causa, CID-BR-10, em Medianeira-PR, de 2013 a 2021	43
Tabela 3 - Número de leitos hospitalares do SUS, segundo especialidades, em Medianeira-PR, de 2013 a 2021	48
Tabela 4 - Número de profissionais de saúde, segundo tipo de profissional, em Medianeira-PR, de 2013 a 2021	49
Tabela 5 - Gastos em saúde pública por categorias, no Município de Medianeira-PR, de 2013 a 2021, em reais (R\$)	50
Tabela 6 - Correlação entre as variáveis de gastos em saúde e o IPDM, de Medianeira-PR ..	56

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - População Estimada de Medianeira-PR, de 2013 a 2021	35
Gráfico 2 - População Residente em Medianeira-PR, por sexo, de 2013 a 2021	36
Gráfico 3 - Nascimentos por ocorrência e por residência da mãe, em Medianeira-PR, de 2013 a 2021.....	37
Gráfico 4 - Taxa de Natalidade, conforme a população estimada em Medianeira-PR, de 2013 a 2021.....	38
Gráfico 5 - Taxa de Mortalidade, conforme a população estimada em Medianeira-PR, de 2013 a 2021.....	39
Gráfico 6 - Óbitos por residência em Medianeira-PR, de 2013 a 2021	40
Gráfico 7 - Taxa de Mortalidade Infantil em Medianeira-PR, de 2013 a 2021	40
Gráfico 8 - Óbitos infantis em Medianeira-PR, de 2013 a 2021	41
Gráfico 9 - Causas principais da mortalidade geral do Município de Medianeira-PR, de 2013 a 2021.....	42
Gráfico 10 - Principais causas de óbito por doenças do aparelho circulatório, em Medianeira-PR, de 2013 a 2021	44
Gráfico 11 - Principais causas de óbito por neoplasias, em Medianeira-PR, de 2013 a 2021 ..	45
Gráfico 12 - Principais causas de óbito por causas externas, em Medianeira-PR, de 2013 a 2021	46
Gráfico 13 - Gastos Totais por Categorias, em Medianeira-PR, de 2013 a 2021	51
Gráfico 14 - Evolução dos gastos públicos em saúde por categorias, em Medianeira-PR, de 2013 a 2021.....	52
Gráfico 15 - Gastos totais com Saúde, em Medianeira-PR, de 2013 a 2021	53
Gráfico 16 - Índice Ipadres de Desempenho Municipal (IPDM) para Medianeira-PR, no período de 2013 a 2021	54
Gráfico 17 - Comparação entre o IPDM do Estado do Paraná e do Município de Medianeira-PR, de 2013 a 2021	55
Gráfico 18 - Resultado do Coeficiente de <i>Pearson</i> para Gastos Total (X_1) e IPDM (Y)	58
Gráfico 19 - Resultado do Coeficiente de <i>Pearson</i> para Gastos em Atenção Básica (X_2) e IPDM (Y).....	58
Gráfico 20 - Resultado do Coeficiente de <i>Pearson</i> para Gastos em Assistência Hospitalar e Ambulatorial (X_3) e IPDM (Y).....	59

Gráfico 21 - Resultado do Coeficiente de <i>Pearson</i> para Gastos em Vigilância Sanitária (X_4) e IPDM (Y).....	59
Gráfico 22 - Resultado do Coeficiente de <i>Pearson</i> para Gastos em Vigilância Epidemiológica (X_5) e IPDM (Y).....	60
Gráfico 23 - Resultado do Coeficiente de <i>Pearson</i> para Gastos em Outros Gastos e Subfunções (X_6) e IPDM (Y)	61

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
1.1	Objetivos.....	9
1.1.1	Objetivo geral	9
1.1.2	Objetivos específicos	9
2	REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1	O papel do Governo na economia	10
2.1.1	Estado Liberal x Estado Neoliberal x Estado Intervencionista	11
2.1.2	As políticas de intervenção do Estado	14
2.2	Os diversos tipos de gastos públicos	17
2.2.1	Os gastos com investimento em infraestrutura econômica.....	20
2.2.2	Os gastos correntes públicos sociais – favorecem o desenvolvimento social	22
2.2.3	Os gastos com a saúde como um direito constitucional estabelecido	25
3	METODOLOGIA	28
3.1	Caracterização e delimitação da pesquisa	28
3.2	Objeto de estudo e período.....	28
3.3	Base de dados e métodos	30
3.4	Índice IPARDES de Desempenho Municipal (IPDM).....	31
3.5	Coeficiente de Correlação de <i>Pearson</i>	32
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	34
4.1	O perfil epidemiológico e o quadro geral de infraestrutura da saúde no município de Medianeira, no período de 2013 a 2021	34
4.1.1	Caracterização da saúde e do perfil epidemiológico de Medianeira	34
4.1.2	Quadro geral de infraestrutura da saúde no município de Medianeira-PR.....	47
4.2	Tipos de gastos em saúde pública no município de Medianeira e o indicador socioeconômico IPARDES, no período de 2013 a 2021.....	49
4.2.1	Os diversos tipos de gastos em saúde pública no município de Medianeira-PR..	49
4.2.2	A evolução do indicador socioeconômico IPARDES do município.....	53
4.3	A correlação entre as variáveis de gastos em saúde pública e o Índice IPARDES de Desempenho do Município de Medianeira, no período de 2013 a 2021	56
5	CONCLUSÕES.....	62
	REFERÊNCIAS.....	62

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um tema de relevância quando se trata de desenvolvimento socioeconômico da sociedade contemporânea, pois é considerada como indutora de qualidade de vida, constituindo, portanto, um dos elementos primordiais do desenvolvimento de um país. De acordo com *United Nations Research Institute for Social Development (2013)*, a saúde é considerada um fator intrínseco ao desenvolvimento econômico e social, representando um determinante, uma medida e um resultado de progresso do bem-estar social.

Levando em conta este contexto, o tema desta pesquisa é o de discutir a relação existente entre Economia e Saúde, dado que se tem como hipótese inicial que, por um lado, os dispêndios em saúde ampliam diretamente os resultados do PIB e, por outro lado, as respectivas melhorias na saúde das pessoas promovem efeitos multiplicadores no emprego e na renda das próprias famílias, do município, do estado, do país e, portanto, da sociedade em geral.

Há vários mecanismos pelos quais a economia e a saúde se relacionam. Medicamentos, equipamentos e aparatos médicos são produtos, e toda forma de atendimento é uma prestação de serviço. Embora, muitas vezes, a saúde seja tratada como um objeto independente da atividade econômica, ela é, por si mesma, uma atividade econômica. Na ausência de recursos não se terá produtos ou serviços médicos e por esse motivo, a saúde, pública e privada, é objeto destacado na área denominada economia da saúde.

De acordo com Nero (2018), a pesquisa dedicada e a aplicação de ferramentas econômicas para abordar questões estratégicas e operacionais no campo da saúde deram origem ao campo da economia da saúde. Segundo o autor, esta área de estudo analisa várias controvérsias, incluindo a relação entre desenvolvimento econômico e bem-estar de saúde. Em 1961, o Estatuto da Aliança para o Progresso¹ definiu estado de saúde como um requisito fundamental e prévio para o progresso econômico. Em outras palavras, sugeriu-se uma relação causal na qual a saúde passou a ser reconhecida como um pré-requisito para o desenvolvimento econômico.

Ainda segundo o Nero (2018), antes da formalização da área da economia, saúde e desenvolvimento eram estudados separadamente, não sendo abordadas relações entre eles. Todavia, em 1963, foi publicado, pelo economista americano Kenneth Joseph Arrow, na *American Economic Review*, um artigo sobre economia da saúde, “*Uncertainty and the welfare*

¹ Aliança para o Progresso foi um projeto político executado por John Kennedy, nos Estados Unidos da América, que visava integrar os países americanos nos aspectos político, econômico, social e cultural frente à ameaça soviética no continente e transformar os anos 60 em década do desenvolvimento (Matos, 2008).

economics of medical care”, o qual introduziu os conceitos fundamentais da área. Além disso, abordou aspectos de financiamento, fundamentando as discussões subsequentes sobre o tema.

A partir da década de 1960, a saúde passou a ser vista como parte do processo de desenvolvimento e o Estado tem o papel de promovê-la. Para o autor, a responsabilidade em saúde pública, por parte do governo, tem tamanha dimensão na questão do uso racional dos recursos públicos. Em outras palavras, o destino bem administrado dos recursos traz, como consequência, resultados positivos nos indicadores de saúde e na aplicação de políticas públicas.

No Brasil, de acordo com *Ranking Connected Smart Cities*, de 2023, há muitas cidades que vêm se destacando no quesito investimento e qualidade em saúde pública, como Vitória, no Espírito Santo, Belo Horizonte, em Minas Gerais, Balneário Camboriú, em Santa Catarina, Barueri, em São Paulo, dentre outras. No Paraná, a cidade de Curitiba está entre as 10 primeiras do *Ranking*, enquanto, Londrina, Maringá, Campo Mourão, Cascavel e Foz do Iguaçu, estão classificadas entre as 100 melhores (Urban Systems, 2023).

De maneira especial, a cidade de Medianeira, localizada no Oeste do Paraná, também tem se destacado no âmbito do Estado. Conforme o Plano Municipal de Saúde do Município de Medianeira (PMS, 2021), a política relacionada ao setor da Saúde no município tem buscado promover o fortalecimento da Atenção Básica com a ampliação da oferta de novos serviços, com equipes multiprofissionais, para atender às necessidades da população, focando em melhorias contínuas do funcionamento da Rede de Atenção à Saúde.

Destaca-se, ainda, que, conforme notícia apresentada na página da prefeitura do referido município, a gestão dos recursos financeiros, humanos e de equipamentos públicos da Secretaria de Saúde tem chamado a atenção de gestores de outros municípios, os quais têm procurado conhecer o modelo de gestão adotado por Medianeira e o seu caminho de resolução das principais demandas (Medianeira – Prefeitura Municipal, 2025).

Segundo o banco de dados DATASUS, em 2021 a população estimada de Medianeira, foi de 46.940 habitantes, correspondendo a 0,4% da população estimada do Estado. Por estar localizada em uma região próxima à fronteira com outros países (Argentina e Paraguai) e entre duas cidades polos regionais, Foz do Iguaçu e Cascavel, conta também com uma população itinerante, provinda de outros estados e daqueles países, além da crescente imigração de haitianos. Por isso, também acontece de estrangeiros virem à cidade somente para tratamentos médicos, em grande maioria, gestantes, para acompanhamento obstétrico (DATASUS, 2024; PMS, 2021).

Tratando dos aspectos socioeconômicos, consoante dados do IBGE, em 2021, o Produto Interno Bruto per capita, do município de Medianeira, era de R\$ 52.026,64, ocupando a 99ª posição no Estado e na 872ª entre todos os municípios do país. O salário médio mensal era de 2,5 salários-mínimos e 49,82% da população estava ocupada. Comparando a nível Estadual, Medianeira estava na posição 22ª, em relação à média salarial dos 399 municípios e em 8ª colocação, em relação à proporção de pessoas ocupadas. Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o levantamento de 2010, do IBGE, o município ocupava a posição 13ª, apresentando índice de 0,763 (IBGE, 2024).

Ainda sobre nível de desenvolvimento, de acordo com os dados do último levantamento do Índice Iparde de Desempenho Municipal (IPDM), realizado em 2021, o município de Medianeira se encontrava na 13ª posição no Estado, com desempenho de 0,8203, um resultado de alto desenvolvimento em saúde, educação, emprego, renda e produção agropecuária, estando entre os 7,27% dos municípios paranaenses com índice entre 0,8 e 1,0 (IPDM, 2024).

Conforme o Plano Municipal de Saúde (PMS, 2021), o quadro de saúde do município é decorrente da implementação de boas práticas e do planejamento eficaz, que afirmam ser elementos fundamentais para o funcionamento adequado do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo esse documento, elaborado pela Secretaria de Saúde do município, o planejamento envolve a utilização de instrumentos de gestão como o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão, os quais devem estar alinhados com os instrumentos de planejamento do Governo Municipal, tais como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

O PMS (2021) é recorrente em afirmar que é essencial que o sistema de saúde seja capaz de atender às necessidades da população, alinhando-se com suas diretrizes e demandas. Todo o processo deve ser cuidadosamente planejado, monitorado e avaliado, de modo a permitir a adaptação a novas circunstâncias e desafios emergentes. Para os elaboradores do PMS, o objetivo principal da gestão da saúde é promover qualidade de vida, através da promoção da saúde e da prevenção de doenças, reconhecendo e enfrentando as dificuldades e obstáculos que surgem ao longo do caminho.

Finalmente, os membros da Comissão de Acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde, que produziram o documento PMS, destacam a importância do planejamento e da execução de políticas estratégicas no campo da saúde, as quais, além de buscar satisfazer as necessidades da sociedade por serviços públicos, visam estimular o desenvolvimento econômico e social. Para o cumprimento das tais políticas, é importante o uso de uma

abordagem integrada e coordenada de modo a obter um equilíbrio entre a prestação de serviços eficientes de saúde e o avanço socioeconômico municipal.

Diante de todo esse contexto, a problemática deste trabalho consiste em procurar responder à seguinte questão: qual é a correlação entre os gastos em saúde pública e o desenvolvimento socioeconômico do município de Medianeira, no período de 2013 a 2021?

Para encontrar as possíveis respostas a este questionamento, propõe-se desenvolver e atingir os seguintes objetivos:

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Investigar a correlação entre os gastos em saúde pública e o desenvolvimento socioeconômico do município de Medianeira, no período de 2013 a 2021.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar o perfil epidemiológico e o quadro geral de infraestrutura da saúde no município de Medianeira, no período de 2013 a 2021.
- b) Destacar os diversos tipos de gastos em saúde pública no município de Medianeira e a evolução do indicador socioeconômico IPARDES, no período de 2013 a 2021.
- c) Dimensionar a correlação entre as variáveis de gastos em saúde pública e o Índice IPARDES de Desempenho do Município de Medianeira, no período de 2013 a 2021.

Ao concluir este trabalho, espera-se poder contribuir para o melhor entendimento da relação que se estabelece entre os gastos com a saúde pública e melhoria das condições sanitárias com o indicador socioeconômico do município. Dessa forma, poderá servir de subsídio para a formulação de novas políticas públicas na área de saúde, com vistas a elevar o nível de desenvolvimento socioeconômico do município de Medianeira-PR.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Dada a relação existente entre Economia e Saúde, objeto de extenso debate ao longo da história, e visando investigar a relação entre os gastos em saúde pública e o desenvolvimento socioeconômico, entende-se que o governo tem papel primordial na promoção de políticas voltadas ao bem-estar da população. Em vista disso, busca-se através desta revisão de literatura, primeiramente, explorar o papel do Estado na economia, com foco nas ideias de Estado Liberal, Neoliberal e Intervencionista defendidas pelos pensadores clássicos, neoclássicos e keynesianos, respectivamente, como também abordar as políticas de intervenção estatal na Economia: monetária, cambial e fiscal. Em segundo lugar, procura-se analisar os gastos públicos, seus diversos tipos e seus possíveis impactos no desenvolvimento socioeconômico, especialmente, os gastos relacionados à infraestrutura econômica e os gastos sociais. Especificamente, serão analisados os gastos com a saúde, sua necessidade e importância para a qualidade de vida e economia, visto que são reconhecidos como um direito constitucional.

2.1 O papel do Governo na economia

Para Giambiagi e Além (2011, p. 9), “a existência do governo é necessária para guiar, corrigir e complementar o sistema de mercado que, sozinho, não é capaz de desempenhar todas as funções econômicas”. Segundo os autores, o livre mercado não consegue, por si só, garantir alto nível de emprego, preços estáveis e taxa crescente do Produto Interno Bruto (PIB), surgindo, assim, as falhas de mercado. Essas falhas dão origem aos bens públicos e externalidades e a atuação do governo é essencial para a correção dessas falhas.

Para Resende (2001), o equilíbrio agregado de curto prazo, no modelo keynesiano, é a base para o estudo da intervenção do governo na atividade econômica. No curto prazo, a produção é constante, de maneira que os níveis de renda, preços e emprego sofram modificações em razão das alterações no nível da demanda agregada. Para o autor, o ideal seria que a demanda absorvesse toda a produção, com plena utilização da capacidade instalada. Porém, ações de consumir, investir e produzir são decisões feitas por agentes distintos, podendo interferir na condição de equilíbrio. Neste sentido, o governo deve intervir por meio de políticas públicas para controlar a demanda agregada e manter o nível de estabilidade econômica.

[...] a ação do Estado, através da política econômica, é um ingrediente básico do bom funcionamento do sistema capitalista. Ou seja, o ativismo do Estado é um complemento indispensável ao funcionamento dos mercados para se obter o máximo nível de emprego

possível e, portanto, maximizar o nível de bem-estar da coletividade. Esta é a mais duradoura contribuição de Keynes” (Keynes, 1996, p. 20).

Neste contexto, compreender as diversas formas de atuação do Estado na economia, assim como, suas políticas de intervenção se tornam relevantes.

2.1.1 Estado Liberal x Estado Neoliberal x Estado Intervencionista

De acordo com Corazza (1986), os economistas clássicos enxergavam a economia como um mecanismo autorregulável e, por esse motivo, não defendiam a ação do Estado para seu controle. Consideravam que o bem-estar coletivo provém do máximo proveito individual, dando origem ao liberalismo clássico.

Antunes (2014) afirma que para o economista clássico, Adam Smith, a ação do Estado deveria ser utilizada apenas para a promoção de privilégios, pois a sociedade civil era mais eficiente para organizar sua vida econômica, e defender seus próprios interesses. O Estado exercia papel passivo de fornecer a base legal para o mercado maximizar os benefícios dos indivíduos e atuar com maior liberdade.

Já os neoclássicos, conforme Corazza (1986), atribuíam uma importância secundária ao Estado. A concepção de Walras a respeito do Estado é dupla: primeiro tende a negar sua participação nas atividades econômicas privadas, visto que estas são autorreguladas pelo princípio da livre concorrência; segundo, reconhece a importância da atuação estatal nas áreas que não se aplica a livre concorrência. É na medida que se abandona a Economia Pura para a Economia Real, que surge a necessidade da intervenção do Estado. Percebe-se que a livre concorrência se limita ao processo produtivo a às trocas.

Corazza (1986) afirma que, segundo os clássicos e neoclássicos, a economia é autorregulável, tendo o Estado apenas o papel de suprir as falhas, impedir conflitos entre classes e garantir o pleno funcionamento da concorrência de mercado. A visão liberal é harmoniosa, defendida pelos fisiocratas (ordem natural), Adam Smith (“mão invisível”), Say (Lei de Say, a oferta cria a sua própria demanda) e, em partes, por Walras (Leis naturais, Economia Pura).

Ainda de acordo com Corazza (1986), há três argumentos para a contenção da interferência do Estado na economia, conforme a corrente liberal: a atividade econômica segue a ordem natural no pensamento fisiocrata; a harmonia de interesses reina na sociedade no pensamento de Adam Smith; e a Lei de Say garante a autorregulação do sistema econômico e sua capacidade de superar crises.

No entendimento de Antunes (2014), até 1930, o Estado era considerado um mero espectador das atividades econômicas, visto que vigorava a teoria de livre mercado. A partir dessa década, com as ideias keynesianas, o Estado passou a assumir papéis decisivos, tornando-se um agente ativo de tamanha importância para o desenvolvimento econômico de longo prazo. Por meio de suas funções de alocação, distribuição e estabilização, o governo é capaz de corrigir disparidades sociais, o que resulta no crescimento da economia de forma sustentável e inclusiva. Segundo o autor, o papel do Estado é assim caracterizado:

O Estado, como agente econômico atuante, planejando e orientando as atividades econômicas e sociais, sempre terá espaço no âmbito econômico, exercendo suas atividades de regulador e normalizador da economia, de corrigir as disparidades sociais com o intuito de permitir a inclusão social, e de próprio promotor do crescimento econômico, assumindo a responsabilidade desta longa empreitada (Antunes, 2014, p. 14).

Retomando as ideias de Corazza (1986), o Estado se fundamenta em relações sociais de produção e tem o objetivo de tornar viável a reprodução do capitalismo. Dessa forma, não pode ser considerado “neutro”, mas sim, um Estado que age em função do interesse geral. Já Engels (1984) entende que o Estado é primeiro um produto da sociedade. Conforme este autor, devido à existência de classes com interesses econômicos colidentes e a necessidade de manter a ordem entre elas, o Estado é colocado como um poder acima da sociedade. Desta forma, o Estado é, ao mesmo tempo, o poder oriundo da sociedade e posto sobre ela.

Por outro lado, Corazza (1986) entende que o pensamento Keynesiano surge num momento de profunda crise do sistema capitalista. A teoria monetarista Keynesiana incorpora o papel do Estado de estabilizador econômico em meio ao contexto de desemprego e crises cíclicas. Com esse novo pensamento, a partir da década de 1930, foi aberto espaço para a ampla intervenção do Estado no campo econômico. A Keynes foi atribuída a função de coordenação da ação coletiva dos indivíduos, para possibilitar que eles busquem objetivos superiores, de forma a levar a economia ao pleno emprego.

Na visão de Keynes (1996), o Estado, por meio dos gastos públicos ou por outros mecanismos que estimulassem o investimento privado, conduziria a economia ao pleno emprego. Assim, o Estado deveria se limitar a orientar os investimentos privados. Em seu livro “A Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda”, o autor afirmou que a influência estatal seria sobre a propensão a consumir, através do sistema de tributação e pela fixação da taxa de juros, de modo a controlar a quantidade de recursos destinados ao investimento.

Para Corazza (1986), há semelhanças e diferenças entre os pensamentos keynesiano, clássico e neoclássico. A principal diferença é a dotação de mecanismos de regulação na

economia capitalista. O autor afirma que, para Keynes, não há esses mecanismos, o sistema está sujeito a crises periódicas e o Estado se constitui como o elemento regulador. Já para as outras duas correntes de pensamento citadas, apesar de existir, em algumas situações, a necessidade da intervenção estatal, elas não atribuem a mesma importância ao papel do Estado como em Keynes, pois entendem que o capitalismo é autorregulável.

Quanto às semelhanças, é apontado por Corazza (1986) que é na forma de enxergar a Economia. Tanto Keynes como os pensadores liberais veem a economia inicialmente sem o Estado, com este surgindo posteriormente. Nas palavras de Brunhoff (1977, p.120), “nos dois casos, parte-se da economia considerada nela mesma, sem o Estado, para introduzir, em seguida, a ação estatal”. Para todas as correntes de pensamento apresentadas, apesar de o Estado ser um elemento decisivo, ele age de fora e não são explicadas sua origem e natureza.

Já Poulantzas (1977), reafirma a participação do Estado nas relações de produção em todas as fases do capitalismo:

O espaço e o lugar da economia, o espaço das relações de produção, de exploração e de extração do excesso de trabalho (...) jamais constitui, nem nos outros modos de produção (pré-capitalista), nem no capitalismo, um nível hermético e enclausurado, auto reproduzível e depositário de suas 'leis' de funcionamento interno. O político Estado, (...) embora sob formas diferentes, sempre esteve constitutivamente presente nas relações de produção e, assim, em sua reprodução, inclusive no estágio pré-monopolista do capitalismo, contradizendo uma série de ilusões relativas ao Estado liberal, que supostamente não interfere na economia a não ser para criar e manter 'a infraestrutura material' da produção. (...) O lugar do Estado em relação à economia, nada mais é que a modalidade de uma presença constitutiva do Estado no seio das relações de produção e de sua reprodução (Poulantzas, 1977, p. 20-1).

Portanto, para Poulantzas (1977), nos sistemas capitalistas, a economia não existe sozinha. Ela encontra-se ligada ao poder político, sendo representada de certa forma pelo Estado, o qual sempre desempenhou um papel essencial nas relações de produção, independentemente do período histórico que está sendo tratado. Mesmo que os liberais tratem o estado como um mero espectador, ele é parte integrante e construtor das relações sociais e produtivas.

Essa perspectiva, apontada por Poulantzas (1977), enfatiza o poder político e econômico Estatal, o qual é considerado grande influente das dinâmicas capitalistas em todos os estágios do pensamento econômico. Neste sentido, os gastos públicos compõem um dos principais mecanismos para Estado direcionar a economia.

2.1.2 As políticas de intervenção do Estado

Keynes (1996) acreditava que uma política pública ou econômica eficiente conduziria a economia ao bem-estar social, eliminando obstáculos como a desigualdade. Assim, as políticas econômicas, além de promoverem a estabilização da economia, serviriam também, para financiar os gastos públicos. As principais políticas públicas são: política monetária, política cambial e política fiscal.

Rodrigues (2017) define que a política monetária consiste no conjunto de medidas de controle da oferta de moeda, seguindo os interesses econômicos do país. O governo, através do Banco Central (BANCEN), controla a quantidade de dinheiro líquido em circulação. O BANCEN controla a taxa básica de juros SELIC (Sistema Especial de Liquidação e Custódia), através da oferta de moeda circulante, de forma que quando a oferta é menor significa que o recurso está escasso e a demanda por empréstimos aumenta. Quando isso ocorre, as instituições financeiras aumentam os juros.

Para Carvalho (1994), na política monetária, a moeda não é apenas um meio de troca, mas sim um ativo com capacidade de resguardar as mudanças nas expectativas dos agentes, podendo saldar transações à vista, devido sua liquidez imediata. De acordo com Keynes (1996, p. 28), a “economia monetária [...] é essencialmente uma economia em que as mudanças de pontos de vista sobre o futuro são capazes de influenciar o volume de emprego e não meramente a sua direção”.

O fato de a moeda não ser neutra, atribuiu a ela a função de interferir no equilíbrio econômico de longo prazo, em razão de que, em momentos de incerteza, o agente prefere aplicar seus recursos em ativos líquidos ao invés de ativos de capital. Porém, seu efeito é considerado indireto, porque primeiro impacta as condições de liquidez, para depois influenciar nas decisões dos agentes. E na situação de desconfiança generalizada destes, a política monetária não tem influência no equilíbrio econômico, fenômeno conhecido como armadilha de liquidez² (Braga, 2000; Minsk, 1986).

Há a possibilidade [...] de que, tão logo a taxa de juros haja baixado a certo nível, a preferência pela liquidez se torne virtualmente absoluta, no sentido de que todos prefiram manter recursos líquidos a conservar uma dívida que rende uma taxa de juros tão baixa. Nesse caso, a autoridade monetária teria perdido o controle efetivo sobre a taxa de juros (Keynes, 1996, p. 206).

² Armadilha da liquidez consiste em uma situação em que o juro tende ou permanece próximo ou igual a zero por muito tempo. Neste caso, a política monetária, como instrumento econômico, perde “tração”, isto é, a capacidade de incentivo para a demanda agregada (Ferraz, 2022).

Por sua vez, de acordo com Rodrigues (2017), a política cambial é responsável por administrar a taxa de câmbio nas relações comerciais, ao controlar o saldo da balança de importações e exportações, e nas relações financeiras, ao equilibrar a quantidade de moeda entre agentes econômicos de um país com outro.

Para Keynes, conforme descrevem Terra e Ferrari Filho (2012), a política cambial é voltada ao controle da taxa de câmbio, com o intuito de manter o equilíbrio externo e a estabilidade dos preços, isto é, estabilizar a expectativas dos empresários. O câmbio administrado poderia compensar os desequilíbrios comerciais e manter o controle dos capitais. Com a redução da incerteza nas expectativas dos empresários haveria maior autonomia à política monetária e reduziria a dependência da taxa de juros da necessidade de atração de capitais.

Já a política fiscal, descrita por Rodrigues (2017), é o principal mecanismo de política econômica do setor público e é responsável pelo planejamento do orçamento do Estado, isto é, a diferença entre receita e despesa de um determinado período. Quando essa diferença é positiva, tem-se um *superávit*, e quando é negativa, um *déficit*. As receitas são obtidas por meio dos impostos, e as despesas contabilizam os diversos pagamentos de funcionários, construção de obras públicas, juros da dívida, entre outros. Para o autor, no caso do *superávit*, as contas estão sendo pagas e desta forma reduz-se a dívida pública, podendo-se investir e reduzir impostos. Com isso, há dinheiro para o investimento e consumo dos agentes, o que proporciona o aumento do PIB, além do investimento direto pelo governo. No entanto, o aumento do PIB pode ocasionar pressões inflacionárias de demanda o que leva a um aumento geral de preços.

A política fiscal é a que possui maior importância para o equilíbrio da demanda agregada, de forma que pode agir na política de tributação, viabilizando a distribuição igualitária de renda³ ou nos gastos públicos, considerado elemento principal dessa política. Nas palavras de Keynes (1996, p. 117): “se a política fiscal for usada como um instrumento deliberado para conseguir maior igualdade na distribuição das rendas, seu efeito sobre o aumento da propensão a consumir será, naturalmente, tanto maior”.

As três políticas de governo apresentadas ao longo desta seção são importantes para o Estado desempenhar a função de indutor do desenvolvimento. Ou seja, o Estado precisa criar receitas para o financiamento dos gastos públicos, que se dá através da emissão de moeda, arrecadação de impostos, venda de títulos públicos e empréstimos externos.

³ A política fiscal pode atuar através do imposto de renda progressivo, imposto sobre lucros e dividendos ou imposto sobre a herança de forma a contornar a desigualdade de rendas (Ferrari Filho e Terra, 2011).

Rezende (2001) diz que a emissão de moeda é umas das principais fontes de financiamento do déficit público. No entanto, um excesso na oferta monetária, em decorrência do déficit orçamentário, pode gerar aumento geral dos preços na economia e quem detém a moeda, enfrenta a redução do poder aquisitivo. O Governo é detentor do monopólio da emissão de moeda, assim, pode-se promover o aumento dos gastos em troca de emissão. O aumento da base monetária é destinado aos encaixes reais, em função do crescimento da economia e das transações econômicas e para cobrir as necessidades do aumento inflacionário.

Impostos, taxas e contribuições de melhorias são formas de o governo arrecadar recursos que serão revertidos para a provisão de serviços públicos, como também, para investir em infraestrutura e pagar os servidores. Ao passo que os impostos como o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto de Renda Pessoa Física e Jurídica (IRPF e IRPJ) e Imposto sobre Circulação de Mercadores e Serviços (ICMS), entre outros, recaem de forma direta sobre o patrimônio e a renda e de forma indireta sobre o consumo, as taxas como as de emissão de documentos e de iluminação pública, por exemplo, e contribuições de melhorias, por sua vez, estão relacionadas a uma contraprestação do governo para o funcionamento dos serviços público (Guedes, 2020).

Conforme Guedes (2020), com o recolhimento desses tributos, Municípios, Estado e a União organizam anualmente o montante de receitas e o quanto poderá ser gasto para custear o desenvolvimento de suas atividades.

A emissão de títulos públicos é outra forma de obtenção de recursos por parte do governo para custear suas despesas, os quais podem ser adquiridos por pessoas físicas, empresas ou bancos. Os títulos são emitidos e controlados pela Secretaria do Tesouro Nacional para captar recursos que financiem a dívida pública e as atividades como educação, saúde e infraestrutura. O orçamento é impactado na emissão dos títulos, visto que ao lançá-los no mercado, o governo poderá custear as despesas públicas e assumir dívidas a serem saldadas futuramente (ENAP, 2017).

Conforme ENAP (2017), os empréstimos do governo são contraídos pelo Estado juntamente a instituições financeiras, sejam elas públicas ou privadas, internas ou externas, ou com empresas, organismos nacionais e internacionais, pessoas e outros governos e compõem outra maneira de financiar os gastos.

Quando há um déficit orçamentário, ou seja, quando os recursos arrecadados por meio dos tributos não se mostram suficientes para cobrir todos os gastos, o governo necessita tomar empréstimos externos. Esses empréstimos são importantes na carência de recursos internos e ajudam a diversificar as fontes de financiamento, o que reduz a dependência de fontes

domésticas de capital. Por outro lado, existem riscos associados a esses empréstimos, como a inadimplência nos pagamentos da dívida (ENAP, 2017).

Diante das formas de financiamento apresentadas, sabe-se que em qualquer processo de financiamento de gastos haverá aumento da dívida pública. O problema não está somente no tamanho da dívida, mas na forma de financiamento, o que requer avaliação dos prazos de amortização e taxa de juros, os quais representam um componente expressivo dos gastos públicos (ENAP, 2017).

2.2 Os diversos tipos de gastos públicos

Conforme Arvate e Biderman (2004, p. 6), “o objetivo fundamental da teoria econômica é o de fornecer uma contribuição para o entendimento do processo do desenvolvimento, e, principalmente das estratégias necessárias para alcançá-lo”. Somente com a formação do Estado Nacional, criaram-se condições para a promoção do desenvolvimento econômico. De acordo com Leal *et al.* (2022), uma das maneiras de se alcançar tal desenvolvimento é por meio do governo, através dos gastos públicos. A partir disso, são estabelecidas as prioridades sobre a demanda de produtos e serviços básicos para a sociedade, que é a maior beneficiada pelos investimentos no setor público.

Consoante Matias-Pereira (2003), os gastos públicos compõem a atividade fiscal e são um dos principais mecanismos de atuação do setor público, fundamentando-se por elementos de natureza econômica, jurídica e política. E de acordo com o Relatório de acompanhamento fiscal da Instituição Fiscal Independente (IFI, 2017), há um teto de gastos para financiamento que impõe que Estado exerça suas funções dentro do orçamento que tem disponível e desta forma, certifique-se que os recursos públicos sejam utilizados de forma responsável e estratégica, priorizando o atendimento das demandas mais urgentes e importantes.

Normalmente, os gastos são classificados conforme sua finalidade, natureza e função na esfera governamental, excluindo os gastos das atividades econômicas do Estado do cálculo. Nesta linha de raciocínio, para Riani (2016), os gastos governamentais deveriam ser custeados por meio de políticas fiscais de tributação, enquanto os gastos com atividades de produção deveriam ser financiados pela própria receita de venda de seus bens e serviços.

Conforme diz Riani (2016), os gastos governamentais podem ser apresentados em gastos agregados, por categorias econômicas e por funções:

- a) Os gastos agregados trazem um panorama macroeconômico das contas do governo, são os gastos de diferentes esferas da administração pública brasileira, com ênfase nos

gastos totais com pessoal e encargos, transferências juros e amortizações da dívida e investimentos.

- b) Os gastos por categorias tratam dos gastos governamentais do campo econômico, presentes nos balanços gerais das unidades administrativas. Assim é possível identificar as condições financeiras do governo, o porte da estrutura de gastos, a capacidade de poupança e investimentos, como também a composição dos gastos fixos e variáveis.
- c) Os gastos correntes são os gastos fixos necessários para o setor público funcionar, incluem o pagamento de pessoal, consumo de materiais, manutenção da estrutura de governo e pagamento dos encargos da dívida pública. Já os gastos com capital incluem os investimentos do governo em obras e equipamentos públicos e a integralização de capital para empresa do governo, além de amortização de dívidas.
- d) Os gastos por funções, por sua vez, são classificados de forma agregada, sendo que cada uma delas se subdivide em funções de seus diversos programas e subprogramas que as compõem. Em geral, esses dispêndios obedecem à seguinte classificação: Legislativo, Judiciário, Administração e Planejamento, Defesa Nacional e Segurança Pública, Educação e Cultura, Habitação e Urbanismo, Indústria, Comércio e Serviços, Saúde e Saneamento, Trabalho, Assistência e Previdência, Transportes, Agricultura, Energia e Recursos Minerais, Desenvolvimento Regional e Comunicações.

Para Matias-Pereira (2003), o provimento dos bens e serviços públicos se dá a partir da formulação das políticas públicas, que procura cumprir com três funções: a estabilização macroeconômica, através do crescimento econômico sustentado, apresentando baixo índice de desemprego e preços estáveis; a redistribuição de renda, assegurando sua distribuição de forma equitativa; e alocação de recursos, compensando as falhas de mercado. Diante disso, o conceito de política pública pode ser entendido como:

[...] atividade financeira do Estado orientada para a obtenção e o emprego dos meios materiais e de serviços para a realização das necessidades da coletividade, de interesse geral, satisfeitas por meio do processo do serviço público. É a intervenção do Estado para prover essas necessidades da população. Assim, a necessidade torna-se pública por uma decisão dos órgãos políticos (Matias-Pereira, 2003, p. 37).

Ainda conforme Matias-Pereira (2003), para cumprir ao proposto pela política pública, o Estado precisa de recursos humanos e financeiros, advindo da própria sociedade, na forma de impostos, contribuições e empréstimos. Ao desempenhar os gastos públicos, o governo impacta de maneira positiva tanto no crescimento (aumento do PIB), como no desenvolvimento socioeconômico (incluindo a redução das desigualdades) de um município, região ou estado.

Conforme diversos autores afirmam, *apud* Riani (2016), o crescimento dos gastos públicos está relacionado com o crescimento⁴ e desenvolvimento econômico⁵, sobretudo de acordo com os trabalhos de Musgrave, Rostow e Herber.

Musgrave (1969) *apud* Riani (2016) destaca a formação bruta de capital do setor público nas primeiras etapas de desenvolvimento e crescimento econômico do país. Segundo aquele autor, essa formação bruta cria condições para o governo investir em infraestrutura, como em transporte, saúde, estradas, educação e saneamento. Dessa forma, é possível alcançar melhor qualidade nos bens e serviços demandados pela sociedade. Após cumprir com essa etapa inicial, o governo deverá evoluir para etapas superiores de desenvolvimento social e econômico.

Rostow (1971) *apud* Riani (2016) acreditava na relação entre a participação do setor público e estágios de desenvolvimento do país, devido ao fato de o PIB aumentar nos últimos estágios de crescimento, por conta dos gastos nos serviços sociais, os quais possuem tendência a crescer mais do que outros tipos de gastos.

Finalmente, Herber (1979) *apud* Riani (2016) associou os gastos públicos com os estágios da industrialização do país. Para esse autor, no período pré-industrial, fez-se necessário a maior participação do governo nos investimentos de áreas básicas ao processo de industrialização, o que aumentou os gastos públicos em taxas superiores às do crescimento do PIB, proporcionando a industrialização. No período pós-industrial, também houve a necessidade de novos investimentos para a economia chegar a um novo processo de industrialização, considerando um nível superior ao anterior.

Diante de tanto, é inevitável que os gastos públicos aumentem. De acordo com Giambiagi e Além (2011, p. 38),

É legítimo que o gasto público aumente, mas ao mesmo tempo, do ponto de vista da política anti-inflacionária, é desejável que, se isto ocorrer, ele seja financiado com impostos e/ou com um aumento apenas modesto da dívida pública – preferencialmente, sem que isto implique elevar a relação dívida PIB, desde que a economia esteja em expansão.

Por conseguinte, continuando com Giambiagi e Além (2011), o trabalho das autoridades públicas precisa do entendimento, por parte da população e de lideranças políticas, trabalhistas e empresariais no Brasil, sobre as limitações que o controle da inflação determina sobre a

⁴ O conceito de crescimento expressa “a expansão da produção real no quadro de um subconjunto econômico. Esse crescimento não implica, necessariamente, modificações nas funções de produção, isto é, na forma em que se combinam os fatores no setor produtivo em questão” (Furtado, 1983, p.78).

⁵ Desenvolvimento econômico é definido, conforme Souza (2012), pela existência de crescimento econômico em ritmo superior ao crescimento demográfico, envolvendo mudanças de estruturas e melhorias de indicadores econômicos, sociais e ambientais.

política fiscal. A maior compreensão da relação entre o atendimento das demandas sociais e o rigor do orçamento é o esperado que seja construído no país.

2.2.1 Os gastos com investimento em infraestrutura econômica

Guimarães e Freitas (2019) afirmam que o investimento de infraestrutura compõe um dos pilares do desenvolvimento econômico, o qual influencia na variação positiva da produtividade dos demais setores econômicos. Partindo dessa convicção, há um consenso de que a infraestrutura tem sua importância para as estratégias de crescimento de um país.

Quanto ao conceito de infraestrutura, esta pode ser entendida como a estrutura básica que possibilita que a economia desenvolva as mais variadas atividades humanas. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) define o termo, o classificando em infraestrutura social e econômica.

(...) a infraestrutura social e urbana, cujo foco prioritário é o suporte aos cidadãos e seus domicílios, aí constituído por habitação, saneamento e transporte urbano; e a infraestrutura econômica, cuja função precípua é a de dar apoio às atividades do setor produtivo, englobando os setores de rodovias, ferrovias, portos, aeroportos, energia elétrica, petróleo e gás natural, biocombustíveis e telecomunicações (IPEA, 2010, p. 15).

No campo econômico é recorrente o estudo da relação entre infraestrutura e crescimento, visto que a presença da primeira colabora para facilitar e desenvolver o investimento em outras áreas, de modo a promover o crescimento de uma economia como um todo (Lopes, 2009; Silva; Martins; Neder, 2016). De acordo com Ferreira e França (2007), as variáveis de gastos públicos e infraestrutura apresentaram correlação forte e positiva, de modo que influenciam no crescimento econômico, trazendo bons resultados de longo prazo para o Brasil.

Também para Sánchez *et al.* (2017), a infraestrutura contribui para o aumento do Produto Interno Bruto (PIB), através de sua influência nos serviços de transporte, energia, saneamento e telecomunicações. Além disso, prosseguem os autores, a infraestrutura pode induzir um maior crescimento de longo prazo, gerando externalidades positivas sobre a produção e elevando a produtividade dos fatores: terra, capital e trabalho e reduzindo os custos de produção e transporte.

Os gastos em infraestrutura, conforme afirmam Guimarães e Freitas (2019), podem contribuir também para o desenvolvimento econômico à medida que ocorre melhoria da

qualidade de vida e redução dos níveis de pobreza, ao passo que promove o acesso igualitário e justo à população como um todo. De acordo com outros autores, entre eles, Calderón e Servén (2008); Chakamera e Alagidede (2017); Medeiros e Ribeiro (2020); Medeiros, Ribeiro e Amaral, (2021); Straub (2008), os gastos em infraestrutura são condição necessária para que aconteça desenvolvimento socioeconômico em um país. Com esse investimento é possível elevar o crescimento, a produtividade e a competitividade, como também reduzir as desigualdades sociais.

Os motivos pelos quais a infraestrutura mostra-se essencial ao desenvolvimento econômico e social resumem-se nas seguintes constatações apontadas por Ali e Pernia (2003) e Jones (2006):

- a) Expansões e melhorias nos setores ligados à infraestrutura trazem melhores perspectivas de ganhos salariais para os pobres, uma vez que tais investimentos estariam associados a um aumento na oferta e qualidade de empregos, como também, um maior crescimento na produtividade dos setores tradicionais e modernos da economia.
- b) O aumento da produtividade provocado pela maior provisão de infraestrutura resulta em maior oferta de bens comercializáveis e redução dos preços, que pode, por conseguinte, aumentar o poder de compra e bem-estar das classes mais pobres.
- c) A redução dos custos da produção, decorrente dos investimentos em energia, transporte e serviços de conexão, podem diminuir o custo de vida e aumentar, portanto, o bem-estar da sociedade.
- d) O acesso a serviços básicos (água, esgoto, energia elétrica e meios de comunicação) tem efeito positivo na redução do nível de pobreza, com isso, eleva-se a condição de vida da população de maneira ampla.

Em países em desenvolvimento, como o Brasil, o financiamento dos gastos destinados à infraestrutura, através dos impostos pode ocasionar efeitos adversos. No entanto, os efeitos positivos e indiretos desses gastos sobre o crescimento da economia acabam por compensar os possíveis efeitos negativos dos impostos correntes. Entre 1950 e 1970, o Brasil apresentou grandes taxas de crescimento com a atuação do setor público no planejamento, financiamento e execução de obras de infraestrutura (Rocha e Ribeiro, 2022).

Por outro lado, a partir da década de 1980, a falta de investimento público no setor de infraestrutura passou a ser a realidade no Brasil, persistindo na década atual.

Uma análise do investimento agregado – isto é, o total de todos os segmentos da infraestrutura que inclui o setor público e privado mostra que 2020 o país atingiu cerca de R\$ 123,0 bilhões, representando um decréscimo de 1% em relação a 2019 e um valor de 32% inferior ao pico

dos investimentos realizados em 2014 (investimentos de R\$ 180,3 bilhões). (...) Em 2020, esses investimentos representaram apenas 1,7% do PIB (Rocha e Ribeiro, 2022, p. 30).

Em vista do impasse de que o setor de infraestrutura exige um grande volume de recursos e um tempo de maturação longo, quando comparados a investimentos em outras áreas, o Estado, no papel de regulador, planejador e financiador, deve atuar através da política econômica, cujo objetivo seja de criar e aperfeiçoar mecanismos institucionais que busquem aumentar a captação de recursos para destinar à infraestrutura (Rocha e Ribeiro, 2022).

Sendo essa atuação uma medida estratégica para o país, ao passo que está buscando o crescimento sustentável de renda e emprego, os gastos em infraestrutura procuram diminuir as desigualdades sociais e regionais: “Maior eficiência na alocação dos recursos públicos podem minimizar as perdas e elevar o retorno esperado dos investimentos em infraestrutura, em termos de crescimento e bem-estar para a população” (Rocha e Ribeiro, 2022, p. 27).

2.2.2 Os gastos correntes públicos sociais – favorecem o desenvolvimento social

Os gastos sociais compõem um amplo assunto de debate na sociedade brasileira, principalmente em épocas de crises econômicas e crise fiscal. A eficiência, eficácia e efetividade dos programas do governo no campo social são questionados pela sociedade. No entanto, o arcabouço orçamentário brasileiro dificulta a visão global sobre a composição e análise desses dispêndios (STN, 2016).

Há várias definições para gasto social, para a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a definição é a seguinte:

As despesas sociais compreendem prestações pecuniárias, prestação direta em dinheiro de bens e serviços, além de incentivos fiscais com fins sociais. Os benefícios podem ser dirigidos a famílias de baixa renda, idosos, pessoas com deficiência, doentes, desempregados ou jovens. Para serem considerados "sociais", os programas têm de envolver ou redistribuição de recursos entre as famílias ou participação obrigatória. Os benefícios sociais são classificados como público quando o governo geral (composto de Governo Central, estaduais e governos locais, incluindo os fundos de seguridade social) controla os fluxos financeiros relevantes. Todos os benefícios sociais não previstos pelas administrações públicas são considerados privados. Transferências privadas entre famílias não são considerados como "social" e não são incluídas nessa definição. Gasto social líquido total inclui os gastos públicos e privados (OCDE, 2013, p. 6, *apud* STN, 2016, p. 5).

Essa definição além de abrangente, contém todos os requisitos necessários para categorizar qualquer tipo de gasto social, que tem como função principal atender a parcela da sociedade que se encontra em situação de dependência ou vulnerabilidade, como idosos,

peessoas de baixa renda, portadores de deficiência e desempregados. Além disso, precisa envolver redistribuição de recursos entre as famílias ou participação compulsória nos programas sociais (STN, 2016).

Conforme Arvate e Biderman (2004), os gastos sociais podem ser analisados de duas maneiras, conforme sua natureza, ou seja, considerando a forma pela qual o recurso público é gasto ou conforme o tipo de atividade ou área política, na qual o gasto é realizado. Segundo a natureza do gasto, o Orçamento Social da União é dividido em: Gastos diretos, que incluem as transferências sociais para indivíduos; as transferências constitucionais a estados e municípios; as renúncias fiscais (tributárias e previdenciárias) e subsídios; gastos efetuados através do Sistema S (composto por uma rede de entidades paraestatais direcionadas à prestação de serviços assistenciais à população em geral) e empréstimos com fins sociais e condições favorecidas.

De acordo com a área de atuação, os gastos sociais⁶ são classificados como os dispêndios associados à previdência e assistência social, saúde, educação e cultura, habitação e saneamento básico, trabalho e emprego, política fundiária. A seguir será apresentado, de forma breve, cada umas das áreas de atuação mencionadas por Arvate e Biderman (2004):

- a) A previdência social compreende o Regime Geral de Previdência Social (RGPS) do setor privado que agrega pagamentos de aposentadorias, pensões, salário-família, salário maternidade, auxílio-doença, auxílio-acidente, auxílio-reclusão, abono de permanência; enquanto o Regime Próprio da Previdência Social (RPPS) do setor público, abrange somente os recursos de aposentadorias e pensões. Essa categoria é a que absorve maior parte dos recursos da área social e possui caráter contributivo e assistencial.
- b) Para a Saúde⁷, mais de 50% dos recursos são destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), de natureza curativa. Já os outros programas, como o Programa de Atenção Básica (PAB) e o Programa Saúde da Família e Agentes Comunitários, consomem proporcionalmente, menos recursos.
- c) Para a educação, a atuação do governo se dá em vários níveis de ensino (infantil, fundamental, médio, profissional, superior e supletivo). Cerca de 70% dos recursos destinados à essa categoria, referem-se ao ensino superior, o que representa que o custo

⁶ Consoante o Instituição Fiscal Independente (IFI, 2017), não há consenso quanto ao que, de fato, representa um gasto “social”, isso quer dizer que, a depender da interpretação, podem-se incluir outras despesas.

⁷ Nas áreas de saúde e educação, a ação da União é executada de forma descentralizada pelos estados e municípios (Arvate e Biderman, 2004).

médio de um aluno no ensino superior é elevado no Brasil em comparação com outros países. Já os níveis fundamental e médio são da responsabilidade dos estados e municípios.

- d) Os recursos destinados à assistência social possuem caráter não contributivo e estão direcionados aos mais desfavorecidos economicamente: famílias de baixa renda, idosos e crianças em condição de abandono, maus tratos, exploração, portadores de alguma deficiência, incapazes, moradores de rua. As transferências de renda para idosos e pessoas com deficiência, as quais são vitalícias, são aparadas pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), e os programas voltados para crianças, como o caso do Bolsa Escola e Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) compreendem os gastos assistenciais com maior peso.
- e) As categorias trabalho e emprego incluem os gastos de amparo financeiro ao trabalhador desempregado e criam condição do retorno do mesmo ao mercado de trabalho, através de programas – Sistema Nacional de Empregos (SINE), Programada Nacional de Qualificação Profissional (PANFOR), Programa de Estímulo do Primeiro Emprego (PNPE) e o seguro-desemprego, que recebe a maior quantidade de recurso da categoria.
- f) Os gastos em saneamento e habitação são de competência dos estados e municípios, porém também recebem recursos do Governo Federal, em situações de localidades rurais com muitas dificuldades.
- g) A política fundiária busca, através do Programa de Assentamento Familiar (PRONAF), facilitar o acesso à terra e viabilizar a agricultura familiar, atuando em infraestrutura e assistência técnica para a inserção dos assentamentos na produção agrícola.
- h) Os demais gastos sociais, abrangem os realizados com servidores públicos, como auxílio alimentação, vale transporte, creche, auxílio-médico e odontológico, além das renúncias fiscais concedidas a pessoas físicas.

A discussão de gastos públicos sociais envolve a relação de desigualdades e crescimento econômico, ao passo que o governo visa através dos gastos promover um crescimento sustentável e inclusivo, com amparo aos grupos vulneráveis; oferecer suporte a estabilidade social e política, a fim de evitar tensões e descontentamentos; como também reduzir as disparidades de rendas e oportunidades entre diversos grupos sociais (Rezende, 1997; IMF, 2019; OCDE, 2024; ECB, 2019).

O acesso equitativo aos serviços básicos, como em assistência social, saúde, educação, habitação e saneamento básico, quando presentes de forma contínua ao longo de toda a vida do indivíduo, desde a infância até a velhice, colabora para a garantia de um padrão de vida digno

em todas as fases. À medida que ocorrem as mudanças demográficas e tecnológicas na sociedade, é fundamental que os gastos públicos sociais se adaptem e mantenham-se relevantes e eficazes frente a essas transformações. Já nos momentos de instabilidade econômica, o governo deve utilizar dos tais gastos sociais como uma ferramenta para estabilizar a demanda agregada. (Rezende, 1997; IMF, 2019; OCDE, 2024; ECB, 2019).

Nesta perspectiva apresentada, os gastos sociais contribuem para além do bem-estar da população, desempenhando protagonismo no crescimento e desenvolvimento social e econômico. A adaptação e manutenção adequada dos gastos públicos são fundamentais para o enfrentamento dos desafios contemporâneos da sociedade, tornando-a mais equitativa e próspera.

2.2.3 Os gastos com a saúde como um direito constitucional estabelecido

Entre as principais justificativas para a intervenção do Estado na Economia estão a busca de eficiência na alocação dos recursos e a equidade da renda e riqueza. Por meio de sua atuação, é possível elevar a renda e bem-estar da sociedade, contribuindo nos indicadores econômico sociais. No caso da saúde, a universalização é defendida considerando o direito à cidadania. A provisão desse bem público, respeitando os princípios de equidade e de justiça distributiva, deve ser garantida a todos, sem levar em conta a posição que o indivíduo ocupa na sociedade, necessariamente (Arvate e Biderman, 2004).

O artigo 196 da Constituição Federal assegura o direito à saúde: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

A nível nacional, por um lado, a Constituição de 1988 assegurou a milhões de pessoas o acesso a serviços públicos de saúde como um direito universal – visto que antes da promulgação, os serviços de saúde eram restritos aos trabalhadores do mercado formal, os quais eram contribuintes da Previdência Social, enquanto o atendimento para as demais pessoas ficava à mercê de serviços assistenciais de origem religiosa ou de caridade – por outro lado, o financiamento desse serviço, tornou-se um enorme desafio – o qual ficou a cargo do Orçamento da Seguridade Social à nível federal, e dos orçamentos fiscais à nível estadual e municipal (Brasil, 2013).

A União é a principal financiadora do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, a responsabilidade de execução da maior parte das ações é dividida entre Estados e Municípios.

Os recursos financeiros são movimentados por meio de fundos contábeis: Fundo Nacional de Saúde (FNS), gerido pelo Ministério da Saúde; o Fundo Estadual de Saúde (FES), administrado pelo Secretário Estadual de Saúde; e o Fundo Municipal de Saúde (FMS), conduzido pelo Secretário Municipal de Saúde (Abraham, 2021).

Os recursos destinados ao setor da saúde é motivo de preocupação tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. De acordo com Ribeiro, Piola e Servo (2007), nos primeiros, a preocupação ocorre em torno da eficiência, efetividade e equidade nos gastos, em razão de que investimento nos serviços médico-assistenciais nem sempre resultam, necessariamente, em melhores condições de saúde e nem resolvem por si só, automaticamente, as iniquidades no acesso aos serviços. Nos segundos, além das preocupações citadas, existe o problema adicional de cumprir com a demanda de saúde da população de forma abrangente e equilibrar esses gastos com os demais dispêndios necessários ao desenvolvimento social e econômico.

Sabe-se que uma parcela importante da população não tem recurso suficiente para pagar pelos serviços de saúde ofertados pelo setor privado. Segundo Giambiagi e Além (2011, p. 34), “os preços cobrados pelo setor privado sejam tais que impeçam o acesso de uma parcela expressiva da população, pertencente a faixas mais baixas de renda”. Neste sentido, o Estado tem o papel primordial de garantir que a população tenha atendimento nos hospitais, clínicas e unidades básicas de saúde. Sua intervenção traz, como resultado, bom índice de saúde e, conseqüentemente, bons resultados para o desenvolvimento econômico.

Giambiagi e Além (2011) afirmam que o aumento dos gastos públicos relacionados à saúde se relaciona a causas demográficas, associada à tendência mundial de envelhecimento da população, que cresce paralelamente aos gastos com a saúde. Outro fator importante foi decorrente ao processo de urbanização, a partir de 1950, no qual a aglomeração populacional na área urbana passou a demandar muito mais serviços públicos, entre eles os da saúde.

Ademais, Abraham (2021) ressalta que na área da saúde, as políticas públicas buscam a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde da população, destinando ações à proteção da saúde dos trabalhadores; à assistência farmacêutica, que envolve conservação, controle, segurança, eficácia, acompanhamento, avaliação e obtenção dos medicamentos; vigilância epidemiológica, cuja finalidade é de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos; e controle sanitário no intuito de eliminar e prevenir riscos à saúde.

Para além do objetivo de universalidade, integralidade e descentralização do SUS, a Lei Complementar nº 141 estabelece que os serviços dessa área devem visar a redução progressiva

das disparidades regionais, de forma que auxilie no desenvolvimento econômico de regiões carentes, o que reforça o mecanismo de repartição dos recursos entre estados e municípios.

Além do desenvolvimento, há estudos que relacionam a saúde com o crescimento econômico. Conforme os estudos de Bloom, Canning e Sevilla (2004), constatou-se que a população que apresenta vida física e mental saudável reflete essa qualidade na produtividade do trabalho, promovendo o aumento do produto, o que resulta em crescimento da economia: “uma melhoria de um ano na esperança de vida de uma população contribui para um aumento de 4% na produção”⁸. Isso corrobora a ideia de que o investimento na saúde se relaciona positivamente com o crescimento da economia.

⁸ Tradução livre da autora.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização e delimitação da pesquisa

A presente pesquisa é classificada como descritiva e documental com suporte quantitativo, contendo análise estatística dos dados e sua apresentação na forma de tabelas e gráficos.

De acordo com Gil (2002), as pesquisas descritivas objetivam fazer uma descrição das características de determinada população ou fenômeno e estabelecer ou descobrir associações entre variáveis. Já nas pesquisas documentais, as fontes são diversificadas e dispersas. De um lado, documentos de “primeira mão” como arquivos de órgãos públicos e instituições privadas. De outro, documentos de “segunda mão”, como relatórios de pesquisa, de empresas, tabelas estatísticas etc. Nas pesquisas documentais de cunho quantitativo, os dados encontram-se organizados por tabelas e permitem realizar teste de hipóteses estatísticas, facilitando a ordenação do relatório.

As referidas fontes serviram de suporte para descrever a infraestrutura da saúde e o quadro epidemiológico do município, como, também, para indicar a necessidade do gasto público com saúde, evidenciando os valores dos gastos anuais, conforme o balanço orçamentário da prefeitura e o índice de desenvolvimento municipal, que descreve a situação do município no que se refere ao seu desenvolvimento socioeconômico.

Foi realizada uma correlação estatística entre as variáveis (gasto público em saúde e desenvolvimento municipal) utilizando o cálculo do Coeficiente de Correlação de *Pearson*, de modo a investigar se uma variável interfere no valor da outra. Dessa forma, foi possível observar se as variações nos gastos públicos em saúde do município de Medianeira-PR influenciam no seu desempenho municipal.

3.2 Objeto de estudo e período

O estudo teve como objetivo principal verificar como os gastos públicos alocados em saúde se relacionam com o desenvolvimento socioeconômico do município de Medianeira, Paraná. Para tal fim, o desenvolvimento foi medido pelo Índice IPARDES de Desempenho Municipal (IPDM). Desse modo, foi possível correlacionar os montantes transferidos à saúde do município de Medianeira com o IPDM.

A cidade de Medianeira, em que este estudo foi executado, está localizada na microrregião do Oeste do Paraná, mais precisamente a 60 km da cidade vizinha de Foz do Iguaçu e 577,30 km da capital Curitiba. A posição geográfica do município na microrregião pode ser observada na Figura 1. Sua extensão geográfica é de 328,732 km², considerada a 3ª maior cidade da microrregião, depois de Cascavel e Foz do Iguaçu, em termos de população e de extensão (PMS, 2021). Quanto à demografia, a população estimada pelo IBGE, em 2021, foi de 46.940 habitantes (0,4% da população estimada do Paraná), sendo que 11%, cerca de 4.427 habitantes, vivem nas áreas rurais. As mulheres representam 50,8%, enquanto homens 49,2%.

Figura 1 - Posição Geográfica de Medianeira na microrregião Oeste



Fonte: PMS (2021).

A pesquisa abrangeu o período de 2013 a 2021, sendo que são os anos que contém disponíveis tanto os dados relacionados aos gastos investidos na saúde pública no portal da transparência do município, como também, os dados referentes ao desempenho do município em três áreas: renda, emprego e produção agropecuária; saúde e educação no Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). Desse modo, foi possível observar a evolução dos gastos e do Índice IPARDES no período selecionado.

Partindo do pressuposto apresentado na revisão de literatura, que considera que os gastos públicos atingem as demandas reais, este estudo buscou testar a seguinte hipótese: os

gastos públicos em saúde de Medianeira-PR correlacionam-se positivamente com o desenvolvimento socioeconômico municipal, medido pelo IPARDES.

3.3 Base de dados e métodos

As informações relacionadas ao quadro epidemiológico e à infraestrutura da saúde foram apresentadas de maneira descritiva, de acordo com Plano Municipal de Saúde (PMS, 2021) e conforme informações retiradas do banco de dados DATASUS. Já as variáveis relacionadas aos gastos em saúde pública foram extraídas do Relatório Resumido da Execução Orçamentária - Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde, o qual pode ser acessado através do Portal da Transparência do município (Medianeira – Prefeitura Municipal, 2024). Enquanto a variável associada ao desenvolvimento econômico e social do município – IPDM – Índice IPARDES de Desempenho Municipal – foi consultada no Portal do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). Todas as variáveis estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Relação das variáveis utilizadas

Variáveis	Variáveis	Unidade de medida	Referência
Explicativas			
Gasto Total com Saúde	X ₁	(R\$)	Portal da transparência do Município de Medianeira (PR)
Gastos em Atenção Básica	X ₂	(R\$)	Portal da transparência do Município de Medianeira (PR)
Gastos em Assistência Hospitalar e Ambulatorial	X ₃	(R\$)	Portal da transparência do Município de Medianeira (PR)
Gastos em Vigilância Sanitária	X ₄	(R\$)	Portal da transparência do Município de Medianeira (PR)
Gastos em Vigilância Epidemiológica	X ₅	(R\$)	Portal da transparência do Município de Medianeira (PR)
Outros Gastos em Subfunções	X ₆	(R\$)	Portal da transparência do Município de Medianeira (PR)
Explicada			
Índice IPARDES de Desempenho Municipal	Y	Índice (0-1)	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

A estatística descritiva foi realizada pelo *Software R*, no que tange ao cálculo de deflação⁹ dos gastos, e *Microsoft Excel*, através da matriz de correlação de *Pearson* para as variáveis selecionadas, com o intuito de averiguar quais delas e em qual grau se correlacionam entre si.

No presente trabalho foi investigada, portanto, a relação entre os gastos públicos em saúde de Medianeira-PR (variáveis explicativas) e o índice de desempenho municipal – Índice IPARDES (variável explicada), no período de 2013 a 2021. Essa relação se deu por meio do cálculo do coeficiente de correlação linear, também chamado de Coeficiente de *Pearson*, o qual correlacionou os gastos com o índice de desenvolvimento socioeconômico.

3.4 Índice IPARDES de Desempenho Municipal (IPDM)

O Índice Ipardes de Desempenho Municipal, também conhecido pela sigla IPDM, é uma medida de desempenho dos 399 municípios que compõem o estado do Paraná. Esse índice está relacionado às variáveis: renda, emprego e produção agropecuária, saúde e educação (IPARDES, 2024).

Os dados do IPDM são retirados de registros administrativos obrigatórios e disponíveis publicamente no portal do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). Os referidos dados são publicados anualmente e possuem recorte municipal. Os indicadores refletem aspectos importantes do desenvolvimento local, possibilitando ações conjuntas das três esferas governamentais (União, Estado e Municípios), além do empresariado (IPARDES, 2024).

A partir de 2017, a metodologia do IPDM evoluiu em relação às fontes de informações, que melhor refletem a realidade e incluiu projeções demográficas para aprimorar a identificação da situação socioeconômica de cada município do Paraná, considerando o ano de referência 2010 (IPARDES, 2024).

Ainda conforme o IPARDES (2024), o IPDM varia de 0 a 1, sendo que mais perto de 1, maior é o desenvolvimento da localidade. Desta forma, o índice pode indicar:

- a) Alto desempenho: quando o resultado for 0,8 ou superior.
- b) Médio desempenho: quando o resultado for igual ou superior a 0,6 e inferior a 0,8.
- c) Médio baixo desempenho: quando o resultado for igual ou superior a 0,4 e inferior a 0,6.

⁹ Para o cálculo da deflação, foi utilizado o índice geral do IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - referente ao período de 2013 a 2021, que está disponível na página do IPEADATA (2025).

- d) Baixo desempenho: quando o resultado for inferior a 0,4.

3.5 Coeficiente de Correlação de *Pearson*

O coeficiente de correlação de *Pearson*, também conhecido como coeficiente de correlação linear, é uma medida estatística que indica a relação entre duas variáveis. Seu objetivo é quantificar a dependência linear entre duas variáveis aleatórias quantitativas (Anderson, 2023).

O cálculo do coeficiente de correlação de Pearson¹⁰ é obtido pelo quociente entre a covariância das variáveis e a raiz quadrada do produto das variâncias de cada variável, tal correlação se dá conforme Equação 1 (Anderson, 2023).

$$(1) \quad \rho_{xy} = \frac{Cov(X,Y)}{\sqrt{Var(X)*Var(Y)}}$$

Onde:

X é a variável explicativa, sendo representada por X_1, X_2, X_3, X_4, X_5 e X_6 ;

Y é a variável explicada;

ρ é o coeficiente de correlação de *Pearson*.

O coeficiente de correlação varia entre -1 e 1, ou seja, $-1 \leq \rho_{xy} \leq 1$, e o resultado pode ser interpretado da seguinte maneira, segundo Anderson (2023):

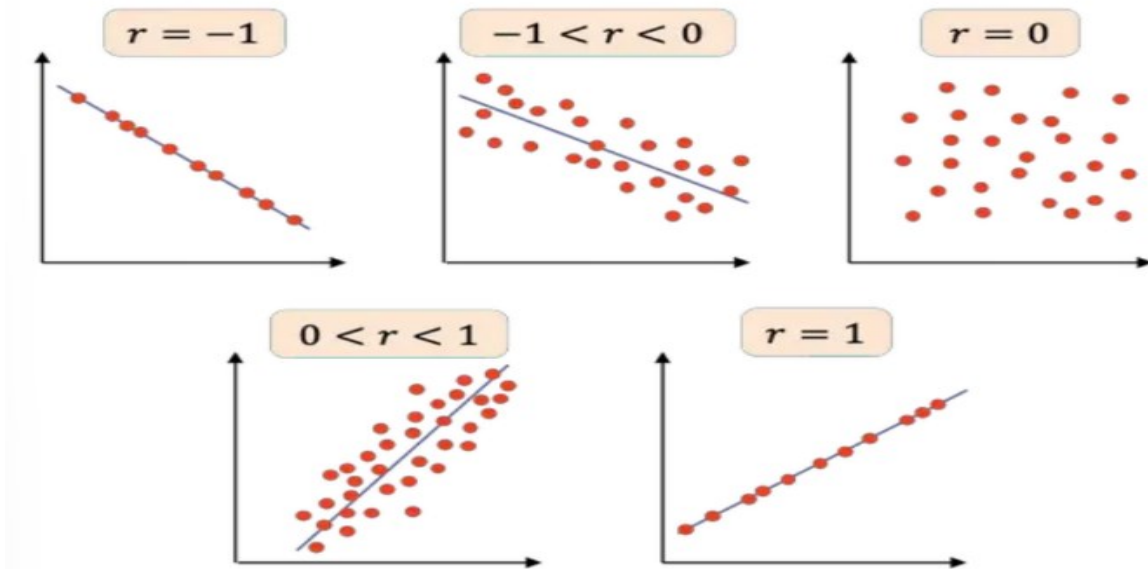
- a) $\rho_{xy} = -1$: indica correlação negativa perfeita entre as duas variáveis. Neste caso, pode-se traçar uma linha com inclinação negativa na qual todos os pontos têm ligação.
- b) $-1 < \rho_{xy} < 0$: indica correlação negativa entre duas variáveis, na qual quando o valor de uma variável aumenta, o valor da outra diminui. Quanto mais próximo de -1, o resultado, mais forte é a correlação.
- c) $\rho_{xy} = 0$: indica ausência de correlação linear entre as duas variáveis. No entanto, não quer dizer que as variáveis são independentes, pelo fato de poder haver uma relação não linear entre elas.
- d) $0 < \rho_{xy} < 1$: indica correlação positiva entre duas variáveis, quanto mais próximo de 1, mais forte é a correlação. Neste caso, quando o valor de uma variável aumenta, o valor da outra também aumenta e vice-versa.

¹⁰ O coeficiente de correlação de *Pearson* é representado pela letra grega ρ quando se trata de uma população. Já quando o coeficiente está relacionando a uma amostra, é representado pela letra r (Anderson, 2023).

- e) $\rho_{xy} = 1$: indica correlação positiva perfeita entre duas variáveis. Neste caso, pode-se traçar uma linha com inclinação positiva na qual todos os pontos têm ligação.

A representação gráfica dos resultados encontra-se na Figura 2:

Figura 2 - Representação gráfica dos resultados do Coeficiente de *Pearson*



Fonte: Elaborado por Anderson (2023).

No entanto, mesmo que exista uma relação entre as variáveis, não quer dizer, que haja causalidade entre elas, isso significa que, apesar de existir correlação entre duas variáveis, a variação em uma não é, necessariamente, a causa da mudança da outra variável (Anderson, 2023).

Portanto, para o cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson*, foram estimadas várias matrizes de correlação, considerando o período de 2013 a 2021 relacionando as variáveis descritas e o grau com que cada uma interfere no Índice de Desempenho do Município.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 O perfil epidemiológico e o quadro geral de infraestrutura da saúde no município de Medianeira, no período de 2013 a 2021

4.1.1 Caracterização da saúde e do perfil epidemiológico de Medianeira

Com o objetivo de traçar um panorama geral referente à saúde pública de Medianeira, nesta seção foram apresentadas algumas estatísticas da população do município, no período de 2013 a 2021. Antes, porém, foram feitas algumas considerações metodológicas a respeito dos dados coletados.

Os dados disponíveis na base do DATASUS referentes ao número de nascimentos são oriundos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), um sistema que abrange dados que provêm do Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, junto das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que coletam informações presentes nas Declarações de Nascidos Vivos (DN) (DATASUS, 2017).

Ressalta-se que a Taxa de Natalidade é o número de nascidos vivos, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Expressa a frequência anual de nascidos vivos e é influenciada pela idade e sexo da população, sendo que taxas elevadas de natalidade estão associadas a baixas condições socioeconômicas da população (DATASUS, 2024a).

A taxa de mortalidade, por sua vez, pode ser definida como o número total de óbitos a cada mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. É influenciada pela estrutura etária e sexo da população, sendo que taxas altas de mortalidade podem estar relacionadas a precárias condições socioeconômicas ou à grande proporção de idosos na população (DATASUS, 2024b).

As informações de mortalidade provêm dos dados das Declarações de Óbitos (DO) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Conforme as informações do SIM, é possível obter os dados de mortalidade por classificação de causas, faixa etária, sexo, local de ocorrência, letalidade de agravos, incidência além das taxas de mortalidade geral, infantil, materna, entre outras variáveis presentes na DO (PMS, 2021).

A taxa de mortalidade infantil refere-se ao número de óbitos de menores de um ano de idade a cada mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico e ano considerado. Esse indicador compreende a soma dos óbitos ocorridos nos seguintes

períodos: *Neonatal precoce*: de 0 a 6 dias de vida; *Neonatal tardio*: de 7 a 27 dias de vida e *Pós-neonatal*: de 28 dias de vida ou mais. Essa taxa de mortalidade reflete as condições de desenvolvimento social e de infraestrutura da saúde, como a qualidade dos recursos disponíveis à saúde materna e infantil (DATASUS, 2024c).

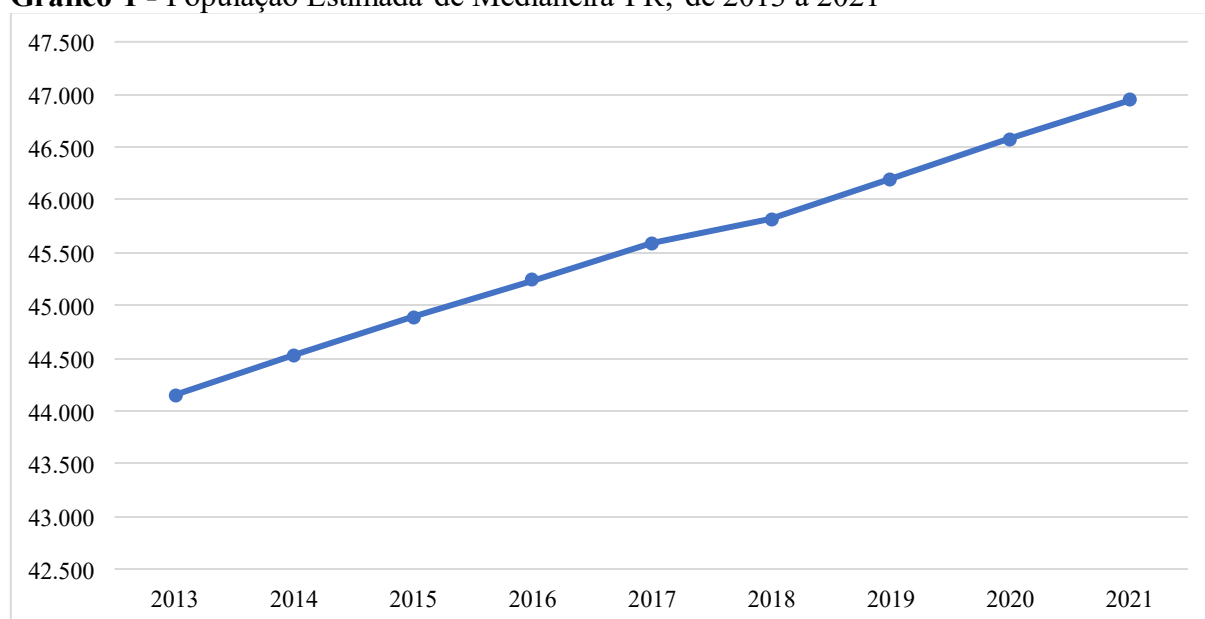
Quanto ao valor da taxa de mortalidade infantil, geralmente, segue-se a classificação com base nos valores comparados aos países desenvolvidos: taxas altas são maiores que 50, as médias ficam entre 20 e 49 e as baixas são menores que 20 (DATASUS, 2024c).

Quanto ao número de nascimentos no período, é importante considerar que: o número de nascimentos por local de ocorrência refere-se ao número nascidos vivos no município de Medianeira no período selecionado, enquanto o número de nascimentos por residência da mãe está relacionado ao número de nascidos vivos, cuja mãe reside no Município (DATASUS, 2017). Desta forma, os dados utilizados para este trabalho concentraram-se no número de nascimentos por residência da mãe, visto que há uma diferença considerável no número de nascimentos conforme o critério de contagem utilizado, como mostra o Gráfico 3.

Assim, diante de tais considerações, passa-se às análises propostas nesta seção.

Conforme o Gráfico 1, em 2013, a população estimada de Medianeira totalizava 44.149 habitantes. Nos anos seguintes manteve uma tendência de crescimento e alcançou 46.940 habitantes, em 2021, isto é, a população aumentou em 6,32% e em números absolutos, 2.791 habitantes.

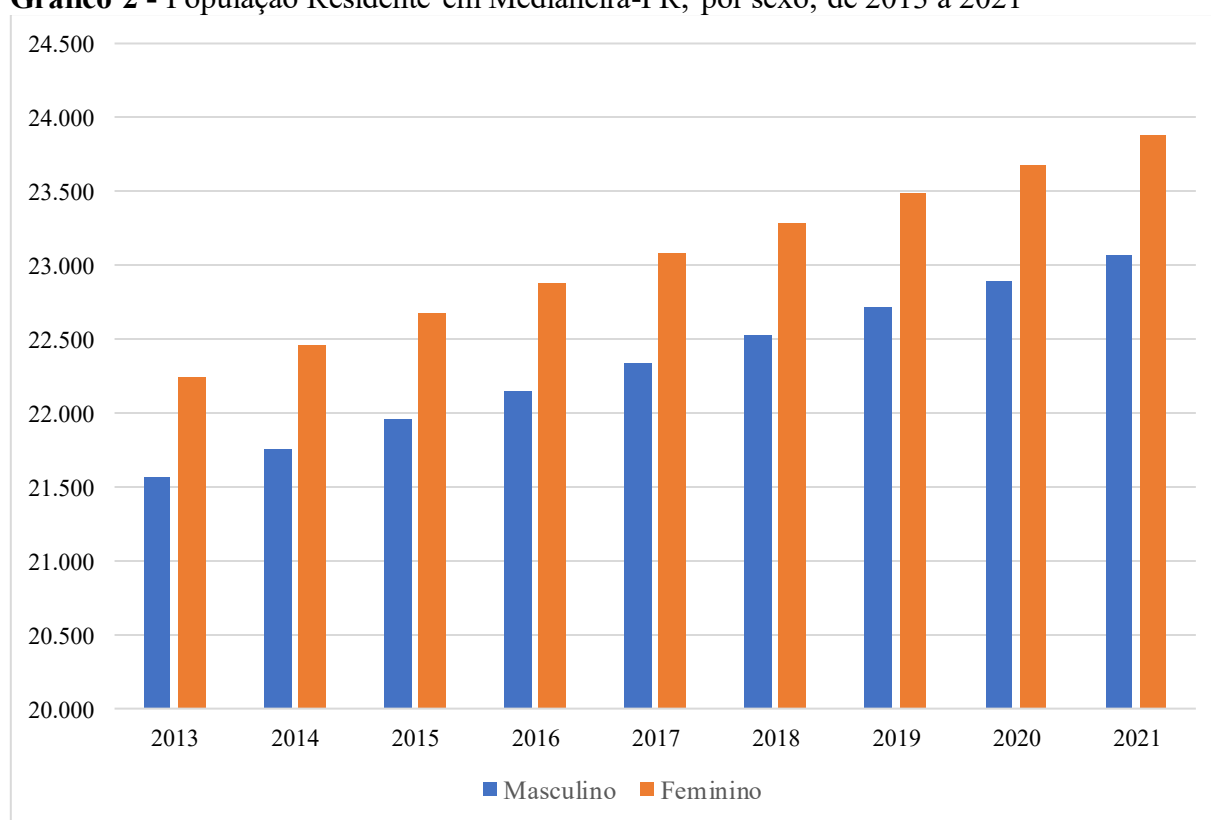
Gráfico 1 - População Estimada de Medianeira-PR, de 2013 a 2021



Fonte: Elaborado pela autora, conforme dados do DATASUS (2024d).

Do total de residentes em Medianeira no período analisado, a maior parte era composta pelo gênero feminino, conforme pode ser visualizado no Gráfico 2. Neste gráfico, as colunas alaranjadas referem-se aos residentes do sexo feminino e as azuis aos residentes do sexo masculino. Observa-se que ocorreu crescimento contínuo da população para ambos os sexos, sem quedas ou estagnação, e que a população feminina superou a masculina em todos os anos analisados, podendo esse fato estar relacionado com a maior longevidade das mulheres. Em 2013, a quantidade de habitantes do sexo masculino era de 21.565 e do feminino era de 22.246, enquanto em 2021 esses números passaram para 23.065 e 23.875, respectivamente.

Gráfico 2 - População Residente em Medianeira-PR, por sexo, de 2013 a 2021



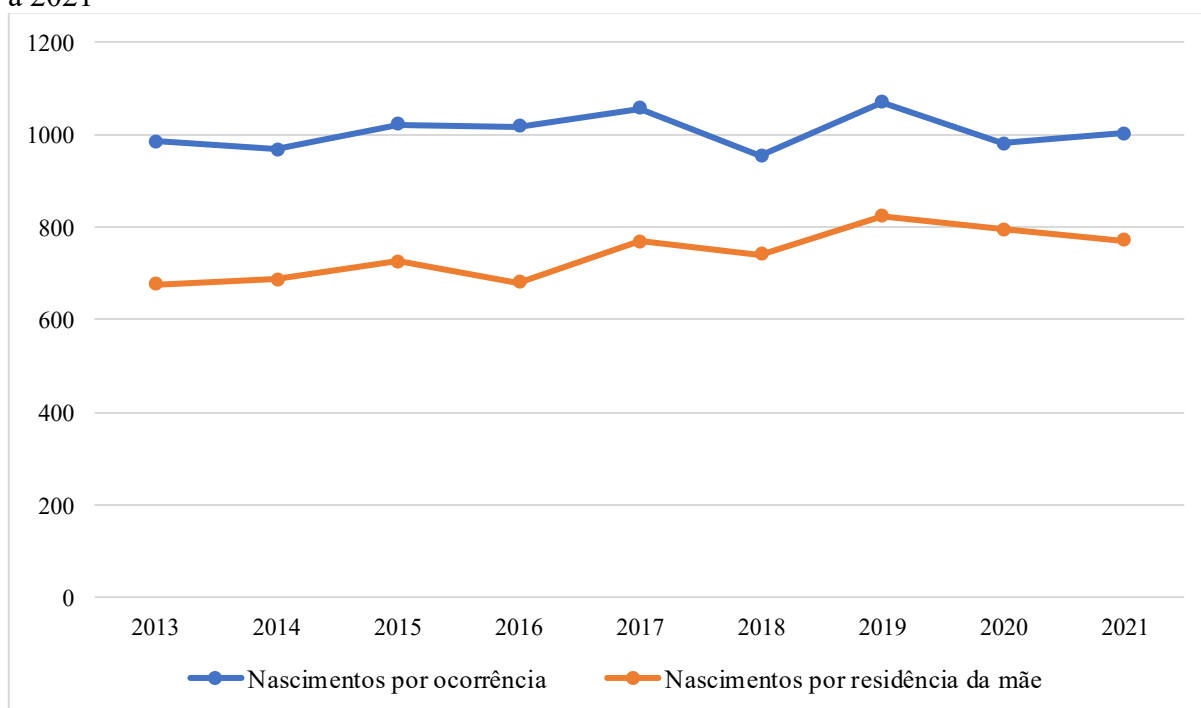
Fonte: Elaborado pela autora, conforme dados do DATASUS (2024d).

É importante mencionar que o número de nascimentos por ocorrência foi maior do que por residência da mãe, provavelmente, pelo fato da localização e infraestrutura presente no município propiciarem que haja muitos nascimentos, cujas mães moram nas cidades vizinhas ou até mesmo nos países vizinhos, como no Paraguai. A diferença entre a quantidade de nascimentos de acordo com os dois critérios pode ser visualizada pelo Gráfico 3.

O Gráfico 3, portanto, apresenta o número de nascimentos do período, conforme os dois critérios de contagem. A linha azul diz respeito aos nascimentos por ocorrência e a linha alaranjada refere-se aos nascimentos por residência da mãe. De 2013 a 2021, percebeu-se uma

estabilidade no número de nascimentos, com leves variações. O ano com maior número de nascimentos foi o de 2019, com 1.069 nascimentos por ocorrência e 823 nascimentos, segundo a residência da mãe. Destaca-se, ainda, que 2018 foi o ano com o menor número de nascimentos por ocorrência (954) e 2013 o ano com o menor número de nascimentos pelo critério de residência da mãe (675).

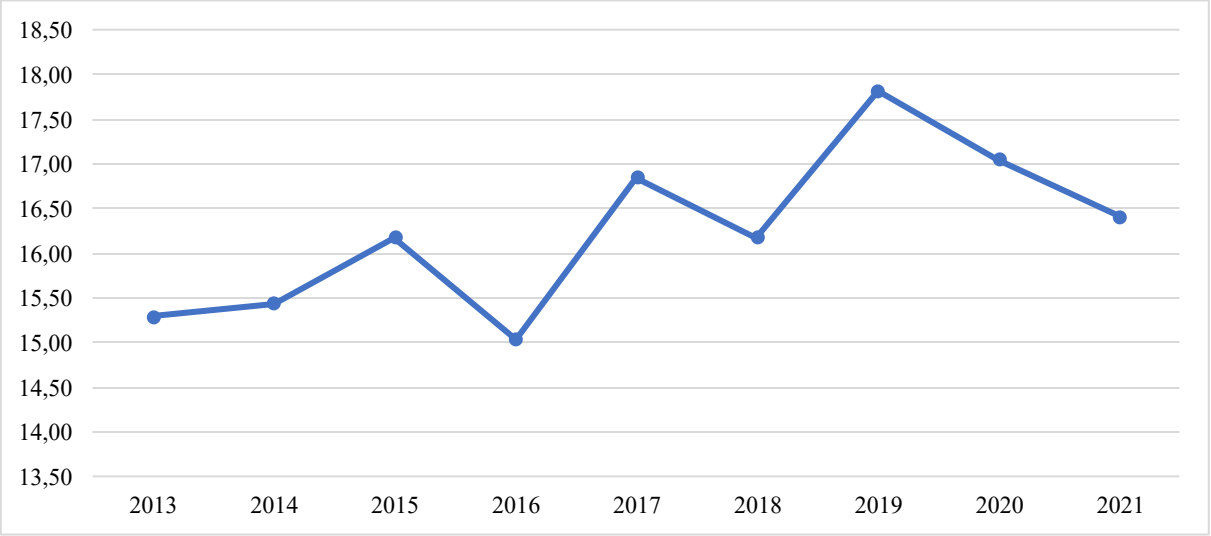
Gráfico 3 - Nascimentos por ocorrência e por residência da mãe, em Medianeira-PR, de 2013 a 2021



Fonte: Elaborado pela autora, conforme dados do DATASUS (2024d).

O Gráfico 4, por sua vez, traz a evolução da taxa de natalidade do município de Medianeira-PR, apresentando oscilações para o período analisado. Observa-se que houve um crescimento de 0,88 da taxa do começo do período até 2015. Em 2016 ocorreu uma queda de 1,14, em relação ao ano anterior, registrando a taxa de 15,03, a menor do intervalo. Em 2017 a taxa subiu para 16,85 e apesar de cair 0,68 em 2018, no ano de 2019 atingiu o pico de 17,81, voltando a cair nos anos seguintes, chegando a 16,40 em 2021.

Gráfico 4 - Taxa de Natalidade, conforme a população estimada em Medianeira-PR, de 2013 a 2021



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados do DATASUS (2024d).

No que se refere ao número de nascimentos considerando a faixa etária da mãe, as classes mais frequentes foram as compreendidas entre 20 e 34 anos, classes que juntas somaram 4.805 (72,10%) do total de 6.664 nascimentos, no período de 2013 a 2021, conforme pode ser visualizado na Tabela 1. Nota-se também que as faixas etárias extremas: entre 10 e 14 anos e de 45 a 49, foram as que apresentam os menores números de nascimentos, totalizando, respectivamente, 34 e 7 nascimentos no somatório de todos os anos analisados, o que correspondeu a 0,62% do total.

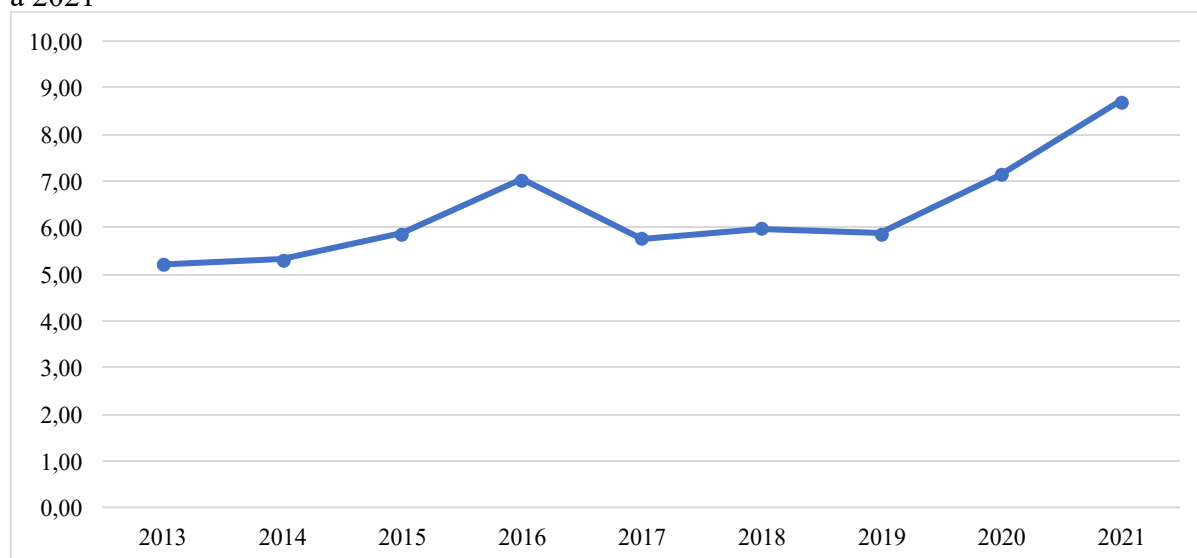
Tabela 1 - Número de nascimentos por residência e por faixas etárias da mãe, em Medianeira-PR, de 2013 a 2021

Ano do nascimento	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos	Total
2013	-	118	156	174	141	64	22	-	675
2014	7	108	186	178	127	64	16	1	687
2015	4	100	175	189	164	74	20	-	726
2016	3	82	176	176	142	86	13	2	680
2017	4	106	194	185	171	85	23	-	768
2018	5	88	173	196	170	85	23	1	741
2019	7	92	186	224	187	103	24	-	823
2020	-	72	173	197	210	119	22	1	794
2021	4	89	177	195	183	96	24	2	770
TOTAL	34	855	1.596	1.714	1.495	776	187	7	6.664

Fonte: DATASUS (2024d).

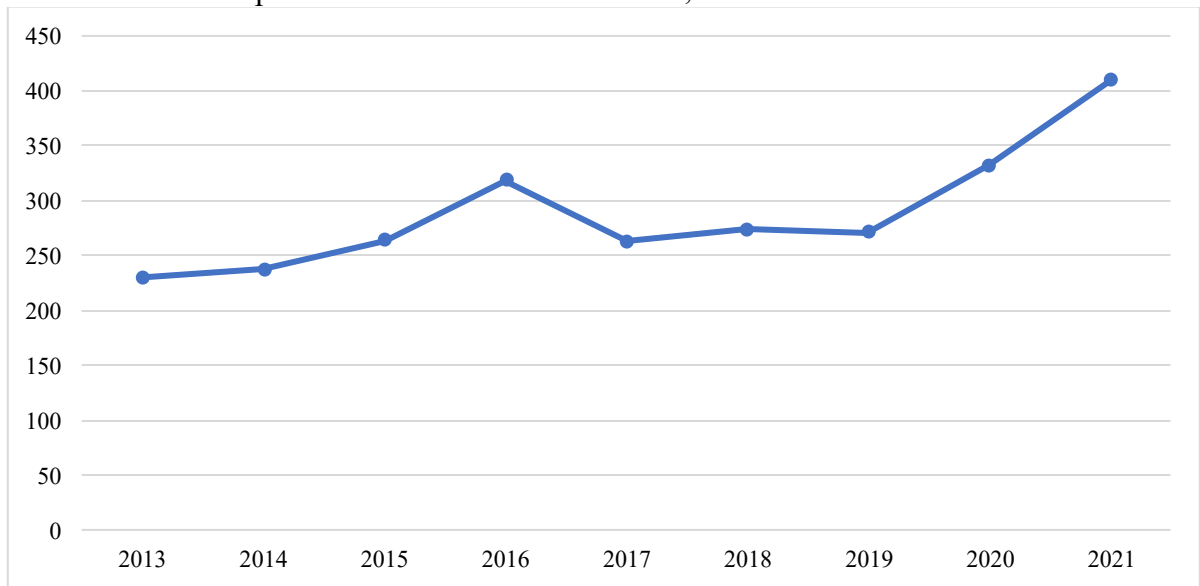
Já o Gráfico 5 mostra a evolução da taxa de mortalidade ao longo do período de 2013 a 2021 para o Município de Medianeira-PR. Nota-se uma tendência de crescimento da taxa, em que ela passou de 5,21, em 2013 para 8,71 em 2021. Em 2016, a taxa atingiu seu primeiro pico chegando a 7,03. No entanto, em 2017, a taxa reduziu-se para 5,77, apresentando mínima variação até 2019. A partir deste ano, a taxa voltou a subir alcançando o maior valor em 2021, 8,71.

Gráfico 5 - Taxa de Mortalidade, conforme a população estimada em Medianeira-PR, de 2013 a 2021



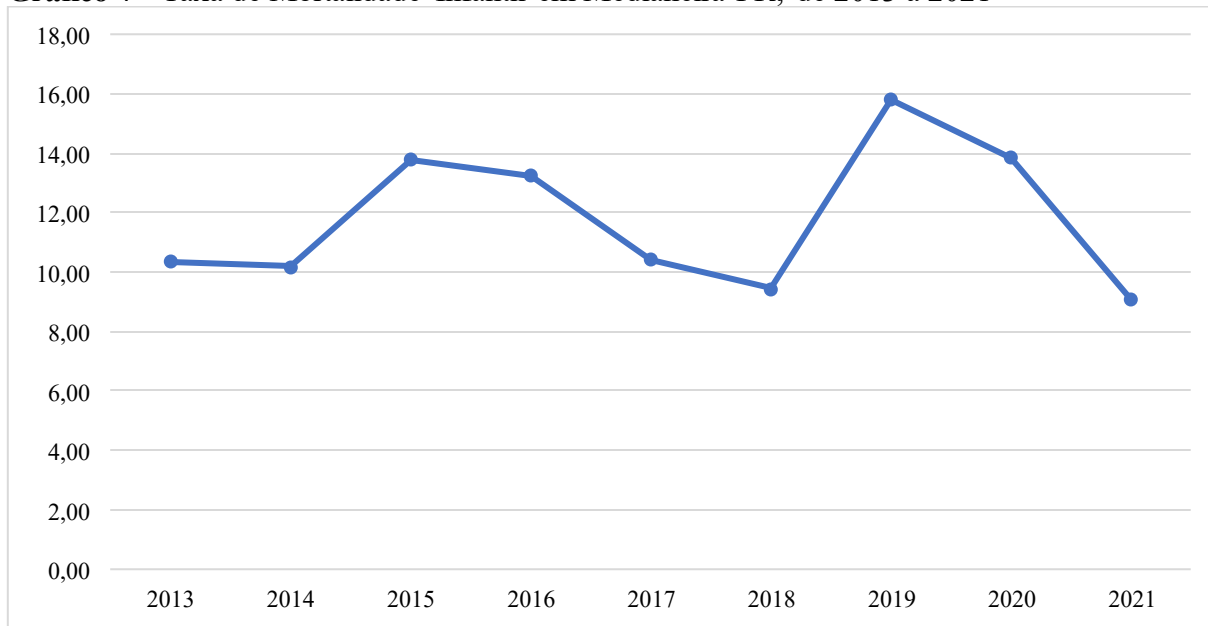
Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados do DATASUS (2024d).

O Gráfico 6 traz os óbitos por residência em números absolutos, em Medianeira, durante os anos analisados, portanto, nesta contagem, não são contabilizados os residentes de outros municípios que tiveram o óbito por ocorrência em Medianeira. Havendo algumas oscilações de um ano para o outro, de modo geral, a tendência foi de aumento na quantidade de óbitos. De 230 óbitos em 2013, passou para 409 em 2021, um aumento de 179 óbitos (77,83%). Os anos de 2016, 2020 e 2021 foram os que apresentaram as maiores quantidades de óbitos, 318, 332 e 409, respectivamente, sendo que os últimos dois anos sofreram os impactos da pandemia de COVID-19, a qual pode ter contribuído para o aumento no número de óbitos. No entanto, deve-se destacar que apesar do aumento dos óbitos, houve o aumento gradual da população neste período.

Gráfico 6 - Óbitos por residência em Medianeira-PR, de 2013 a 2021

Fonte: Elaborado pela autora, conforme dados do DATASUS (2024d).

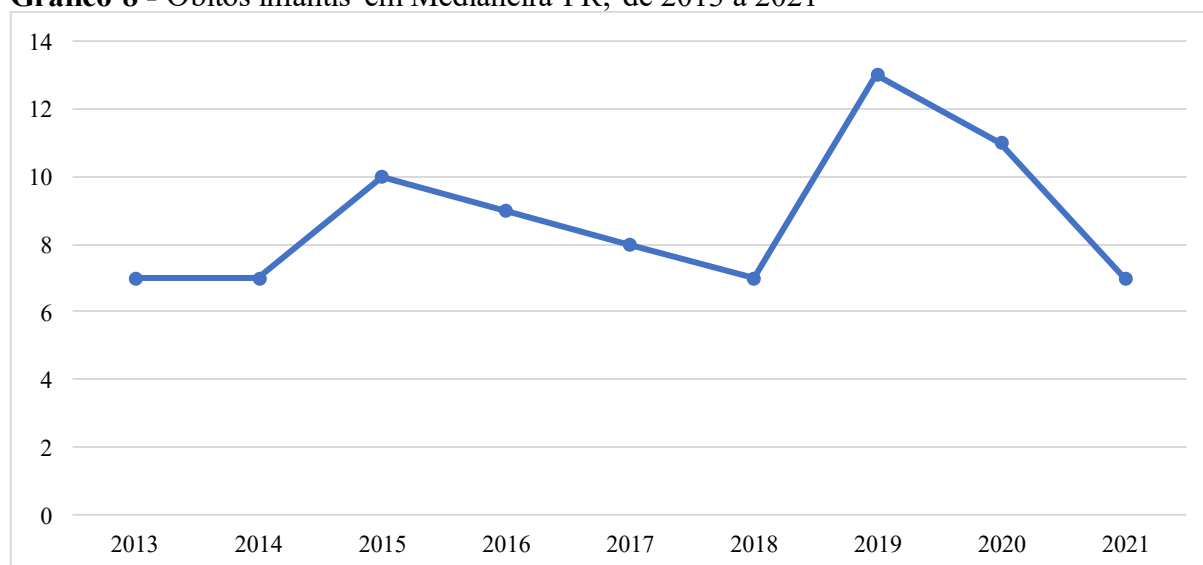
No Município de Medianeira, no período de 2013 a 2021, as taxas de mortalidade infantil atingiram os limites de mínimo e máximo, respectivamente, de 9,09 em 2021 e 15,80 em 2019, conforme apresenta o Gráfico 7. Em números absolutos a mortalidade infantil ficou entre 7 e 13 óbitos, como pode ser observado no Gráfico 8. Esses valores são considerados coeficientes baixos, porém que não deixam de serem preocupantes, considerando as oscilações da taxa no período analisado.

Gráfico 7 - Taxa de Mortalidade Infantil em Medianeira-PR, de 2013 a 2021

Fonte: Elaborado pela autora, conforme dados do DATASUS (2024d).

Ainda sobre o Gráfico 7, as menores taxas de mortalidade infantil foram nos anos de 2018 e 2021, com índices menores que 10. Já as maiores taxas constaram-se nos anos de 2015, 2016, 2019 e 2020, com valores acima de 13. Pode-se, ainda, dizer que as oscilações na taxa ao longo desses anos podem estar relacionadas com a qualidade do atendimento neonatal, condições sociais, econômicas e surtos de doenças.

Gráfico 8 - Óbitos infantis em Medianeira-PR, de 2013 a 2021



Fonte: Elaborado pela autora, conforme dados do DATASUS (2024d).

Observa-se, também, através dos Gráficos 7 e 8, que o primeiro pico de mortalidade infantil foi registrado no ano de 2015, cuja taxa foi de 13,77, resultando em 10 óbitos infantis. Nos anos seguintes, a taxa apresentou queda progressiva até 2018, quando atingiu o segundo menor valor do período, 9,45, com 7 óbitos. Em 2019, no entanto, alcançou a maior taxa do período, 15,80, apresentando 13 óbitos. Esse aumento foi seguido de queda nos anos seguintes, chegando em 2021, a uma taxa de 9,09, a menor da série, com 7 óbitos, em números absolutos, sugerindo que houve melhorias nas condições de saúde infantil do município.

Por meio dos dados estatísticos referentes à população e às taxas de natalidade e mortalidade apresentados acima, foi possível traçar e compreender o quadro epidemiológico do município deste respectivo período, o qual é apresentado a seguir.

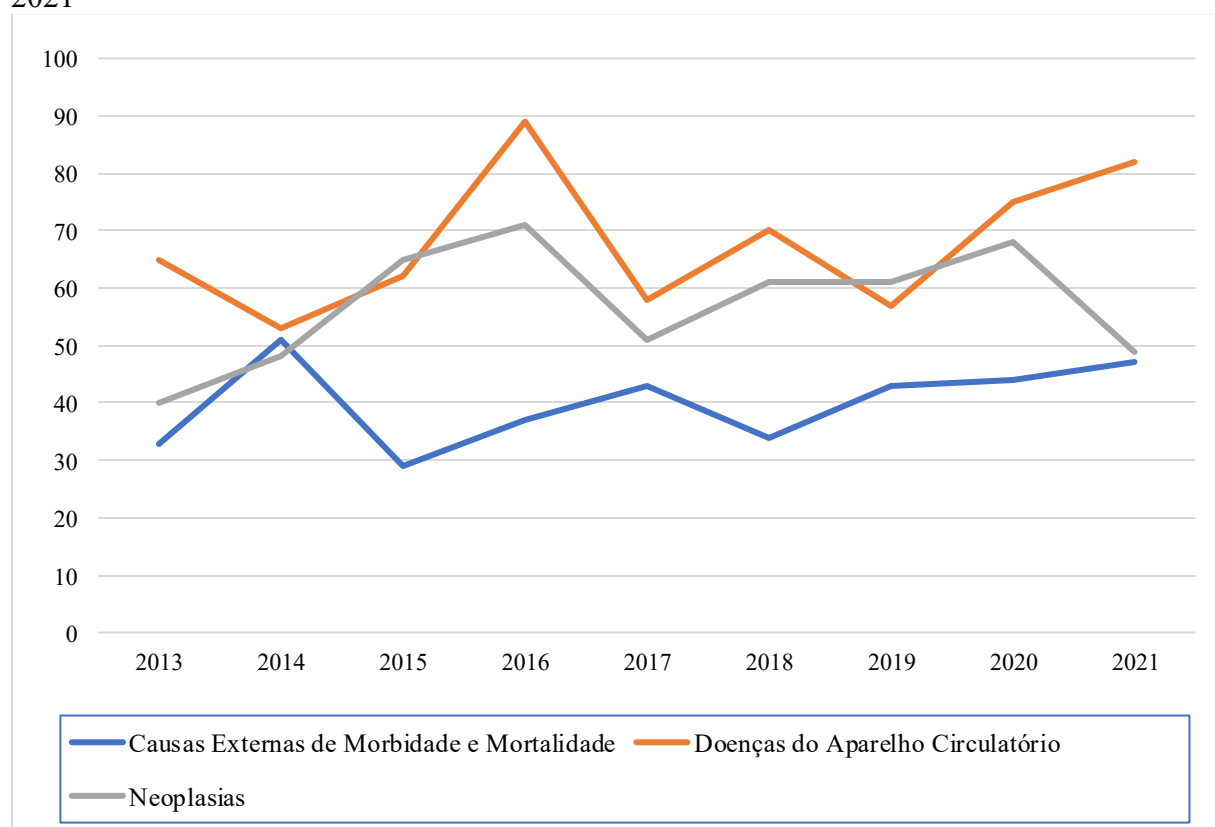
De acordo com o PMS (2021), o perfil de morbimortalidade¹¹ de Medianeira-PR é caracterizado como um processo dinâmico de interação entre diversas variáveis: fatores de

¹¹ Morbimortalidade é um conceito que combina morbidade, que está relacionada à presença de um determinado tipo de doença em uma população, e mortalidade, que é a estatística sobre os óbitos em uma população. Desta forma, morbimortalidade faz referência àquelas doenças que causam morte em determinada população, espaço e tempo (GOV.BR, 2020).

desenvolvimento econômico, ambientais, sociais, culturais, demográficos e históricos. É considerado um indicador sensível às condições vitais e influenciado pela urbanização, tecnologias e condições sanitárias.

O perfil de mortalidade do município de Medianeira, de 2013 a 2021, conforme pode ser observado no Gráfico 9, apresentou uma linha em que as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas foram as principais causas de óbitos. As duas primeiras causas aumentaram tanto para o sexo feminino quanto o masculino na faixa etária acima dos 50 anos e podem ser relacionadas ao sedentarismo, alimentação e estresse da população. Já as causas externas acompanharam o perfil do estado, ocupando a terceira posição das causas de óbitos no município (PMS, 2021).

Gráfico 9 - Causas principais da mortalidade geral do Município de Medianeira-PR, de 2013 a 2021



Fonte: Elaborado pela autora, conforme dados do DATASUS (2024d).

As demais causas de mortalidade, com as respectivas quantidades de óbitos, no período de 2013 a 2021, estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2 - Número de óbitos por causa, CID-BR-10, em Medianeira-PR, de 2013 a 2021

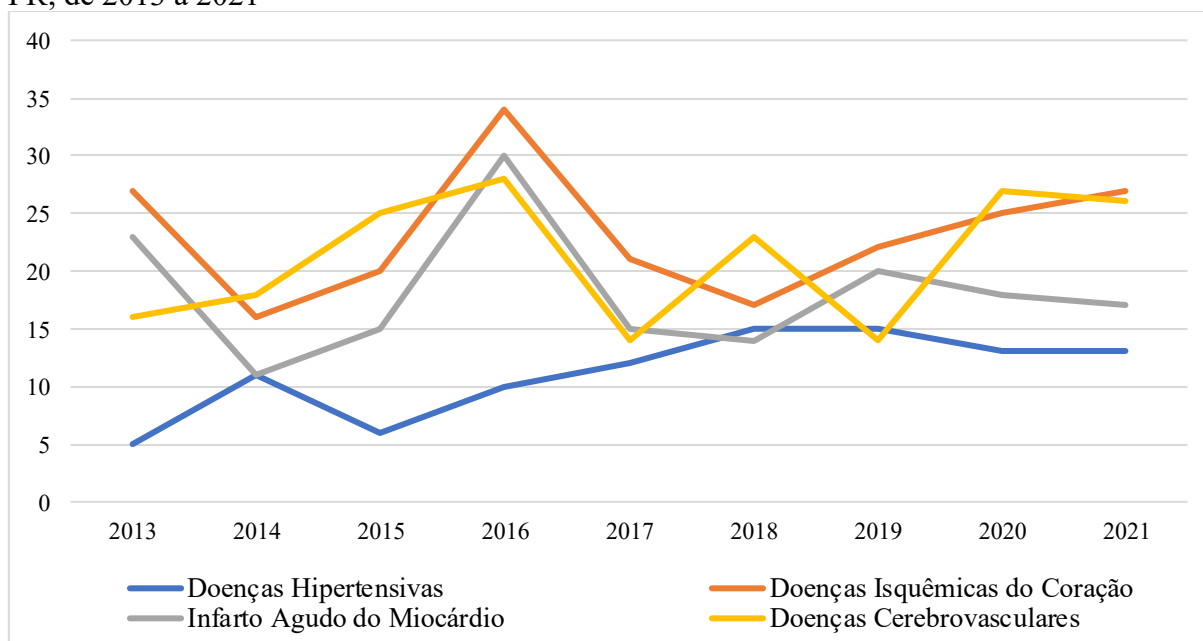
Causa - CID-BR-10	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
001-031 Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	7	3	10	10	8	4	9	40	124	215
032-052 Neoplasias	40	48	65	71	51	61	61	68	49	514
053-054 D Sangue e Org Hemat e Alguns Trans Imunit	1	-	2	1	3	3	1	1	3	15
055-057 D Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	11	10	14	19	13	7	17	16	19	126
058-059 Transtornos Mentais e Comportamentais	2	2	2	5	1	2	2	2	2	20
060-063 Doenças do Sistema Nervoso	10	10	7	8	12	19	16	16	21	119
065 Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
066-072 Doenças do Aparelho Circulatório	65	53	62	89	58	70	57	75	82	611
073-077 Doenças do Aparelho Respiratório	21	30	37	40	46	33	35	33	26	301
078-082 Doenças do Aparelho Digestivo	18	11	14	21	9	17	11	14	20	135
083 Doenças da Pele e Tecido Subcutâneo	-	1	-	-	-	1	-	-	-	2
084 Doenças Sist Osteomusc e Tecido Conjuntivo	2	1	1	1	1	3	-	2	1	12
085-087 Doenças do Aparelho Geniturinário	7	5	5	7	7	8	5	3	4	51
088-092 Gravidez, Parto e Puerpério	-	-	-	-	-	-	1	4	-	5
093-097 Alg Afecções Origin no Período Perinatal	4	2	5	6	5	4	8	8	4	46
098-100 Malf Congên, Deform e Anomal Cromossômicas	2	4	5	1	1	4	4	3	3	27
101-103 Sint, Sin E Ach Anorm Clín E Lab, Ncop	7	6	5	2	5	4	1	3	4	37
104-113 Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	33	51	29	37	43	34	43	44	47	361
TOTAL	230	237	264	318	263	274	271	332	409	2.598

Fonte: DATASUS (2024d).

Quanto às doenças do aparelho circulatório, destacaram-se doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio (IAM) e doenças hipertensivas, respectivamente. Observa-se, no Gráfico 10, a evolução dessas doenças, destacando um pico das doenças Isquêmicas do Coração, Infarto Agudo do Miocárdio e doenças Cerebrovasculares em 2016, seguida de uma queda delas em 2017. Em contrapartida, as

doenças hipertensivas, apresentaram um número reduzido de óbitos, se comparadas com as demais apresentadas graficamente.

Gráfico 10 - Principais causas de óbito por doenças do aparelho circulatório, em Medianeira-PR, de 2013 a 2021



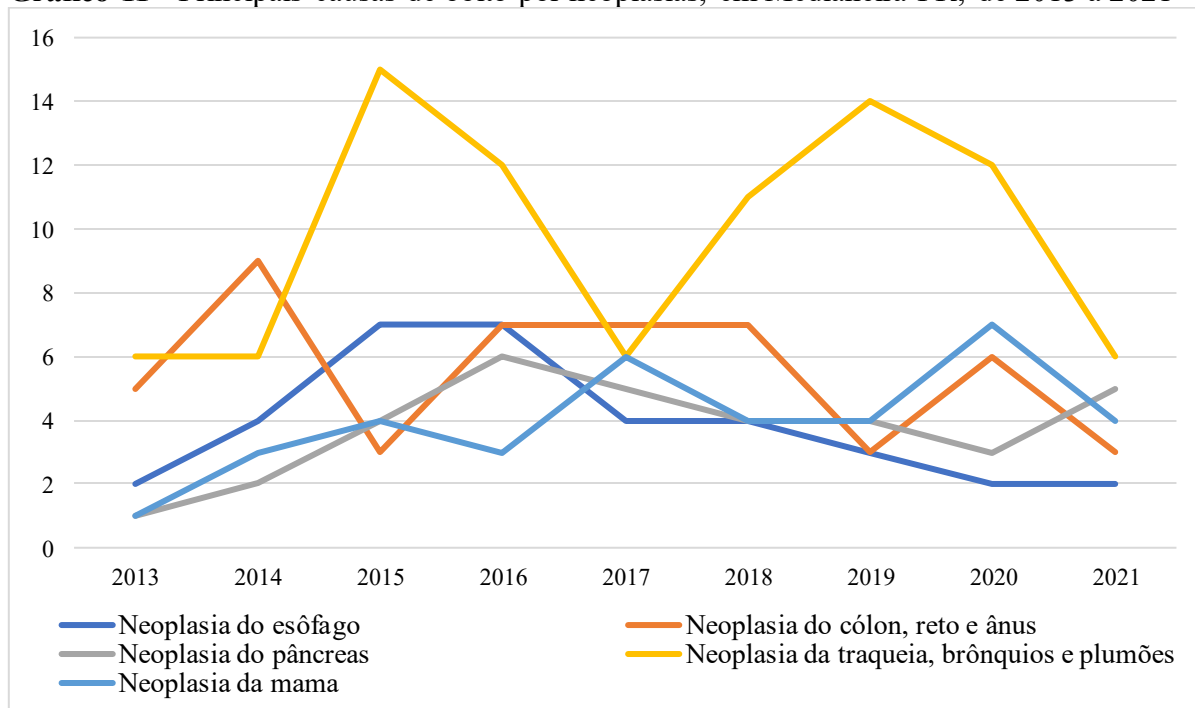
Fonte: Elaborado pela autora, conforme dados do DATASUS (2024d).

A mortalidade por neoplasia também é preocupante para Medianeira, com flutuações ao longo dos anos, manteve-se com números elevados, no período de 2013 a 2021, conforme pode-se observar no Gráfico 11. As maiores causas de óbitos por neoplasia foram por complicações na traqueia, brônquios e pulmões, seguida pela neoplasia do cólon, reto e ânus. Somadas os óbitos dessas duas categorias de neoplasias resultou em 138 do total de 514, isto é, aproximadamente, 27% do total de óbitos por neoplasias no período. Outras neoplasias, com considerável número de óbitos, foram as neoplasias malignas de mama, de esôfago e de pâncreas, cujo somatório dessas três neoplasias resultou em 105 óbitos, de 2013 a 2021. Quanto a faixa etária predominante para esses óbitos foi de 50 e 69 anos (PMS, 2021).

O Gráfico 11 ainda destaca que a neoplasia da traqueia, brônquios e pulmões, representada pela linha amarela, foi a que apresentou o maior número de óbitos se comparada com as demais, exceto nos anos de 2014 e 2017, quando foi superada pela neoplasia de cólon, reto e ânus, indicada, no gráfico, pela linha alaranjada. A neoplasia de traqueia, brônquios e pulmões alcançou um pico de 15 casos em 2015, e reduziu para 6 casos em 2017, porém em 2019 atingiu outro pico de 14 casos. As demais neoplasias apresentam variações, porém em menor escala. Essa distribuição dos casos de óbitos por neoplasias reforça a relevância de que

complicações no pulmão mostrou-se como um dos principais desafios de saúde pública do município, podendo estar associado a fatores, como o tabagismo.

Gráfico 11 - Principais causas de óbito por neoplasias, em Medianeira-PR, de 2013 a 2021



Fonte: Elaborado pela autora, conforme dados do DATASUS (2024d).

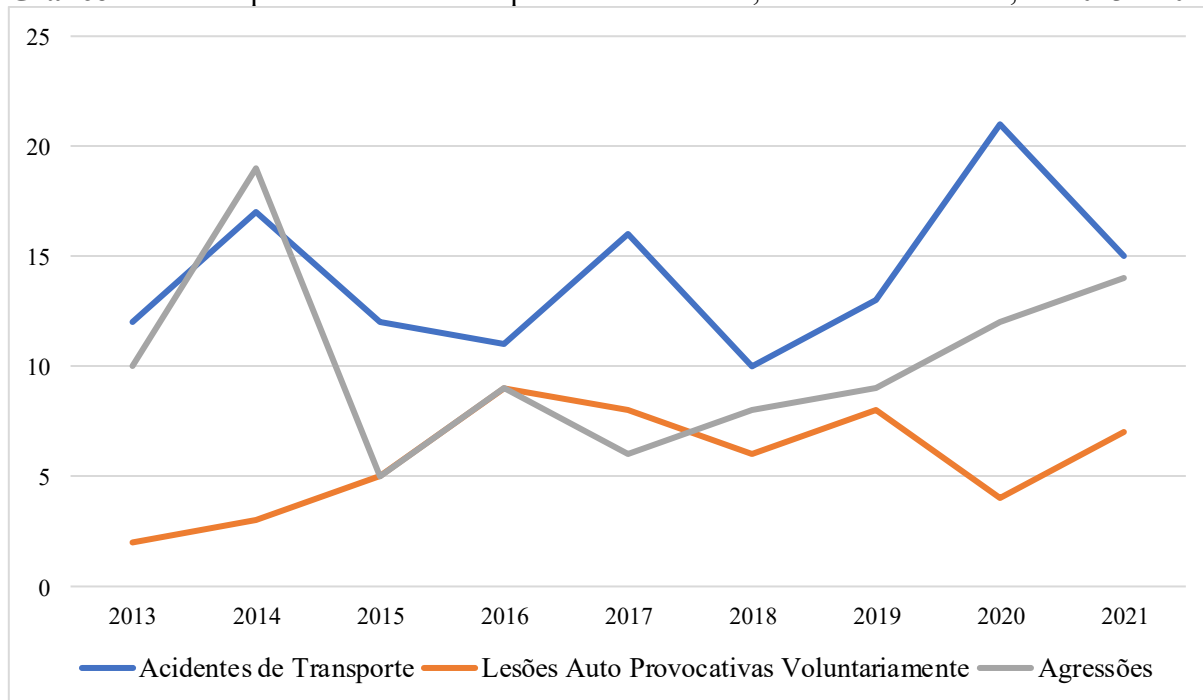
Já o Gráfico 12 evidencia as principais causas de óbito por causas externas, categoria que inclui casos de violência, acidentes, quedas, afogamentos, exposição à fumaça, ao fogo e às chamas, intervenções legais, operações de guerra, entre outras causas cuja intenção é indeterminada. Em Medianeira, acidentes de transporte foi a primeira causa de mortalidade nesta categoria, seguida por agressões e lesões auto provocativas voluntariamente. Quanto à faixa etária com maior quantidade de óbitos para causas externas, segundo o PMS (2021), foi a de 20 a 39 anos.

Observa-se, ainda, pelo Gráfico 12, que os acidentes de transporte, a principal causa de óbitos, apresentou picos significativos em 2014 com 17 casos, 2017 com 16 casos e em 2020 com 21 casos.

As agressões apresentaram variações ao longo do período, chamando a atenção o pico de 19 óbitos em 2014, seguido de uma brusca redução para 5 casos no ano seguinte. Após os números oscilarem, houve um aumento gradual a partir de 2017 chegando a 14 casos em 2021. Esse padrão sugere que os casos de agressão cresceram nos últimos anos do período analisado.

Já as lesões auto provocativas apresentaram um crescimento mais moderado e menos expressivo em relação às demais causas, sendo inferior a 10 óbitos em cada ano da série, o que indicou uma relativa estabilidade dos casos.

Gráfico 12 - Principais causas de óbito por causas externas, em Medianeira-PR, de 2013 a 2021



Fonte: Elaborado pela autora, conforme dados do DATASUS (2024d).

Retomando a Tabela 2 (p. 47), para analisar as doenças que apresentaram um impacto reduzido na mortalidade geral, incluíram-se as doenças relacionadas com transtornos mentais e comportamentais (20 óbitos), doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (15 óbitos), doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (12 óbitos), gravidez, parto e puerpério (5 óbitos), doenças da pele e tecido subcutâneo (2 óbitos) e as doenças do ouvido e da apófise mastoide, a qual apresentou somente um óbito, registrado em 2015. O número reduzido de óbitos, relacionado a essas doenças, pode estar associado aos avanços na medicina no quesito diagnósticos precoces e eficiência nos tratamentos propostos, como também a melhora nos indicadores de saúde do município. Outro fato é que algumas dessas doenças podem não ser diretamente letais, mas que contribuem para outras complicações no organismo.

Mesmo que não apresentem número elevado de óbitos, essas doenças requerem acompanhamento médico, podendo demandar internações cirúrgicas e levar a complicações a longo prazo, caso não sejam tratadas devidamente. Assim, apesar de não constituírem como as

principais causas de mortalidade na população medianeirense, a atenção, dada a essas doenças, não pode ser subestimada.

4.1.2 Quadro geral de infraestrutura da saúde no município de Medianeira-PR

Quanto ao quadro de infraestrutura da saúde, nos anos de 2013 a 2020, havia entre 7 e 9 postos de saúde em Medianeira, conforme o banco de dados DATASUS (2024). Em 2021, o município contava com 9 Unidades de Saúde¹², das quais 7 foram classificadas como Estratégia Saúde da Família (ESF): Nazaré, Ipê, Belo Horizonte, Centro Social Urbano (CSU), Condá, Itaipu e Parque Independência, uma classificada como Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada no Centro da cidade e um Posto de Saúde Rural no distrito de Maralúcia (PMS, 2021).

Referente ao tratamento de pacientes com transtornos mentais, Medianeira possui um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), cuja equipe é composta por médicos clínicos, psiquiatras, psicólogas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. O CAPS busca promover participação da comunidade disponibilizando o atendimento de multiprofissionais (PMS, 2021).

No que diz respeito à rede hospitalar, no período de estudo, havia 2 hospitais, além da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), no Município. Desses, um deles, o Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Luz, filantrópico com contrato do Estado e Município, continha, em 2021, pelo convênio SUS: 13 leitos de cirurgia geral, 18 leitos clínicos, 6 leitos destinados para cirurgia obstétrica, 14 leitos destinados à pediatria, e 3 leitos cirúrgico/diagnóstico/terapêuticos (hospital/dia), conforme demonstrado na Tabela 3. A média de Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), ficou em média 217 por mês. Nos demais anos, não houve grandes mudanças na quantidade de leitos hospitalares. Além disso, havia durante o período analisado, um outro hospital presente no município, o Hospital São Carlos, o qual era particular e sem convênio SUS, contendo 39 leitos (PMS, 2021; DATASUS, 2024d).

¹² Conforme notícia do Jornal Mensageiro (2024), em 2024, foram inauguradas duas novas Unidades Básicas de Saúde, uma localizada no bairro Jardim Irene e uma segunda Unidade, presente no Bairro Belo Horizonte.

Tabela 3 - Número de leitos hospitalares do SUS, segundo especialidades, em Medianeira-PR, de 2013 a 2021

Ano	Cirúrgicos	Clínicos	Obstétrico	Pediátrico	Hospital/DIA	Total
2013	17	26	11	19	2	75
2014	17	26	11	19	2	75
2015	17	26	11	19	3	76
2016	17	26	11	19	3	76
2017	17	26	11	19	3	76
2018	17	33	7	15	7	79
2019	18	42	6	14	10	89
2020	13	18	6	14	3	54
2021	13	18	6	14	3	54

Fonte: Elaborado pela autora, conforme dados do DATASUS (2024d).

Com referência à Linha de Cuidados à Saúde Bucal, a odontologia está presente tanto nas Unidades de Saúde na área urbana, como na rural, atendendo todas as faixas etárias e com o apoio do serviço especializado no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), local onde, após avaliação de risco na Unidade Básicas, os atendimentos são priorizados, conforme a necessidade clínica de cada paciente (PMS, 2021).

Quanto ao serviço de urgência e emergência, o município se organiza com a seguinte estrutura (PMS, 2021):

a) Uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com funcionamento 24 horas, para o atendimento intermediário entre a Unidade Básica de Saúde e a Rede Hospitalar. Com média atendimentos entre 140 pacientes por dia. A Unidade mantém-se de porta aberta para o SAMU, Corpo de Bombeiros e a busca espontânea, além de possuir integrado um Laboratório de Análises Clínicas.

b) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), cuja central de Regulação fica em Foz do Iguaçu e é composta de uma equipe de Suporte Básico e uma de Suporte Avançado, as quais encontram-se distribuídas pela cidade, prestando também suporte aos municípios vizinhos.

c) Um Hospital para atendimento de baixa e média complexidade com enfermeiros, leitos de cuidados intensivos, centro cirúrgico, serviços de exames por imagem e laboratoriais, pronto socorro para traumas, fraturas e gestantes em trabalho de parto.

No que diz respeito à Assistência Farmacêutica, Medianeira possui uma Farmácia Básica Municipal, a qual encontra-se localizada junto à UBS Centro. Além desta, possui outras

farmácias satélites distribuídas pelas Unidades de Saúde dos bairros. A Central fornece medicamentos básicos, utilizados na atenção primária; estratégicos, usados para tratar de doenças com alto perfil epidemiológico; e especializados, incluindo medicamentos de alto custo para doenças específicas, as quais exigem protocolos do Ministério da Saúde. Conforme os dados presentes no PMS (2021), cerca de 1.300 pacientes faziam uso de medicamentos especializados mensalmente. Quanto aos medicamentos básicos, atendiam a demanda de, em média, 300 pacientes por dia.

Em relação aos profissionais da saúde, conforme representados na Tabela 4, percebeu-se que não ocorreram mudanças significativas em termos de quantidade de profissionais, de 2013 a 2021. Os aumentos mais significativos foram de enfermeiros que passaram de 37, em 2013, para 57, em 2021; e de médicos ginecologistas obstetras que aumentou de 20 em 2013 para 35 em 2021. Observou-se, também, diminuição quanto ao quadro de cirurgiões dentistas, visto que havia 26 profissionais atuando na rede pública, em 2013, e passou para apenas 11, em 2021.

Tabela 4 - Número de profissionais de saúde, segundo tipo de profissional, em Medianeira-PR, de 2013 a 2021

Ano	Pediatra	Cirurgião dentista	Enfermeiro	Farmacêutico	Cirurgião Geral	Clínico Geral	Gineco Obstetra	Médico de Família
2013	13	26	37	8	23	78	20	7
2014	14	27	38	6	23	95	21	7
2015	18	22	41	6	21	87	23	8
2016	16	23	41	8	21	85	24	8
2017	15	21	49	9	21	88	23	8
2018	15	18	49	10	22	87	27	10
2019	14	18	55	10	20	75	30	10
2020	13	15	52	8	20	65	32	9
2021	14	11	57	8	18	74	35	9

Fonte: Elaborado pela autora, conforme dados do DATASUS (2024d).

4.2 Tipos de gastos em saúde pública no município de Medianeira e o indicador socioeconômico IPARDES, no período de 2013 a 2021

4.2.1 Os diversos tipos de gastos em saúde pública no município de Medianeira-PR

De acordo com Relatório Resumido da Execução Orçamentária - Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde, do município de Medianeira-

PR, disponível no Portal de Transparência do município, tem-se as seguintes categorias de gastos com saúde: Gastos em Atenção Básica, Gastos em Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Gastos em Vigilância Sanitária, Gastos em Vigilância Epidemiológica, Suporte Profilático e Terapêutico, Alimentação e Nutrição¹³, Outros Gastos em Subfunções e Gasto Total (Medianeira – Prefeitura Municipal, 2024).

Na Tabela 5 são apresentadas as categorias com os respectivos valores em reais (R\$), no período de 2013 a 2021. É importante salientar que a referida tabela já traz valores deflacionados¹⁴ em reais (R\$), considerando o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)¹⁵, de forma a permitir uma comparação real ao longo do tempo, isto é, desconsiderando os efeitos da inflação.

Tabela 5 - Gastos em saúde pública por categorias, no Município de Medianeira-PR, de 2013 a 2021, em reais (R\$)

ANO	Gasto Total	Gastos em Atenção Básica	Gastos em Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Gastos em Vigilância Sanitária	Gastos em Vigilância Epidemiológica	Outros Gastos em Subfunções
2013	18.075.991,80	9.450.112,08	7.775.475,56	170.252,14	680.152,02	0,00
2014	23.227.830,26	9.727.452,86	12.181.623,20	176.787,37	827.282,49	314.684,34
2015	28.260.313,91	11.609.311,32	14.736.755,31	265.412,97	1.127.272,96	521.561,34
2016	34.856.136,32	15.482.149,30	16.580.658,21	343.699,26	1.678.563,78	771.065,76
2017	41.630.214,13	17.475.560,97	21.487.251,51	470.036,01	1.470.018,02	727.347,62
2018	43.869.375,17	16.973.551,81	24.561.520,49	451.284,48	1.227.490,62	655.527,77
2019	49.815.237,46	20.065.694,42	27.261.645,61	510.206,21	1.499.581,72	478.109,51
2020	58.739.711,27	21.109.263,85	32.473.546,38	318.626,37	1.823.946,93	3.014.327,73
2021	69.594.115,05	21.548.920,14	42.514.709,39	197.897,78	1.412.301,09	3.920.286,65

Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados do portal da transparência do município de Medianeira -PR (2024).

Observa-se, através da Tabela 5 e do Gráfico 13, que a categoria Assistência Hospitalar e Ambulatorial representou a maior parcela dos investimentos no período analisado, equivalente a 54,22% do total de gastos, apresentando um crescimento contínuo, alcançando maior valor em 2021 (R\$ 42.514.709,39). No entanto, os gastos na categoria Atenção Básica

¹³ Como em todos os demonstrativos de 2013 a 2021, as categorias de gastos em suporte profilático e terapêutico, alimentação e nutrição constaram valores iguais a R\$ 0,00, não foram incluídas na tabela e no cálculo de correlação.

¹⁴ Os valores dos gastos foram deflacionados utilizando o *software R*.

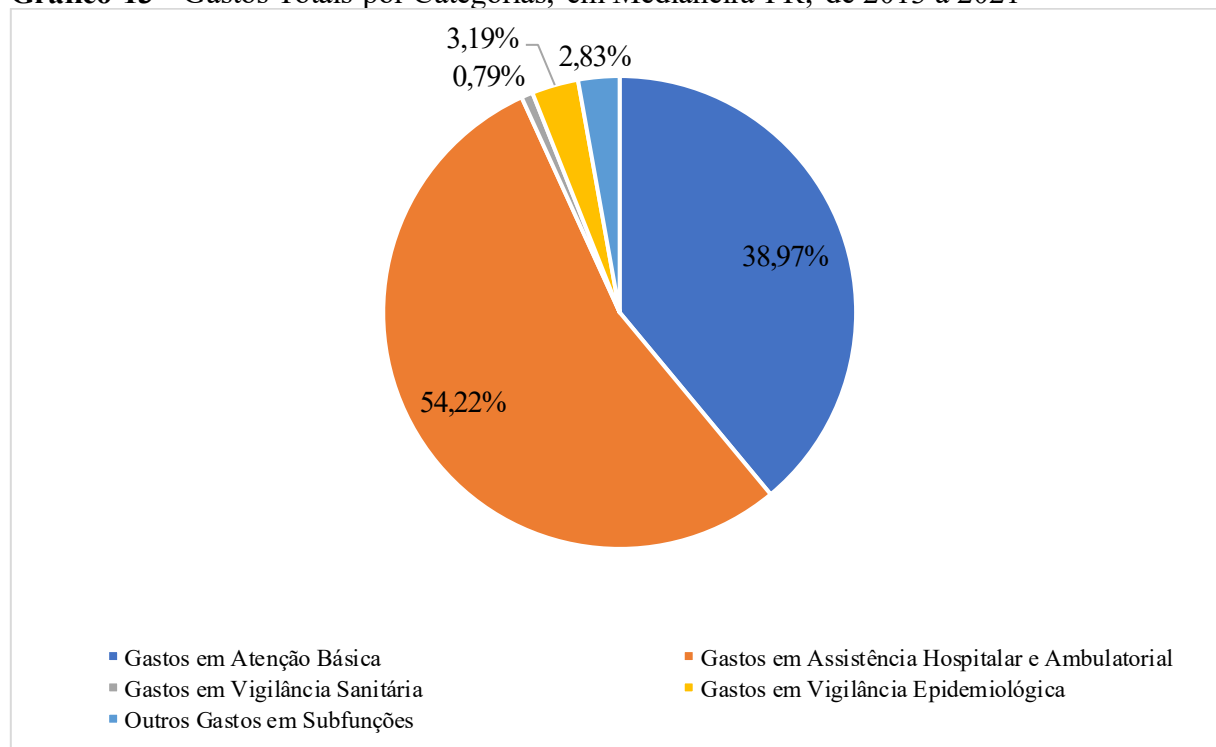
¹⁵ O IPCA é o índice que tem a função de medir a variação de preços de um conjunto de produtos e serviços comercializados no varejo, que é referente ao consumo das famílias, cujo rendimento varia entre 1 e 40 salários-mínimos. Refere-se ao número índice (número de pontos) das taxas de variações de preços do grupo de bens e serviços (IPEADATA, 2025).

também se destacaram. Porém, o aumento foi em escala menor, passando de R\$ 9.450.112,08, em 2013, para R\$ 21.548.920,14, em 2021. Considerando o somatório dos gastos por categoria, a Atenção Básica ocupou cerca de 38,97% do total investido na Saúde Pública de Medianeira no período de 2013 a 2021.

Os demais gastos mencionados no Gráfico 13, relacionados à vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e à outras subfunções apresentaram um crescimento discreto, sendo que o somatório dessas três categorias, considerando todo o período, resultou em R\$ 25.053.722,94, correspondendo a apenas 6,8% do total de gastos no período. Destaca-se ainda, pela Tabela 5, que “Outros Gastos em Subfunções” obteve um aumento expressivo dos gastos em 2020, quando passou de R\$ 478.109,51 para R\$ 3.014.327,73, ou seja, um aumento de 530,47% em relação ao ano de 2019. Além disso, esses gastos aumentaram ainda mais em 2021, chegando a R\$ 3.920.286,65.

O Gráfico 13, permite visualizar sinteticamente a totalidade dos gastos com saúde pública do Município de Medianeira-PR, destacados por categorias de dispêndios, considerando todo os anos do período.

Gráfico 13 - Gastos Totais por Categorias, em Medianeira-PR, de 2013 a 2021

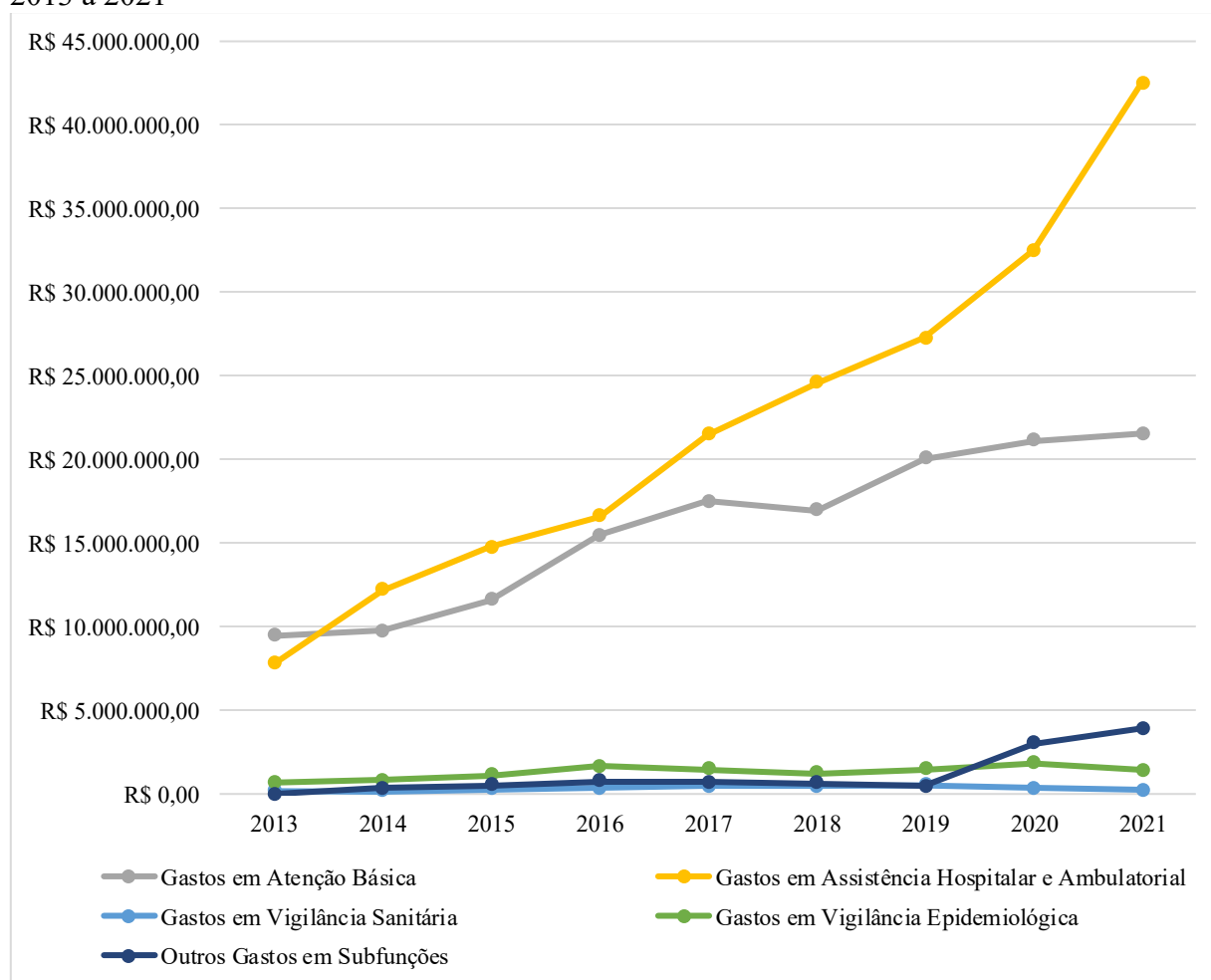


Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do portal da transparência do município de Medianeira -PR (2024).

Através do Gráfico 14, pode-se observar a tendência do comportamento dos gastos públicos em saúde nos anos de 2013 a 2021, divididos por categorias, as quais já forma

apresentadas na Tabela 5. Ressalta-se, ainda, que a categoria nominada “Gasto Total” é apresentada na sequência, separadamente, no Gráfico 15, de modo a realizar uma análise mais organizada da alocação dos recursos.

Gráfico 14 - Evolução dos gastos públicos em saúde por categorias, em Medianeira-PR, de 2013 a 2021

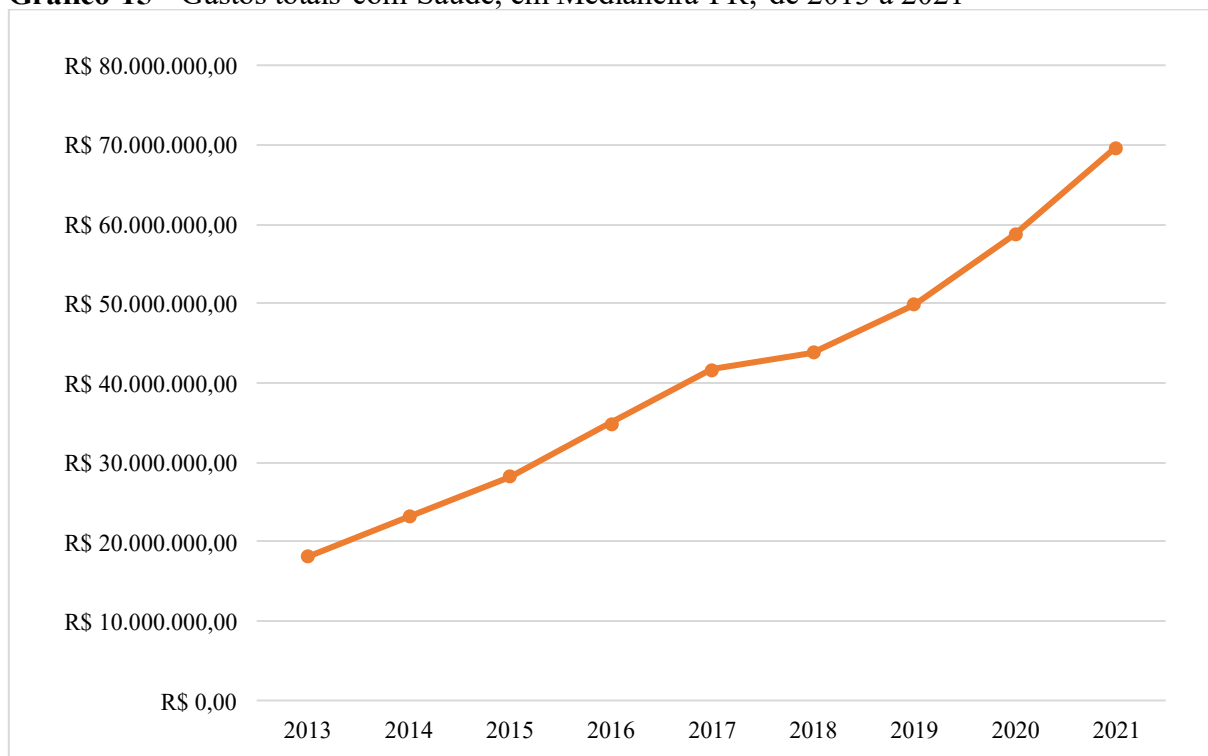


Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do portal da transparência do município de Medianeira-PR (2024).

O Gráfico 14 evidencia que os gastos com Assistência Hospitalar e Ambulatorial e com Atenção Básica foram os principais dispêndios da saúde pública de Medianeira, refletindo a existência de uma demanda maior por esses serviços no período estudado. Já as categorias, como Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Outros Gastos em Subfunções, apresentaram gastos muito menores em comparação com as duas principais áreas. Enquanto as duas categorias de “Vigilância” apresentaram gastos contidos e estáveis, “Outros Gastos em Subfunções”, a partir de 2020, apresentaram um notório aumento, ultrapassando os gastos empregados nas vigilâncias sanitária e epidemiológica.

O Gráfico 15, por sua vez, apresenta o comportamento dos gastos totais com saúde no município de Medianeira-PR, durante o período de 2013 a 2021, mostrando a prioridade dada à saúde no orçamento público do município. Nesse período, o montante destinado à saúde aumentou significativamente, passando de R\$ 18.075.991,80, em 2013, para R\$ 69.594.115,05, em 2021, ou seja, um aumento de 285%, correspondendo a R\$ 51.518.123,25, em termos reais.

Gráfico 15 - Gastos totais com Saúde, em Medianeira-PR, de 2013 a 2021



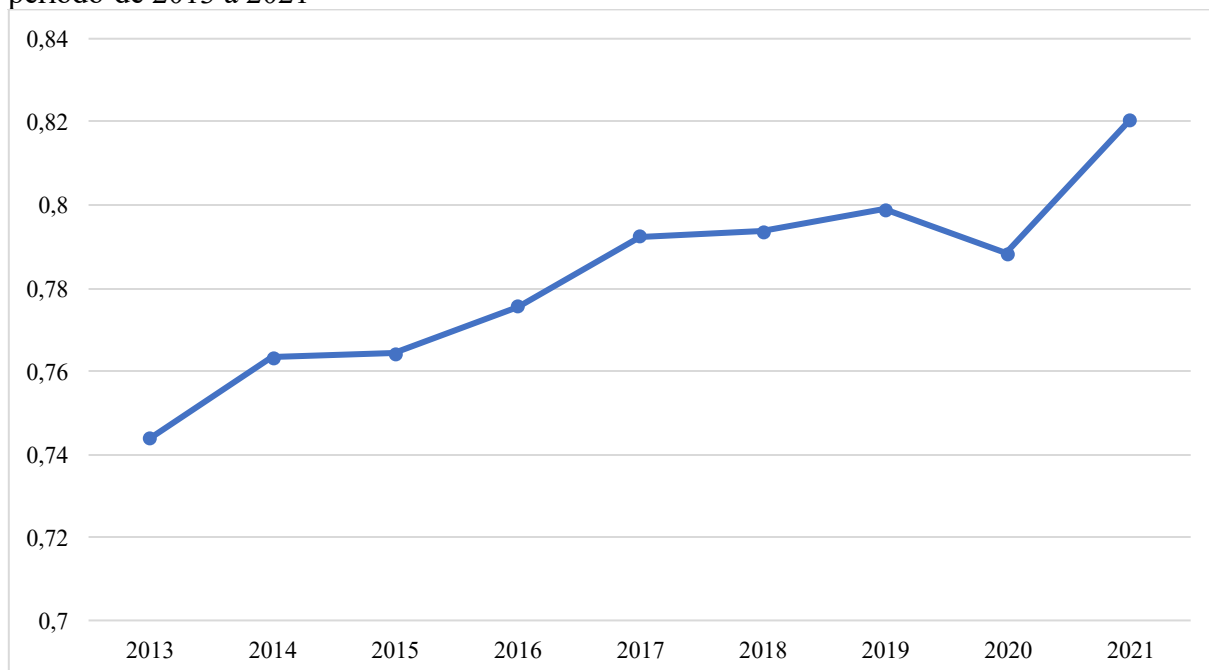
Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do portal da transparência do município de Medianeira-PR (2024).

O crescimento da alocação de recursos nessa área da saúde pode estar associado, portanto, ao aumento da população, conforme observado no Gráfico 1 (p. 37); ao aumento da complexidade dos serviços da saúde, como as melhorias na infraestrutura; e o cenário de pandemia de COVID-19, nos anos finais do período analisado.

4.2.2 A evolução do indicador socioeconômico IPARDES do município

Considerando as publicações anuais do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social, é possível visualizar as variações do IPDM para o município de Medianeira-PR, no período de 2013 e 2021 e analisar a evolução dos seus índices, conforme evidencia o Gráfico 16.

Gráfico 16 - Índice Ipar-des de Desempenho Municipal (IPDM) para Medianeira-PR, no período de 2013 a 2021



Fonte: Elaborado pela autora, conforme dados do IPARDES (2024).

Referente às variações do IPDM, como pode-se observar no Gráfico 16, houve uma tendência de crescimento do índice no decorrer do período. Em 2013, o índice era 0,7438 e, em 2021, passou a ser 0,8203. Esse resultado foi decorrente das melhorias de desenvolvimento do município no que tange aos três indicadores que compõe o índice: a) renda, emprego e produção agropecuária, b) saúde e c) educação.

De 2013 a 2019, o IPDM passou de 0,7438 para 0,799, isto é, cresceu 0,0552, com aumentos parciais em todos os anos. Em 2020, houve uma pequena queda no índice, o qual caiu 0,011 em relação ao ano de 2019, podendo esse resultado estar relacionado à crise sanitária de COVID-19. No entanto, em 2021, o índice aumentou novamente e tornou-se o maior alcançado no período, 0,8203.

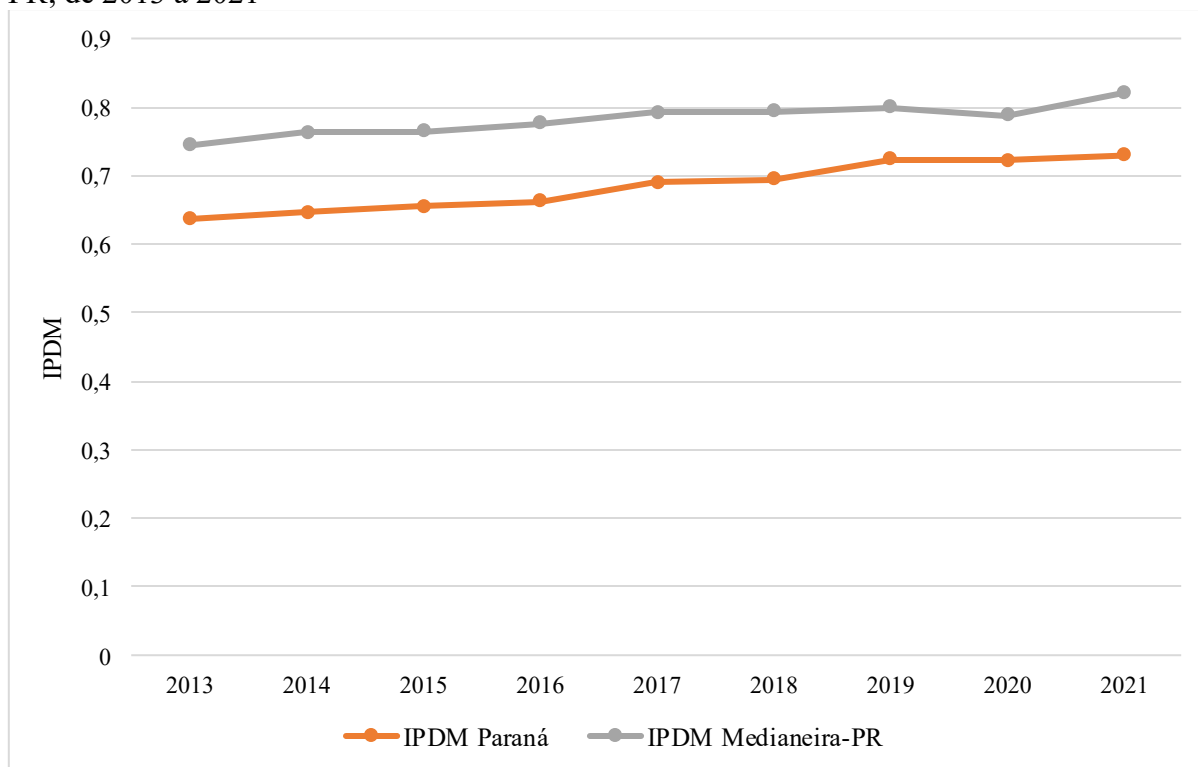
Conforme a metodologia do IPDM, resultados entre 0,6 e 0,8 representam municípios com médio desempenho. Neste sentido, Medianeira apresentou entre 2013 e 2020, médio desempenho, se comparada às demais cidades do estado do Paraná. Já no ano de 2021, com índice de 0,8203, o município apresentou alto desempenho, conceito atribuídos aos municípios com IPDM, acima de 0,8. Esse resultado positivo adveio dos esforços como as melhorias na qualidade de vida e estudo da população, como também das condições socioeconômicas e de infraestrutura do município, visto que o índice contempla vários indicadores.

Conforme o Gráfico 17, em comparação entre o IPDM do município de Medianeira e o Índice Geral de Desempenho do Estado, avaliado pelo IPARDES, o município de Medianeira

apresentou de 2013 a 2021, índices superiores aos do Estado. Ressalta-se que o Índice do Estado variou de 0,6365 a 0,7291 e o do município variou de 0,7438 a 0,8203. Esse comportamento indicou uma melhora significativa nos indicadores sociais e econômicos do município ao longo do período.

No entanto, ainda de acordo com o Gráfico 17, observa-se uma queda para os dois índices, apenas no ano de 2020. Neste ano, o IPDM de Medianeira caiu 0,0107 em relação ao ano anterior e o IPDM do Estado caiu 0,0016, possivelmente, devido aos reflexos da crise econômico-sanitária de COVID-19.

Gráfico 17 - Comparação entre o IPDM do Estado do Paraná e do Município de Medianeira-PR, de 2013 a 2021



Fonte: Elaborado pela autora, conforme dados do IPARDES (2024).

Utilizando a classificação por estratos de desempenho, conforme a metodologia do IPARDES (2024), a média do Índice para Estado do Paraná, para todo o período analisado, ficou dentro da faixa de médio desempenho, a qual abrange índices entre 0,6 e 7,99. Já a média do Índice para o município de Medianeira também ocupou o mesmo estrato de desempenho, exceto no último ano analisado, 2021, quando este município passou para o estrato de alto desempenho, cujo IPDM ficou acima de 0,8, ocupando a 13ª melhor posição entre os municípios paranaenses.

4.3 A correlação entre as variáveis de gastos em saúde pública e o Índice IPARDES de Desempenho do Município de Medianeira, no período de 2013 a 2021

Retomando à anotação metodológica, a correlação estatística entre os gastos empregados na saúde e o IPDM de Medianeira, no período de 2013 a 2021, foi dada por meio do *software Excel*, trazendo um coeficiente de correlação (ρ), o qual varia de -1 a 1. Quanto mais (ρ) se aproxima de 0, mais fraca é a correlação entre as variáveis. Já quanto mais (ρ) se aproxima de 1 ou de -1, mais forte é correlação. Desta forma, o coeficiente pode ser positivo ou negativo. No caso de a correlação ser positiva, o aumento do valor de uma variável explicativa (X_i), aumenta o valor da variável explicada (Y_i), e no caso de a correlação ser negativa, o aumento do valor de uma variável explicativa (X_i), diminui o valor da variável explicada (Y_i), ou vice e versa.

É interessante mencionar que para realizar o cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson* entre as variáveis explicativas X_1, X_2, X_3, X_4, X_5 e X_6 e a variável explicada Y , seguiu-se os valores presentes na Tabela 5, os quais, como já mencionado, foram deflacionados, pelo *software R*. Os resultados das correlações encontram-se na Tabela 6.

Tabela 6 - Correlação entre as variáveis de gastos em saúde e o IPDM, de Medianeira-PR

	Gasto Total (X_1)	Gastos em Atenção Básica (X_2)	Gastos em Assistência Hospitalar e Ambulatorial (X_3)	Gastos em Vigilância Sanitária (X_4)	Gastos em Vigilância Epidemiológica (X_5)	Outros Gastos em Subfunções (X_6)
IPDM (Y)	0,93112	0,91131	0,93078	0,45121	0,64934	0,68396

Fonte: Elaborado pela autora, através do *software Excel*.

Em relação às correlações entre as categorias de gastos em Saúde Pública no Município de Medianeira-PR e o IPDM de 2013 a 2021, todas tiveram resultados positivos, significando que o aumento do Índice IPARDES de Desempenho Municipal foi associado ao aumento, em maior ou menor grau, dos gastos em saúde.

Neste sentido, as categorias Gasto Total, Gastos em Atenção Básica e Gastos em Assistência Hospitalar e Ambulatorial, representadas, respectivamente, pelas variáveis X_1, X_2 e X_3 apresentaram coeficientes de correlação acima de 0,9, quando relacionadas com o IPDM, isto é, valores próximos de 1, os quais indicaram correlação forte. Desta forma, quanto maior o Índice de Desempenho Municipal, maior a tendência de se ter gastos totais em saúde, principalmente, na Assistência Hospitalar e Ambulatorial, que é um serviço de média e alta

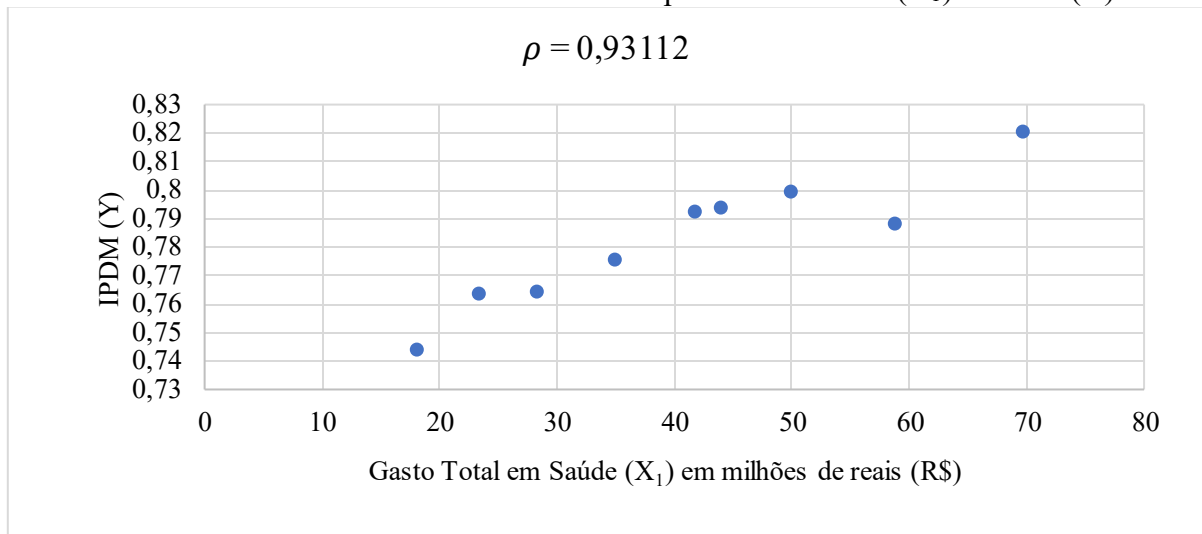
complexidade e na Atenção Básica, a qual é considerada a porta de entrada do sistema de saúde público.

Em contrapartida, a categoria “Gastos em Vigilância Sanitária”, representada pela variável X_4 , apresentou o menor coeficiente de correlação em relação ao Índice de Desempenho Municipal, 0,45121, que apesar de não estar tão próximo de 0, está longe de 1. Dessa forma, apesar de ser positivo, o coeficiente de *Pearson* indicou correlação fraca entre essas variáveis, implicando que, possivelmente, os gastos empregados nesta área estejam em pequeno grau associados ao nível do IPDM, em comparação com as demais categorias de gastos.

Já as categorias Gastos em Vigilância Epidemiológica e Outros Gastos em Subfunções, representados, respectivamente, pelas variáveis X_5 e X_6 , apresentaram resultados acima de 0,6, indicando correlação moderada. Assim, os dispêndios destas duas categorias evidenciaram correlação com o IPDM mais forte do que a variável X_4 , mas que, no entanto, não acompanharam a mesma intensidade das correlações de X_1, X_2 e X_3 em relação a Y. Em outras palavras, apesar de apresentar correlação com Índice de Desempenho Municipal, Vigilância Epidemiológica e Outros Gastos em Subfunções correlacionaram-se em menor grau, se comparado com os Gastos Totais, Hospitalares e na Atenção Básica, e em maior grau se comparado com Gastos em Vigilância Sanitária.

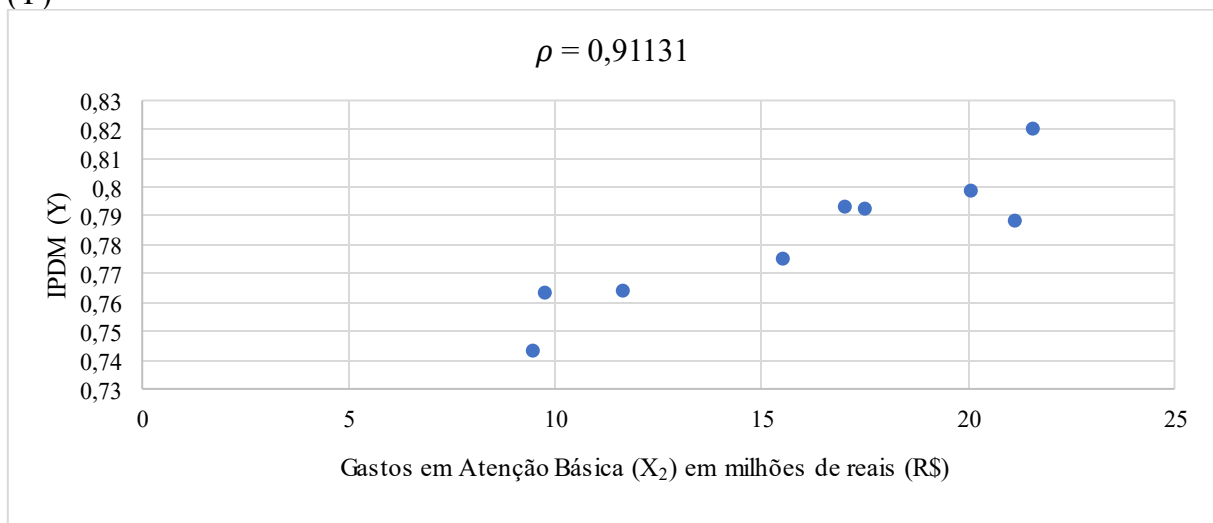
Portanto, os resultados das correlações de *Pearson* entre os gastos com saúde e o IPDM apontaram que todos gastos com saúde, correlacionaram-se positivamente com a variável explicada, seja com intensidade fraca, moderada ou forte. Quando relacionados ao IPDM, os Gastos Totais são os que apresentaram a correlação mais forte (0,93112), em segundo lugar, os gastos destinados à Assistência Hospitalar e Ambulatorial (0,93078), seguido dos Gastos empregados na Atenção Básica (0,91131). Por outro lado, os coeficientes resultantes da correlação dos Outros Gastos em Subfunções (0,68396) e Gastos em Vigilância Epidemiológica (0,64934) indicaram associações mais moderadas com o Índice Municipal. Já o resultado de correlação entre os Gastos em Vigilância Sanitária e o IPDM, cujo coeficiente alcançado foi 0,45121, indicou que variações nessa categoria de gastos se relacionaram em pequeno grau com o desenvolvimento do município.

Os Gráficos 18, 19, 20, 21, 22 e 23, dispostos a seguir, apresentam a dispersão dos dados conforme os resultados do Coeficiente de *Pearson*.

Gráfico 18 - Resultado do Coeficiente de *Pearson* para Gastos Total (X_1) e IPDM (Y)

Fonte: Elaborado pela autora, através do *software Excel*.

Pelo Gráfico 18, visualiza-se que os pontos seguiram um padrão crescente, confirmando a tendência positiva entre o Gasto Total em Saúde (X_1) e o IPDM (Y). Apesar de haver pequenas dispersões entre os valores, a distribuição dos pontos reforça a relação linear positiva. O coeficiente de *Pearson* ($\rho = 0,93112$) sugeriu uma relação forte entre as variáveis estudadas, isso significa que, um maior volume de recursos destinados à saúde refletiu em melhorias nos indicadores municipais de desenvolvimento, ou seja, o aumento no gasto (X_1), contribuiu para o aumento do índice (Y).

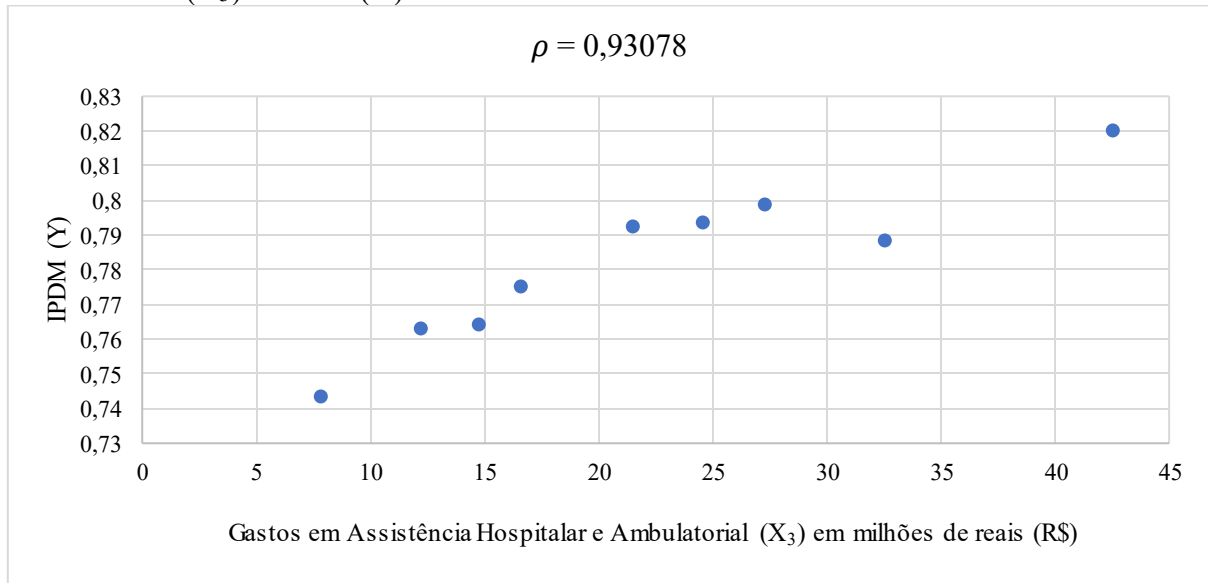
Gráfico 19 - Resultado do Coeficiente de *Pearson* para Gastos em Atenção Básica (X_2) e IPDM (Y)

Fonte: Elaborado pela autora, através do *software Excel*.

O Gráfico 19 possui pontos que também evidenciaram uma tendência crescente positiva, indicando que os Gastos em Atenção Básica (X_2) tenderam a estar associados a valores mais

altos de IPDM (Y). A correlação de *Pearson* ($\rho = 0,91131$) sugeriu uma relação forte entre os gastos em Atenção Básica da Saúde e o desenvolvimento municipal.

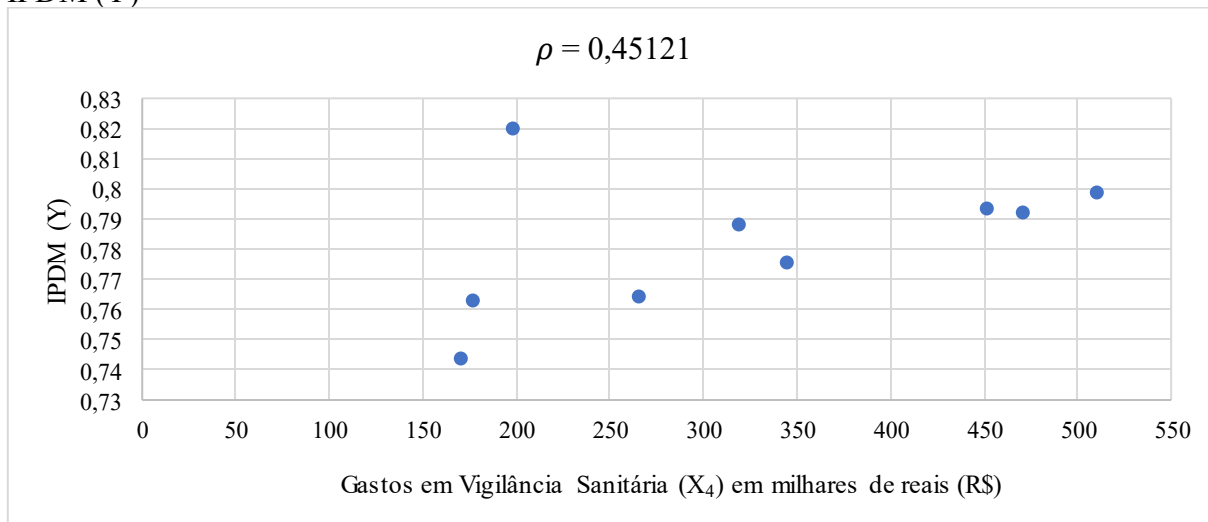
Gráfico 20 - Resultado do Coeficiente de *Pearson* para Gastos em Assistência Hospitalar e Ambulatorial (X_3) e IPDM (Y)



Fonte: Elaborado pela autora, através do *software Excel*.

O Gráfico 20, também apresentou pontos que mostram uma tendência crescente e positiva, isso quer dizer que, à medida que os gastos em Assistência Hospitalar e Ambulatorial (X_3) aumentam, o IPDM (Y) também tende a aumentar. A relação entre as variáveis foi forte e o coeficiente ($\rho = 0,93078$) indicou que o aumento dos dispêndios na área hospitalar e ambulatorial contribuíram para o nível superior de desempenho do município.

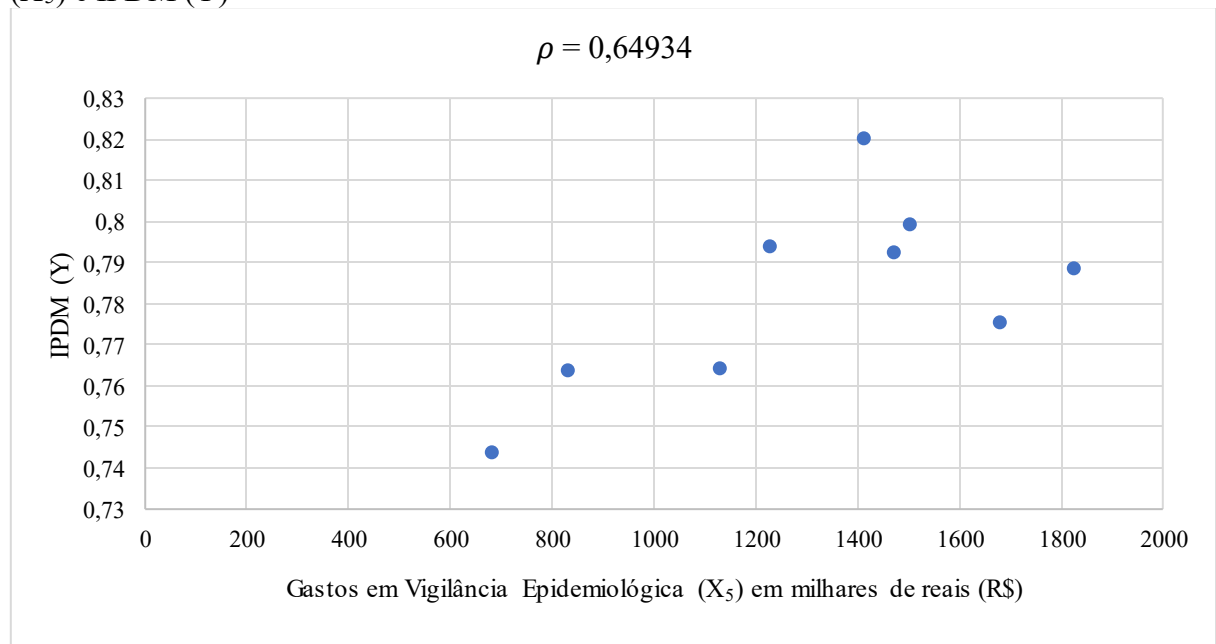
Gráfico 21 - Resultado do Coeficiente de *Pearson* para Gastos em Vigilância Sanitária (X_4) e IPDM (Y)



Fonte: Elaborado pela autora, através do *software Excel*.

A dispersão dos pontos do Gráfico 21 evidenciou uma tendência linear entre as variáveis (X_4) e (Y) mais fraca do que as demais, o que é confirmado pelo coeficiente de correlação de *Pearson* ($\rho = 0,45121$). Esse valor indicou que a correlação, apesar de fraca, foi positiva. Embora possa existir uma relação entre o aumento dos gastos em Vigilância Sanitária e um maior IPDM, essa associação, conforme o cálculo de correlação, foi pequena. De maneira diferente dos Gráficos anteriores 18, 19 e 20, em que os pontos seguiam uma tendência mais clara e de forte correlação, no Gráfico 21, os dados não apresentam uma inclinação tão evidente, sugerindo correlação menor entre as variáveis.

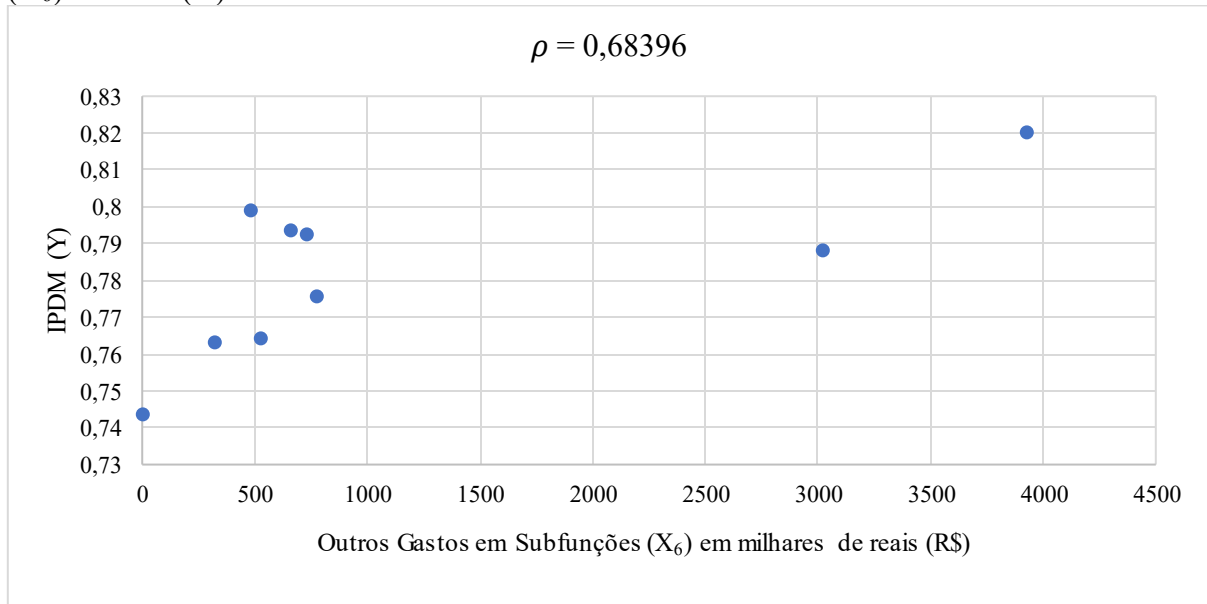
Gráfico 22 - Resultado do Coeficiente de *Pearson* para Gastos em Vigilância Epidemiológica (X_5) e IPDM (Y)



Fonte: Elaborado pela autora, através do *software Excel*.

O Gráfico 22, com o coeficiente de *Pearson* ($\rho = 0,64934$), apresentou uma dispersão que sugere uma tendência linear moderada entre as variáveis (X_5) e (Y). A correlação foi positiva, apesar de não ter sido forte, não foi fraca. Ou seja, apresentou-se uma relação entre o aumento dos gastos em Vigilância Epidemiológica e o aumento no IPDM. Essa correlação foi mais forte do que a apresentada pelo Gráfico 21, porém não tão forte como as correlações apresentadas nos Gráficos 18, 19 e 20. Os dados possuem certa dispersão, mas que ainda indicam correlação moderada entre as variáveis.

Gráfico 23 - Resultado do Coeficiente de *Pearson* para Gastos em Outros Gastos e Subfunções (X_6) e IPDM (Y)



Fonte: Elaborado pela autora, através do *software Excel*.

O Gráfico 23, reflete o Coeficiente de Correlação ($\rho = 0,68396$), o qual sugeriu, também, uma tendência linear entre as variáveis (X_6) e (Y). Apesar de não ter sido forte, como as correlações presentes nos Gráficos 18, 19 e 20, essa correlação, além de positiva, ficou dentro de padrões aceitáveis. Neste sentido, houve relação entre o aumento dos gastos em Outros Gastos e Subfunções (X_6) e o aumento de IPDM (Y), sendo que essa associação apresentou grau moderado. Desta forma, os dados, mesmo que dispersos, ainda sugeriram a presença de correlação entre as variáveis.

5 CONCLUSÕES

O objetivo deste trabalho foi entender como os gastos em saúde pública se correlacionam com o desenvolvimento social e econômico a nível municipal. Desta forma, tomou-se como objeto de estudo o município de Medianeira, localizado na região Oeste do Paraná e o período analisado foi compreendido entre 2013 e 2021. Por meio do cálculo do coeficiente de correlação linear, *Pearson*, pôde-se comprovar a hipótese de que os gastos públicos em saúde de Medianeira-PR correlacionam-se positivamente com o desenvolvimento socioeconômico municipal, medido pelo IPARDES.

Considerando a relação entre Saúde e Economia, apontada na revisão de literatura, compreendeu-se que o governo é fundamental na promoção de políticas públicas que visem o bem-estar da população. Com a consolidação da Constituição Federal, a saúde passou a ser vista como um direito fundamental, reforçando a necessidade do investimento governamental obrigatório e contínuo na área. Neste sentido, o papel da administração pública dos recursos voltados à saúde mostrou-se relevante, podendo contribuir significativamente no fortalecimento dos indicadores sociais, de modo a amenizar as desigualdades, colaborar no crescimento da economia, nos resultados do PIB, como também promover melhorias na renda da população e consequentemente no desenvolvimento local, como no caso do município Medianeira, analisado neste trabalho.

Levando em conta o primeiro objetivo específico, no que diz respeito ao perfil epidemiológico, observou-se a evolução das taxas de mortalidade e natalidade, destacando um aumento gradual na população estimada no período analisado. É importante destacar que o número de nascimentos por ocorrência, em Medianeira, foi superior aos nascimentos que seguiram o critério de residência da mãe, em todos os anos pesquisados. Isto posto, o fato de muitos dos nascimentos, cujas mães residem em município vizinhos, ocorrer em Medianeira, indicou que o município é referência entre as cidades vizinhas em infraestrutura hospitalar e equipe médica. Quanto ao perfil de morbimortalidade, as principais causas de óbito relacionaram-se a doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas.

Já em relação à infraestrutura da saúde, entende-se que o município possui bom nível de organização, no que se refere aos serviços básicos, como a presença de várias Unidades Básicas espalhadas pelos bairros, Unidade de Pronto Atendimento com 24 horas de funcionamento, Farmácia Municipal, Laboratório de Análises Clínicas, Centros de Atenção Psicossocial, Centro de Especialidades Odontológicas e Serviço de Atendimento Móvel e

Hospitalar, além da presença de um quadro completo de médicos especialistas e demais profissionais ligados à saúde.

Sobre o segundo objetivo específico, o estudo demonstrou que os gastos mais expressivos foram os voltados à Assistência Hospitalar e Ambulatorial e à Atenção Básica, de modo que essas duas categorias concentraram cerca de 93,19% do total investido na saúde pública de Medianeira. Sobre a evolução do Índice de Desempenho Municipal, constatou-se que de 2013 a 2020, Medianeira apresentou médio desempenho se comparada aos demais municípios paranaenses e em 2021, alcançou índice equivalente a um alto desempenho, ocupando a 13ª melhor posição a nível de Estado.

O terceiro e último objetivo específico trouxe os resultados das correlações entre as variáveis de gastos públicos e o Índice IPARDES do Município. Constatou-se que as correlações foram positivas para todas as variáveis testadas e as relacionadas ao Gasto Total, Gasto em Assistência Hospitalar e Ambulatorial e Gastos em Atenção Básica foram classificadas como sendo as mais fortes. No entanto, as demais variáveis, relacionadas aos Gastos em Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Outros Gastos em subfunções, apesar de não apresentarem o mesmo nível de correlação do que as primeiras citadas, também se correlacionaram positivamente. Desta maneira, os resultados apontaram que os recursos empregados na área da saúde, em maior ou menor grau, relacionaram-se ao desenvolvimento do município, impactando de forma positiva nos indicadores sociais e econômicos.

Portanto, em resposta à problematização do trabalho, a correlação entre os gastos em saúde pública e o desenvolvimento socioeconômico de Medianeira-PR, no período de 2013 a 2021, sugeriu que os valores direcionados à área da saúde impactam outros indicadores socioeconômicos, de modo que aumenta a longevidade tanto para homens quanto para mulheres, melhora produtividade do trabalho e a qualidade de vida da população. Demonstrou-se que o aumento nas variáveis relacionadas aos gastos em saúde gerou impacto positivo no desempenho municipal, medido pelo índice IPARDES. Assim, a destinação adequada dos recursos voltados à saúde pública, além de atender às demandas da população, impulsiona o desenvolvimento local.

Por fim, cabe ressaltar que os indicadores de saúde refletem efetivamente os valores gastos nos cuidados com a saúde e nos investimentos na infraestrutura sanitária, bem como nas medidas de prevenção e tratamento das principais causas de morbimortalidade, citadas anteriormente. Destaca-se, ainda, que as melhorias no bem-estar da população no que tange ao combate ao sedentarismo, alimentação saudável e redução do estresse também contribuem na redução do número de doenças e, conseqüentemente, para o resultado positivo dos indicadores.

Em vista do que foi apresentado neste estudo, os gastos públicos em saúde são primordiais para o desenvolvimento de Medianeira-PR, logo, é importante que as políticas públicas tendam a priorizar a saúde, não apenas pelo fato de ela ser uma obrigação governamental, mas por ser um elemento estratégico para o progresso do município.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, Marcus. **Teoria dos Gastos Fundamentais: Orçamento público impositivo – da elaboração à execução**. Grupo Almedina, 2021. E-book. ISBN 9786556273068. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786556273068/>. Acesso em: 06 de maio de 2024.
- ALI, Ifzal; PERNIA, Ernesto del Mar. **Infrastructure and poverty reduction: what is the connection?** Manila: ADB, jan. 2003. (ERD Policy Brief, n. 13).
- ANDERSON, Benjamim. Coeficiente de correlação de pearson. **Statorials**, 2023. Disponível em: <https://statorials.org/pt/coeficiente-de-correlacao-de-pearson-1/>. Acesso em: 12 de maio de 2024.
- ANTUNES, Felipe da Silva. A importância do papel do estado na atividade econômica. **A Economia em Revista**, v. 22, n. 1. 2014.
- ARVATE, Paulo; BIDERMAN, Ciro. **Economia do Setor Público no Brasil**. São Paulo: Elsevier, 2004.
- BLOOM, David. E.; CANNING, David; SEVILLA, Jaypee 2004. The effect of health on economic growth: a production function approach. **World development**, 32(1), 1-13.
- BRAGA, Jose Carlos de Souza. **Temporalidade e riqueza: instabilidade estrutural e ‘financeirização’ do capitalismo**. Campinas, SP: UNICAMP. Instituto de Economia, 2000.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.
- BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Institui o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jan. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 21 de set. de 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Financiamento público de saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. – (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1).
- BRUNHOFF, Suzanne de. Crise capitalista e política econômica. In: POULANTZAS, Nicos (Org). **O Estado em crise**. Rio de Janeiro: Graal, 1977.
- CALDERÓN, César; SERVÉN, Luis. Infrastructure and economic development in Sub-Saharan Africa. **The World Bank**. 2008. Policy Research Working Paper, n. 4712.
- CARVALHO, Fernando Jose Cardim de. **Temas de política monetária keynesiana**. Ensaios FEE, v. 15, n. 1, 1994. Disponível em: <https://revistas.planejamento.rs.gov.br/index.php/ensaios/article/view/1668/2037>. Acesso em: 16 de ago. de 2024.
- CHAKAMERA, Chekamera; ALAGIDEDE, Paul. The nexus between infrastructure (quantity and quality) and economic growth in Sub Saharan Africa. **International Review of Applied**

Economics, v. 32, n. 5, p. 641-672, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02692171.2017.1355356>. Acesso em: 14 de maio de 2024.

CORAZZA, Gentil. **Teoria Econômica e Estado (de Quesnay a Keynes)**. Porto Alegre: FEE, 1986.

DATASUS. Nota Técnica: Nascidos Vivos. 2017. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/Nascidos_Vivos_1994_2012.pdf. Acesso em: 27 de dez. de 2024.

DATASUS. Ficha de Qualificação: Indicadores demográficos. A.6 Taxa Bruta de Natalidade (Coeficiente Geral de Natalidade). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqa06.htm>. Acesso em: 27 de dez. de 2024a.

DATASUS. Nota Técnica: Taxa bruta de mortalidade – A.10. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/a10.pdf>. Acesso em: 27 de dez. de 2024b.

DATASUS. Nota Técnica: Taxa de mortalidade infantil – C.1 (Coeficiente de mortalidade infantil). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/c01.pdf>. Acesso em: 27 de dez. de 2024c.

DATASUS. Base de Dados Eletrônicos do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 03 de dez. de 2024d.

ECB - EUROPEAN CENTRAL BANK. **Social spending, a euro area cross-country comparison**. Economic Bulletin Issue, Frankfurt am Main, n. 5, 2019. Disponível em: https://www.ecb.europa.eu/press/economic-bulletin/articles/2019/html/ecb.ebart201905_02~8fe859fe45.en.html. Acesso em: 14 de maio de 2024.

ENAP - Escola Nacional de Administração Pública. **Introdução ao Orçamento Público. Módulo 3: A Dívida Pública e o Financiamento Orçamentário**. Brasília: ENAP, 2017.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 9a. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1984.

FERRARIFILHO, Fernando; TERRA, Fábio Henrique Bittes. As disfunções do capitalismo na visão de Keynes e suas proposições reformistas. **Revista Econ. Contemp.**, v. 15, n. 2, 2011, p. 271-295.

FERRAZ, Gabriel. Armadilha da liquidez - da Teoria Geral às expectativas racionais. **Economia Mainstream**. 2022. Disponível em: <https://economiamainstream.com.br/artigo/armadilha-da-liquidez-da-teoria-geral-as-expectativas-racionais/>. Acesso em: 13 de ago. de 2024.

FERREIRA, Pedro Cavalcanti, FRANÇA, João Mário Santos de. **Um estudo sobre infraestrutura: impactos produtivos, cooperação público-privado e desempenho recente na América Latina**. Fundação Getúlio Vargas. 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/242239749> **Um estudo sobre infraestrutura impac**

tos produtivo s cooperacao publico-privado e desempenho recente na America Latina. Acesso em: 14 de maio de 2024.

FURTADO, Celso. **Teoria e Política do Desenvolvimento Econômico**. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

GIAMBIAGI, Fabio; ALÉM, Ana Claudia. **Finanças Públicas: Teoria e Prática no Brasil**. 4ª ed. Rev. e atualizada. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOV.BR. Divulgação do perfil de morbimortalidade da unidade hospitalar. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/divulgacao-do-perfil-de-morbimortalidade-da-unidade-hospitalar-1>. Acesso em: 10 de dez. de 2024.

GUEDES, Jessica. **Como serviços públicos são financiados?** Portal Politize! Post em 13/11/2020. Disponível em: <https://www.politize.com.br/financiamento-de-servicos-publicos/#https://www.politize.com.br/financiamento-de-servicos-publicos/>. Acesso em: 20 de ago. de 2024.

GUIMARÃES, Inacio Andruski; FREITAS, Sonia Maria de. O papel do investimento em infraestrutura e sua relação com o desenvolvimento econômico do Brasil (1940 – 2018). **Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana**. 2019. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/oel/2019/07/desenvolvimento-economico-brasil.html>. Acesso em: 05 de maio de 2024.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/medianeira/panorama>. Acesso em: 10 de mar. de 2024.

IFI - Instituto Fiscal Independente. Relatório de acompanhamento Fiscal. Setembro, 2017, nº 8 Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/531520/RAF8_SET2017.pdf. Acesso em: 13 de maio de 2024.

IMF - International Monetary Fund. A strategy for IMF engagement on social spending. Washington-D.C., IMF Policy Paper, 2019. Disponível em: <https://www.imf.org/en/Publications/Policy-Papers/Issues/2019/06/10/A-Strategy-for-IMF-Engagement-on-Social-Spending-46975>. Acesso em: 05 de maio de 2024.

IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Índice Ipar-des de Desempenho Municipal. Disponível em: <https://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Indice-Ipar-des-de-Desempenho-Municipal>. Acesso em: 12 de maio de 2024.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Infraestrutura econômica no Brasil: diagnósticos e perspectivas para 2025**. Brasília: Ipea, 2010. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3210/1/Livro6_InfraestruturaSocial_voll.pdf. Acesso em: 13 de maio de 2024.

IPEADATA. Índice nacional de preços ao consumidor amplo (IPCA) geral: índice (dez. 1993 = 100) (PRECOS12_IPCA12). 2025. Disponível em: <http://ipeadata.gov.br/Default.aspx>. Acesso em: 18 de fev. de 2025.

JONES, Stephen. **Infrastructure to support inclusive growth and poverty reduction**. 2006. ADB - Asian Development Bank. Infrastructure for supporting inclusive growth and poverty reduction in Asia. Mandaluyong: ADB, 2012. p. 9-20.

KEYNES. John Maynard. **A Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda**. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

LEAL, Cícero Pereira; NASCIMENTO, José Antonio Rodrigues do; FEIO, Kleydson Jurandir Gonçalves; CARVALHO, Rogerio Galvao de. **Descomplicando a Economia do Setor Público**. Ponta Grossa: Atena, 2022. E-book. Disponível em: <https://doi.org/10.22533/at.ed.967220905>. Acesso em: 13 de maio de 2024.

LOPES, Márcio Augusto Falcão. **O fracasso da Comissão Mista Brasil-Estados Unidos (CMBEU) e os rumos da política econômica no segundo governo Vargas (1951-54)**. 2009. 273p. Dissertação (Mestrado em Economia Política) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

MATIAS-PEREIRA, José. **Finanças Públicas**. 2ª edição. São Paulo: Atlas, 2003.

MATOS, Eloiza Ap. Silva Avila de. **O programa "aliança para o progresso": o discurso civilizador na imprensa e a educação profissional no Paraná – Brasil**. In: Simposio internacional proceso civilizador, 11., 2008, Buenos Aires. **Anais {...}**. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 2008. p. 360.

MEDEIROS, Victor; RIBEIRO, Rafael Saulo Marques. Power infrastructure and income inequality: evidence from Brazilian State level data using dynamic panel data models. **Energy Policy**, v. 146, n. 2, nov. 2020.

MEDEIROS, Victor; RIBEIRO, Rafael Saulo Marques; AMARAL, Pedro Vasconcelos Maia do. Infrastructure and household poverty in Brazil: a regional approach using multilevel models. **World Development**, v. 137, jan. 2021.

MEDIANEIRA – Prefeitura Municipal. Relatório Resumido da Execução Orçamentária. Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde. Vários relatórios – 2013-2021. Disponíveis em: <https://www.medianeira.pr.gov.br/transparencia/>. Acesso em: 12 de maio de 2024.

MEDIANEIRA – Prefeitura Municipal. Boa gestão da Saúde de Medianeira é referência para outros municípios. 2025. Disponível em: <https://www.medianeira.pr.gov.br/?noticia=10934#>. Acesso em: 26 de fev. de 2025.

MENSAGEIRO. Inauguradas duas novas Unidades de Saúde em Medianeira. Jornal Mensageiro. 2024. Disponível em: <https://jornalmensageiro.com/cidade/inauguradas-duas-novas-unidades-de-saude-em-medianeira/>. Acesso em: 4 mar. 2025.

MINSKY, Hyman Philip. **Stabilizing an unstable economy**. New Heaven: Twentieth Century Fund Report, 1986.

NERO, Carlos Roberto Del. O que é Economia da Saúde. *In*: Piola, Sérgio Francisco; Vianna, Sólo Magalhães (Orgs.). **Economia da Saúde: conceitos e contribuições para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 2018.

OCDE-Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Social spending (indicator). 2024. Disponível em: <https://data.oecd.org/social-exp/social-spending.htm#indicator-chart>. Acesso em: 07 de maio de 2024.

PMS - Plano Municipal de Saúde 2022-2025. Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura de Medianeira, 2021.

POULANTZAS, Nicos. **O Estado em crise**. Rio de Janeiro, Graal. 1977.

REZENDE, Fernando. **Finanças Públicas**. 2. ed. São Paulo: Atlas. 2001.

REZENDE, Flávio da Cunha. **Descentralização, gastos públicos e preferências alocativas dos governos locais no Brasil: (1980–1994)**. 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/N8hNFbNFQRbR8x4zRZ6mknJ/?lang=pt>. Acesso em: 13 de maio de 2024.

RIANI, Flávio. **Economia do Setor Público: Uma Abordagem Introdutória**, 6ª edição. Grupo GEN, 2016. E-book. ISBN 9788521632320. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788521632320/>. Acesso em: 06 de maio de 2024.

RIBEIRO, José Aparecido; PIOLA, Sérgio Francisco; SERVO, Luciana Mendes. **As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: CEBES, 2007. (Divulgação em Saúde para Debate, n. 37).

ROCHA, Igor Lopes; RIBEIRO, Rafael Saulo Marques. **Concessões e parcerias público-privadas: políticas públicas para provisão de infraestrutura**. Cap. 1. – Brasília In: Ipea, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-040-0>. Acesso em: 14 de maio de 2024.

RODRIGUES, Bruno Goncalves. **Política fiscal, monetária e cambial: qual a diferença?** In: Politize! (portal). 2017. Disponível em: <https://www.politize.com.br/politica-fiscal-monetaria-e-cambial/>. Acesso em: 15 de ago. de 2014.

SÁNCHEZ, Ricardo; LARDÉ, Jeannette; JAIMURZINA, Azhar, CHAUVET, Pablo. **Inversiones en infraestructura en América Latina: tendencias, brechas y oportunidades**. Santiago de Chile: Cepal, dic. 2017.

SILVA, Guilherme Jonas Costa da; MARTINS, Humberto Eduardo de Paula; NEDER, Henrique Dantas. Investimentos em infraestrutura de transportes e desigualdades regionais no Brasil: uma análise dos impactos do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). **Revista de Economia Política**, vol. 36, nº 4 (145), p 840-863, outubro-dezembro, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rep/a/5p4mFMPdfPy8MjfxNNX43FS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 de maio de 2024.

SOUZA, Nali de Jesus de. **Desenvolvimento Econômico**, 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2012.

STN - Secretaria Do Tesouro Nacional. Gasto Social do Governo Central - 2002 a 2015. Tesouro Nacional Transparente, 2016. Disponível em: <https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/gasto-social-do-governo-central/2016/30>. Acesso em: 14 de maio de 2024.

STRAUB, Stéphane. **Infrastructure and growth in developing countries**: recente advances and research challenges. Washington: World Bank, 2008. (Policy Research Working Paper, n. 4460).

TERRA, Fábio Henrique Bittes; FERRARI FILHO, Fernando. **As políticas econômicas em Keynes**: reflexões para a economia brasileira no período 1995-2011. In: XL ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA ANPEC — Associação Nacional dos Centros de Pós-Graduação em Economia, **Anais** {...}, Porto de Galinhas - PE, 2012.

UNITED NATIONS RESEARCH INSTITUTE FOR SOCIAL DEVELOPMENT [ONLINE]. Health Systems as Social Institutions: progress towards health in all policies. 2013. Disponível em: <https://www.unrisd.org/en/research/projects/health-systems-as-social-institutions-progress-towards-health-in-all-policies>. Acesso em: 13 de maio de 2024.

URBAN SYSTEMS. **Ranking Connected Smart Cities**. 2023. Disponível em: <https://www.urbansystems.com.br/rankingconnectedsmartcities>. Acesso em: 06 de out. de 2024.