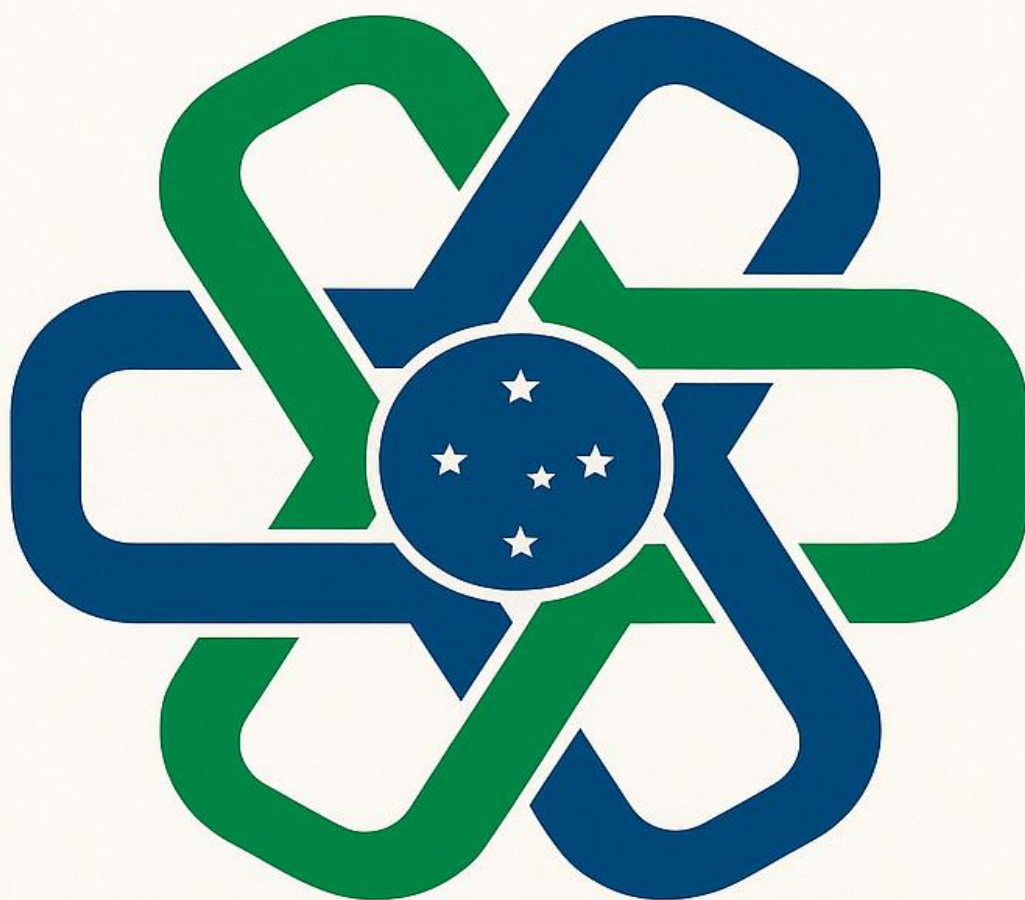




UNESPAR

Universidade Estadual do Paraná

**DESIGUALDADE NA DISTRIBUIÇÃO DA INFRAESTRUTURA DE SAÚDE NA REGIÃO
INTERMEDIÁRIA DE LONDRINA – 2º TRIMESTRE DE 2025**

Jhennifer Gabrielli do Amaral dos Reis¹
Ana Karolina da Silva Sampaio²
Paulo Guilherme Alarcon Fernandes³

Esta nota técnica teve por finalidade examinar a relação entre os indicadores de saúde, a distribuição da infraestrutura de saúde e o desenvolvimento econômico dos 97 municípios que compõem a Região Intermediária de Londrina, no estado do Paraná, durante o segundo trimestre de 2025. O levantamento dos dados foi realizado por meio das bases do DATASUS, IBGE, dos informes epidemiológicos da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR) e dos relatórios municipais atualizados até julho de 2025. A análise dessa relação é importante, uma vez que investimentos em saúde pública não só impactam diretamente os indicadores de saúde da população, como também influenciam o desenvolvimento econômico, a produtividade e a qualidade de vida da sociedade.

No segundo trimestre, a taxa de natalidade apresentou uma leve redução, passando de aproximadamente 11,4 por mil habitantes em abril para cerca de 11,2 por mil em junho, ou seja, ocorreram cerca de 11,2 nascimentos a cada mil habitantes no período do segundo trimestre, conforme dados preliminares do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e boletins da SESA-PR (DATASUS, 2025; SESA-PR, 2025). Da mesma forma, a mortalidade infantil foi reduzida de 11,8 para 11,5 por mil nascidos vivos, resultado de ações de atenção básica e estratégias de puericultura implementadas pela Atenção Primária (SMS Londrina, 2025).

A distribuição da infraestrutura de saúde permanece desigual. Polos regionais como Londrina, Apucarana, Arapongas e Cambé mantêm, em média, 3,4 médicos por mil habitantes e uma cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) em torno de 88%. Por outro lado, municípios menores como Sapopema, Tomazina e Godoy Moreira apresentam números significativamente inferiores, com menos de 1,5 médicos por mil habitantes e cobertura da ESF abaixo de 60% (IBGE, 2025; DATASUS, 2025). Essa diferença estrutural impacta diretamente no acesso aos serviços de saúde e, consequentemente, nos indicadores de desenvolvimento social e econômico.

¹ Aluno(a) de graduação do curso de Ciências Econômicas da Universidade Estadual de Apucarana (UNESPAR), Campus Apucarana.

² Aluno(a) de graduação do curso de Ciências Econômicas da Universidade Estadual de Apucarana (UNESPAR), Campus Apucarana.

³ Professor do curso de Ciências Econômicas da Universidade Estadual de Apucarana (UNESPAR), Campus Apucarana.

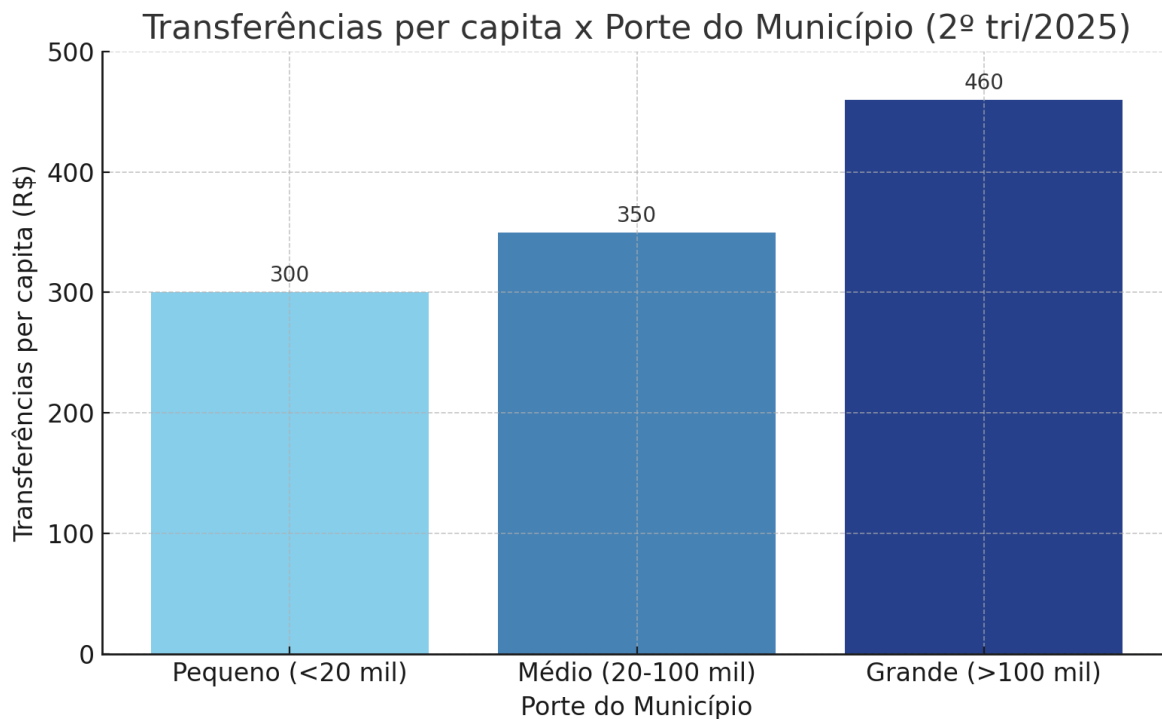
Neste sentido, os dados revelam um padrão de concentração dos recursos em municípios de maior porte, refletindo um viés centralizador na distribuição da infraestrutura de saúde na região. No segundo trimestre, por exemplo, municípios-pólo como Londrina e Apucarana receberam cerca de R\$ 460,00 per capita em transferências vinculadas à saúde, enquanto municípios de pequeno porte como Ribeirão do Pinhal e Faxinal receberam valores médios de apenas R\$ 300,00 per capita (DATASUS, 2025). Essa disparidade decorre tanto do critério populacional quanto da complexidade dos serviços prestados, considerando a presença de hospitais de referência, unidades de pronto atendimento (UPAs) e centros de especialidades médicas nos municípios maiores.

A distribuição dos recursos destinados à saúde pública entre os municípios segue uma dinâmica que considera diferentes critérios, como a população residente, a complexidade dos serviços prestados e a infraestrutura já existente. Municípios de maior porte e com hospitais de referência recebem transferências mais elevadas para custear serviços de alta e média complexidade, enquanto os de menor porte, geralmente com menor capacidade técnica e estrutural, recebem valores proporcionalmente menores, concentrados principalmente na Atenção Primária. Essa lógica visa garantir o financiamento das demandas de maior volume dos centros urbanos, mas acaba promovendo desigualdades regionais, exigindo políticas complementares para mitigar essas disparidades e assegurar o acesso universal aos serviços de saúde.

As motivações para essas desigualdades são múltiplas. Sob a ótica geográfica, os custos operacionais são mais elevados em municípios com população dispersa e de difícil acesso. Economicamente, há maior atração de profissionais para municípios que oferecem maiores salários, infraestrutura urbana, acesso a serviços e oportunidades para familiares, o que se alinha diretamente à teoria dos custos de transporte e da localização (Weber, 1929; Christaller, 1933). Essa teoria explica que atividades econômicas e serviços, como a saúde, tendem a se concentrar em locais com maior densidade populacional, maior infraestrutura e menores custos logísticos, enquanto os municípios de pequeno porte enfrentam desafios estruturais, logísticos e financeiros que limitam a expansão dos serviços.

Com isso, a Figura 1 apresenta a média de transferências federais e estaduais per capita destinadas à saúde nos municípios da Região Intermediária de Londrina, segundo o porte populacional, durante o segundo trimestre de 2025. Os municípios foram agrupados em três categorias: grandes (>100 mil habitantes), médios (20 a 100 mil) e pequenos (<20 mil).

Figura 1: Transferências per capita x porte do município no 2º trimestre de 2025



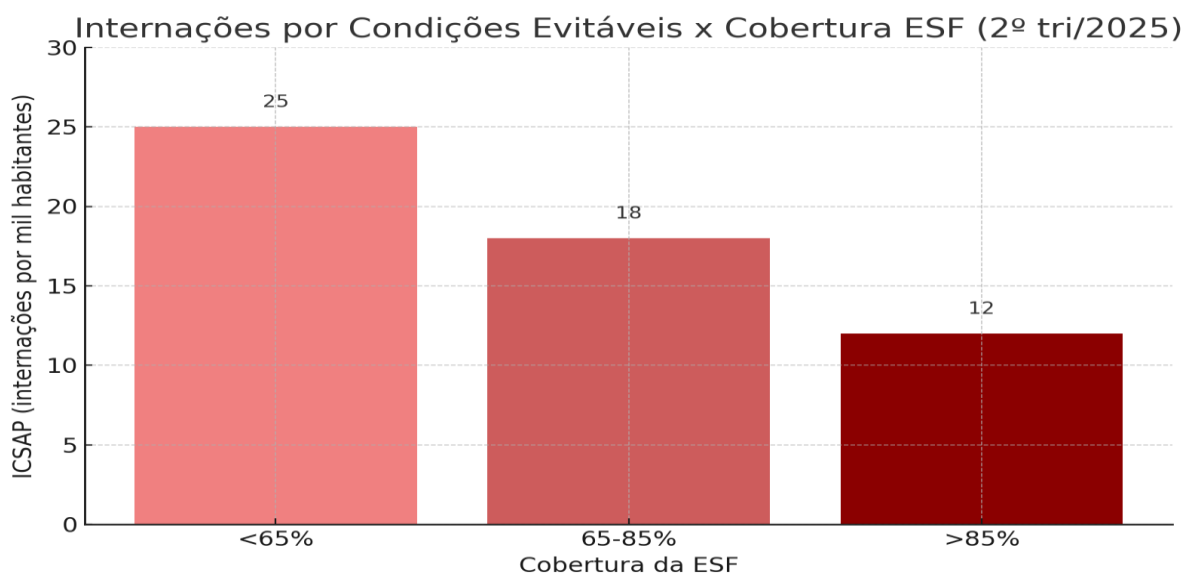
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IPEADATA e DATASUS, de abril a junho de 2025.

Do ponto de vista econômico, observa-se que os municípios com maior infraestrutura em saúde apresentam também melhores indicadores de desenvolvimento. O nível de ocupação formal em Londrina, Apucarana e Arapongas, por exemplo, é, em média, 7% superior ao dos municípios menores da região, com uma correlação positiva com a cobertura da Atenção Primária, número de leitos hospitalares, além da presença de unidades especializadas (IBGE, 2025). Este fenômeno pode ser interpretado à luz da teoria da firma, segundo a qual trabalhadores saudáveis tendem a ser mais produtivos, apresentam menor absenteísmo e, consequentemente, contribuem para o melhor desempenho econômico local (Varian, 2015).

O impacto sobre o bem-estar social é igualmente evidente. Municípios com cobertura da ESF superior a 80% apresentam menores taxas de internação por causas evitáveis, menor mortalidade infantil e melhores indicadores de desenvolvimento humano (SESA-PR, 2025). Adicionalmente, esses municípios também registraram menor incidência de arboviroses durante o trimestre, em especial dengue, que apresentou crescimento na região. Destacam-se Cambé, Arapongas e Londrina, que, juntos, somaram mais de 5.800 casos notificados no período (SMS Londrina, 2025). Neste contexto, a Figura 2 ilustra a taxa de Internações por

Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) em função da cobertura da ESF, para os municípios da região durante o segundo trimestre de 2025.

Figura 2: Internações por condições evitáveis x cobertura da ESF no 2º trimestre de 2025



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IPEADATA e DATASUS, 2025.

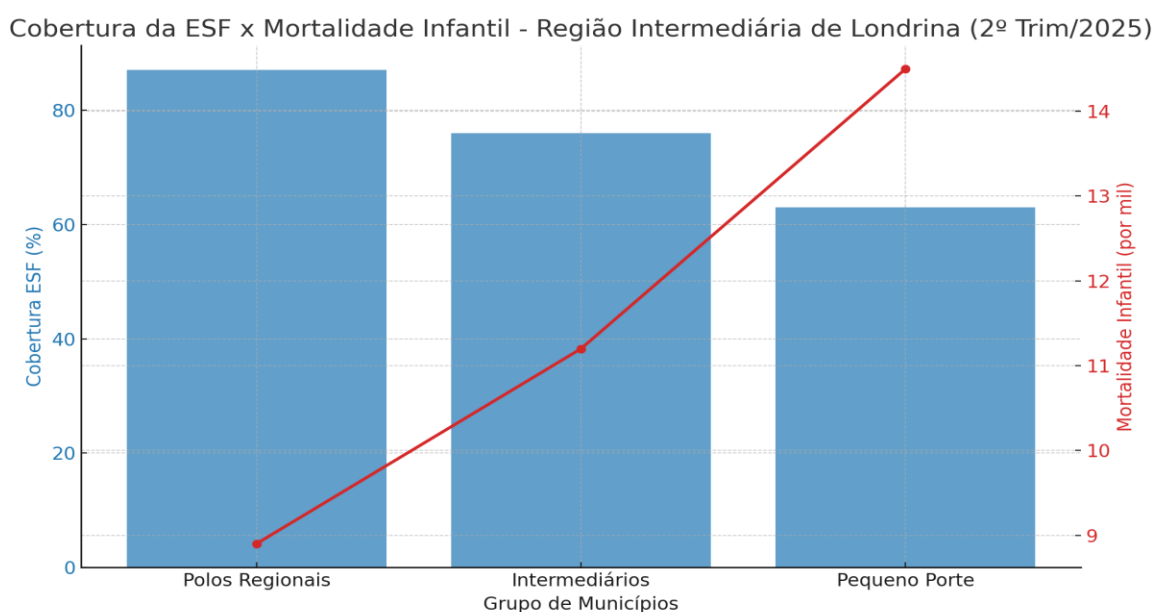
A Figura 2 mostra que municípios com cobertura da ESF superior a 85% apresentaram taxas de ICSAP em torno de 12 por mil habitantes, enquanto aqueles com cobertura entre 65% e 85% registraram cerca de 18 por mil, e municípios com cobertura abaixo de 65% superaram 25 por mil. Esse resultado destaca a eficácia da atenção básica na prevenção de doenças e na redução das internações hospitalares. Do ponto de vista econômico, a redução de ICSAP alivia os custos do sistema de saúde, permitindo que os recursos sejam alocados para áreas mais demandadas. Socialmente, contribui-se para maior bem-estar da população, evitando afastamentos do trabalho e perda de renda familiar. Desta forma, a análise reforça que investir na expansão da ESF eleva indicadores de saúde e gera ganhos econômicos diretos e indiretos para os municípios.

Diante desse cenário, recomenda-se a adoção de políticas públicas que priorizem o aumento dos repasses destinados à Atenção Primária à Saúde nos municípios de menor porte, vinculando-os a metas de expansão da cobertura da ESF e à redução das internações por condições sensíveis à atenção básica. Simultaneamente, torna-se essencial o fortalecimento da vigilância epidemiológica, com ênfase no enfrentamento das arboviroses e das síndromes respiratórias, que ainda representam riscos significativos para a população local.

Com isso, a análise dos dados do segundo trimestre de 2025 evidencia que os investimentos em saúde pública aprimoram os indicadores sanitários e exercem impacto sobre o desenvolvimento econômico, a produtividade e a qualidade de vida. A redução das desigualdades regionais na distribuição da infraestrutura de saúde deve, portanto, ser tratada como prioridade, constituindo condição para a promoção de desenvolvimento na Região Intermediária de Londrina.

A interação evidenciada na Figura 3 revela que municípios com cobertura da ESF acima de 85% apresentam mortalidade infantil entre 8,5 e 9 por mil nascidos vivos. Nos municípios intermediários, com cobertura em torno de 75%, a mortalidade infantil varia entre 11 e 12 por mil. Já nos municípios com menor cobertura, abaixo de 60%, a mortalidade infantil ultrapassa 14 por mil. Esse padrão aponta a relação inversa entre atenção básica e mortalidade infantil, além de demonstrar que os polos regionais se beneficiam de economias de aglomeração, concentração de serviços e melhor infraestrutura, enquanto os municípios de pequeno porte enfrentam vulnerabilidade socioeconômica (Weber, 1929; Christaller, 1933; Varian, 2015).

Figura 3 - Cobertura da ESF x a taxa de mortalidade infantil da Região Intermediária de Londrina no 2º trimestre 2025



Fonte: Original da pesquisa com base nos dados do DATASUS (2025), IBGE (2025), SESA-PR (2025) e SMS Londrina (2025).

Diante desse cenário, recomenda-se a adoção de políticas públicas que ampliem os repasses para os municípios menores, priorizando os mais vulneráveis. Ademais, é fundamental expandir a cobertura da ESF, oferecendo incentivos para atrair profissionais às áreas remotas, investir em vigilância epidemiológica e criar

consórcios regionais para compartilhar serviços especializados também contribuiria para o acesso, a qualidade do atendimento e os indicadores de saúde e bem-estar da população.

REFERÊNCIAS

CHRISTALLER, Walter. **Die zentralen Orte in Suddeutschland**. 1933. p. 389.

DATASUS. DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA DO SUS. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS**. Sistema de Informações de Saúde Pública. Brasília, 2025. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 2 jul. 2025.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas de saúde**: indicadores e informações de saúde. Rio de Janeiro, 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude.html>. Acesso em: 2 jul. 2025.

KRUGMAN, Paul; WELLS, Robin. **Introdução à economia**. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2018. p. 608.

LAFFONT, Jean-Jacques. **Fundamentos da economia pública**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SESA - PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. **Informe Epidemiológico n.º 02/2025: análise do perfil epidemiológico da Região Intermediária de Londrina – 2.º trimestre de 2025**. Curitiba, 2025. 35 p. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/>. Acesso em: 2 jul. 2025.

SMS LONDRINA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório de Gestão em Saúde e Informe Epidemiológico n.º 02/2025**. Londrina, 2025. 48 p. Disponível em: <https://saude.londrina.pr.gov.br/>. Acesso em: 2 jul. 2025.

WEBER, Alfred. **Theory of the location of industries**. Chicago: University of Chicago Press, 1929, p. 256.

VARIAN, Hal R. **Microeconomia: princípios básicos**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p. 768.