

O EMPREGO NA ÁREA DE SAÚDE NO MATO GROSSO DO SUL (2009-2019).

EMPLOYMENT IN THE HEALTH ATEA IN MATO GROSSO DO SUL (2009-2019)

TEMAS TRANSVERSAIS

Dal Moro, Odirlei Fernando¹.
UEMS;
Puntel, Gerusa Cella².
UEMS;
Arcie, Mahara Baggio³
UEMS;
da Silva, Alesandro Ramos⁴
UEMS;
da Silva, Bruna Pereira Alves.⁵
UEMS;
Azevedo, Laís Fernanda⁶
UEMS.

RESUMO

A saúde, além um serviço necessário, é uma importante atividade econômica, envolvendo uma cadeia produtiva significativa e capaz de gerar empregos e renda. Porém, a forma de distribuição dos profissionais nem sempre ocorre de forma a atender as demandas das regiões. O objetivo deste artigo é analisar a especialização e a concentração do emprego na área de saúde no Mato Grosso do Sul nos anos 2009 e 2019. Em termos específicos e metodológicos utilizou-se o Quociente Locacional (QL), Coeficiente de Redistribuição (CR), Coeficiente de Localização (CL) e Participação Relativa do Emprego (PR), sendo a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), fornecida pelo Ministério do Trabalho e Emprego a principal fonte dos dados. O estudo justifica-se porque não há publicações utilizando os mencionados métodos para o referido setor e ao Mato Grosso do Sul na fase 2009-2019. Além de ser um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU (terceiro) trata-se de um serviço que sempre será demandado e envolve uma cadeia produtiva, de suprimentos, empregos e renda significativa. Os resultados encontrados mostram houve um avanço no número de empregos em todas as microrregiões, mas com maior destaque em Campo Grande, Dourados e Três Lagoas, denotando que tal serviço ainda precisa ser melhor disseminado no interior do estado.

Palavras Chave: Economia da Saúde; Desenvolvimento Regional; Economia do Trabalho.

¹ odirlei.moro@ufms.br, <https://orcid.org/0000-0002-8877-4769>

² gcellapf@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-0468-4211>.

³ mahara9702@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5017-4565>

⁴ Alesandroramos@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5489-5298>

⁵ brubsb99@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-7221-6877> bolsista produtividades CAPES.

⁶ lais.silva@uems.br, <https://orcid.org/0000-0002-3746-2765>.

ABSTRACT

Health, in addition to a necessary service, is an important economic activity, involving a significant production chain capable of generating jobs and income. However, the form of distribution of professionals does not always occur in order to meet the demands of the regions. The objective of this article is to analyze the specialization and concentration of employment in the health area in Mato Grosso do Sul in the years 2009 and 2019. In specific and methodological terms, the Location Quotient (QL), Redistribution Coefficient (CR), Location Coefficient (CL) and Relative Employment Participation (PR), with the Annual Report of Social Information (RAIS), provided by the Ministry of Labor and Employment the main source of data. The study is justified because there are no publications using the mentioned methods for that sector and Mato Grosso do Sul in the 2009-2019 phase. In addition to being one of the UN's Sustainable Development Goals (SDGs) (third) it is a service that will always be demanded and involves a production chain, supplies, jobs and significant income. The results found show that there was an advance in the number of jobs in all micro-regions, but with greater prominence in Campo Grande, Dourados and Três Lagoas, denoting that such service still needs to be better disseminated in the interior of the state.

Keywords: Health Economics; Regional development; Labor Economics.

1. Introdução

O Brasil é um país socialmente desigual e caracterizado por concentrações setoriais, regionais e de renda, incluso a má distribuição dos serviços de saúde. Assume-se aqui que a ampliação de tais atividades e sua disseminação nas regiões menos desenvolvidas são condições necessárias, mas não suficientes ao enfrentamento das disparidades existentes entre as regiões brasileiras (Azevedo et al, 2016).

Em tal contexto, o Sistema Único de Saúde – SUS é um arcabouço institucional relevante para corrigir as desigualdades regionais, cabendo destacar que seu surgimento, em 1988, possui um importante acontecimento anterior: a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 (Albuquerque et al, 2017; Cohn, 2008; Escorel, Nascimento & Edler 2005). Por ter como característica a universalidade, a igualdade de acesso e a integralidade no atendimento, o SUS atinge localidades que dificilmente seriam atendidas caso dependessem exclusivamente da iniciativa privada (Santos, 2009; Santos, Manzano & Krein, 2021). Diante da necessidade de expansão do referido modelo, Aguiar (2015) expõe sobre a relevância do Programa Saúde da Família (PSF), qualificado como um segundo passo à expansão do atendimento público e responsável pelo aprimoramento da prevenção, estendendo os trabalhos para fora das estruturas físicas dos hospitais e postos de atendimento.

Com base em Silva & Machado (2009) e Reis et al (2016), nenhum país do mundo com população superior a 200 milhões de habitantes possui um arcabouço de atendimento universal como o Brasil, por meio do SUS. Quaisquer tentativas nesta direção e, principalmente, em países com disparidades econômicas e sociais profundas como o Brasil, naturalmente, não são fáceis de serem implementadas. Exposto de outro modo, mesmo com todos estes relevantes esforços, a interiorização da saúde no Brasil ainda precisa ser aprofundada, inclusive em Mato Grosso do Sul, foco deste trabalho.

Como uma tentativa recente de interiorização do atendimento via ampliação do serviço prestado destaca-se o programa “Mais Médicos” do governo federal. O mesmo foi lançado em 2013 e objetivou a contratação de profissionais médicos para atender, em particular, as regiões necessitadas do Brasil. Tal proposta foi relevante, mas não suficiente para reduzir os problemas estruturais que caracterizam a má distribuição de profissionais de saúde no Brasil. A resolução para tal questão ainda necessita respostas, mesmo que algumas propostas pareçam contribuir como: (i) abertura de cursos universitários públicos em saúde nas regiões pobres, o que necessita de maior participação do poder público; (ii) serviço médico obrigatório por igual tempo de formatura aos acadêmicos de cursos ligados à saúde; e, (iii) estímulos financeiros e/ou educacionais à fixação de profissionais em regiões que demandem (Maciel Filho, 2007).

Isto posto, existem inúmeras formas de analisar o desenvolvimento regional. Uma delas refere-se a Economia da Saúde que envolve estudos sobre a oferta dos serviços de saúde, sendo o número de empregos diretos uma variável relevante de análise. É nesta direção e aplicado ao estado de Mato Grosso do Sul que se assentam as intenções deste trabalho, dentro de uma hipótese de que a má distribuição de profissionais de saúde no Brasil também se aplica ao caso sul-mato-grossense.

Defronte da contextualização oferecida, o objetivo deste artigo é analisar a especialização e a concentração do emprego na área de saúde no Mato Grosso do Sul na fase 2009-2019. Em termos específicos, além de um estudo panorâmico do setor no Brasil, buscou-se metodologicamente calcular o Quociente Locacional (QL), o Coeficiente de Redistribuição (CR), o Coeficiente Localização (CL) e a Participação Relativa do Emprego (PR) do setor.

O estudo considerou as 11 microrregiões de Mato Grosso do Sul e o segmento de saúde em 7 áreas principais, por serem as responsáveis pelos empregos diretos. As 11 microrregiões de Mato Grosso do Sul são: Alto Taquari, Aquidauana, Baixo Pantanal, Bodoquena, Campo Grande, Cassilândia, Dourados, Iguatemi, Nova Andradina, Paranaíba e Três Lagoas. Já as áreas da saúde são: Regulação das atividades de saúde, educação, serviços culturais e outros serviços sociais; Atividades direcionadas ao atendimento hospitalar; Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos; Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica; Atividades de Atenção à Saúde Humana Não Especificadas Anteriormente⁷; Atividades de Assistência Psicossocial e Saúde a Portadores de Distúrbios Psíquico, Deficiência Mental e Dependência Química; e, Atividades de Assistência Social Prestadas em Residências Coletivas e Particulares. Os dados foram coletados da Relação Anual de Informações Sociais – RAIS, originados do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE, 2021).

Buscou-se comparar os anos de 2009 e 2019 por dois motivos principais: são anos em que não ocorreram choques econômicos significativos, tal como os anos de 2010 e 2020. Em 2010, a economia brasileira obteve um expressivo crescimento de 7,5%. Já 2020 é caracterizado pela pandemia da COVID-19, tendo impactado negativamente a atividade econômica (IBGE, 2021). Por isso, buscou-se analisar comparativamente os anos imediatamente anteriores aos que antecederam estes dois anos atípicos.

O presente estudo justifica-se porque está alinhado aos 17 objetivos de desenvolvimento sustentável da ONU, principalmente o terceiro: “saúde e bem-estar” (Organização das Nações Unidas – ONU, 2021). Ademais, saúde é um serviço que sempre

⁷ Envolve as atividades de parteiras, curandeiros e serviços de apoio às mulheres nos ciclos de gravidez e amamentação, tal como as “Doulas”, reconhecidas como assistentes de parto e acompanhamento das gestantes, antes e após o mesmo.

será demandado pela humanidade, é capaz de gerar empregos de maior valor agregado, sejam diretos ou indiretos, além de envolver uma grande cadeia de suprimentos e há uma necessidade de estudar tal tema ao Mato Grosso do Sul, particularmente por não haver trabalhos que analisem o período 2009-2019 com os métodos aqui empregados. Por último, é importante declarar que investimentos no setor de saúde são necessários para contribuir na diminuição dos desequilíbrios regionais.

Para atingir os objetivos propostos, este artigo está dividido em 3 seções, além desta introdução e das considerações finais. Na primeira seção será exposto um breve panorama da saúde no Brasil com vistas a compreender: (i) o histórico no Brasil, singularmente sobre a relevância da criação do Sistema Único de Saúde – SUS; (ii) as dificuldades e tentativas de interiorização; e, (iii) elencar algumas propostas de outros pesquisadores com vistas a mitigar o problema da má distribuição dos serviços no país. Na segunda seção será apresentado os materiais e métodos, no caso o Quociente Locacional (QL), Coeficiente de Redistribuição, Coeficiente de Localização e Participação Relativa do Emprego. Por fim, na terceira seção, serão apresentados os resultados da pesquisa.

2. Panorama da Saúde no Brasil

O entendimento de que saúde e desenvolvimento estão relacionados ganhou maior relevância a partir dos governos Getúlio Vargas, nos anos 1940, e de Juscelino Kubitschek, nos anos 1950. Contudo, foi a partir dos anos 1990 que publicações de médicos e intelectuais acerca das relações entre saúde e os aspectos econômicos, políticos e sociais passaram a ser recorrentes. Na vertente desenvolvimentista, a saúde se afigura como uma das áreas essenciais a serem planejadas e implementadas, tanto pela necessidade de abordagem e planejamento regional da saúde, quanto pelas fronteiras epidemiológicas que não se limitam a delimitações políticas e institucionais (Gadelha, 2007).

Ao analisar o caso brasileiro é relevante mencionar a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem como um dos marcos a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 (Escorel; Nascimento; Edler, 2005). De caráter universalista, O SUS é uma forma de fazer cumprir o que determina a Constituição Federal de 1988, especificamente em seu artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado...”, ou seja, não é classificada meramente como “serviços a serem prestados” (Presidência da República, 2021).

Tal modelo de saúde pública é baseado em três fundamentos: universalidade, igualdade de acesso e integralidade no atendimento e representou uma relevante conquista a coletividade, obtendo maior abrangência social a partir do Programa Saúde da Família, ainda que contrariedades de ordem política e econômica dificultem sua expansão (Aguiar, 2015). Albuquerque et al (2017) e Albuquerque e Cassiolato (2002) afirmam que o SUS foi primordial no processo de interiorização dos atendimentos de saúde pública, embora desafios inevitavelmente existam. Tais dificuldades, por vezes, estão relacionadas a escassez de recursos humanos especializados, de equipamentos para realização de procedimentos de média e alta complexidade e, por último, a distância entre os municípios e os centros de referência (Aguiar, 2015).

Especificamente, em relação ao emprego no setor de saúde, uma das contribuições antigas e relevantes foi do médico sanitariano Nicolau Girardi que analisou o quadro panorâmico do emprego em saúde no Brasil na fase 1976-1984 (Girardi, 1986). Ao analisar as taxas de crescimento e participação no mercado de trabalho brasileiro, comparando os

trabalhadores de saúde de nível superior, médio e os de formação elementar, concluiu que os empregos no referido setor cresceram entre 1976 e 1982. Expansão ocorrida mesmo diante da crise econômica do início dos anos 1980. Além disso, houve um aumento de participação do setor público, representando percentual superior a 50% dos postos de trabalho, em 1982.

Ao se considerar a dinâmica do período 1980/2005, observa-se: (i) uma queda dos empregos públicos federais, de 122,5 mil para 105,7 mil no período; (ii) uma expansão nos estados, de 96,4 mil para 345,9 mil; e, (iii) uma expansão nos municípios, de 47,0 mil para 997,1 mil. Importante acrescentar que neste mesmo período houve um expressivo aumento do número de municípios pequenos no Brasil, por vezes incapazes de oferecer adequadamente o serviço. Em 2005, cerca da metade deles tinham até 10 mil habitantes (Campos, Machado & Girardi, 2009; Pierantoni et al, 2008).

É perceptível que dificuldades em prover assistência de saúde em regiões periféricas são persistentes, independente do sistema político, econômico ou nível de riqueza das nações. Campos, Machado e Girardi (2009, p. 14), afirmam: “os médicos costumam se concentrar nas cidades maiores deixando desassistidas as cidades pequenas, as áreas rurais, as comunidades remotas e as regiões pobres das grandes cidades”. Acrescentam também que a carência no atendimento da saúde é normalmente acompanhada de outras como insegurança pública, educacional e alimentar, o que preconiza a existência de uma relação direta entre avanço da saúde com o social.

Esforços de interiorização do atendimento de saúde a partir do setor público são necessários e antecedem a criação do SUS. Sobre isso, Maciel Filho (2007) expõe as tentativas de disseminação dos atendimentos de saúde no Brasil: (i) Projeto Rondon e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), ambos durante o Regime Militar pós 1964; e, (ii) o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), referente ao período pós redemocratização de 1985. Tais programas, aliado a outros fatores como a criação do SUS levaram o poder público a ser o gerador majoritário de empregos no setor de saúde, sendo os municípios os maiores responsáveis por tais ofertas (Campos, Machado & Girardi, 2009).

Defronte a tais reveses, Barer e Wood (1997) indicam quatro caminhos possíveis para reter profissionais de saúde em localidades necessitadas: a livre ação das forças de mercado, medidas regulatórias ou administrativas, projetos educacionais e estímulos financeiros. Ao adentrar em cada um dos itens mencionados, os mais relevantes são: a criação de cursos universitários em saúde nas regiões pobres; a implementação da telemedicina; e, incentivos econômicos para acadêmicos que atuem em regiões remotas pelo mesmo tempo da formação.

Um caso específico de análise e capaz de proporcionar reflexões ao caso brasileiro é dos Estados Unidos em que há oferta de estímulos aos estudantes como bolsas, auxílios, materiais e moradia para estudantes em troca da prestação de serviço por igual tempo em localidades carentes, bem como programas de refinanciamento de dívidas estudantis (Maciel Filho, 2007). Entretanto, ao analisar o caso brasileiro tais medidas podem ser implementadas, mas são insuficientes para resolver a essência das dificuldades, notadamente de natureza estrutural.

Maciel Filho (2007) procurou identificar os fatores principais da distribuição e fixação de médicos nas regiões brasileiras, apontando políticas públicas aplicáveis. Para o autor, até os anos 1960, o pequeno número de profissionais de saúde no Brasil estava associado, em boa parte, ao baixo número de Universidades com cursos na área e concentrados nas regiões Sul e Sudeste. Entre 1963 e 1983, foram criadas 20 novas escolas médicas e com o surgimento do SUS, em 1988, o programa de Saúde da Família e, recentemente, uma

expansão da política universitária, tem-se um maior número de médicos formados, ainda que a má distribuição dos profissionais seja recorrente.

Aliado a estes programas, há que se considerar o processo de urbanização do período que invariavelmente facilitou o atendimento das pessoas. De qualquer forma, a não fixação de profissionais de saúde em regiões pobres é comum, sendo que incentivos associados a incremento salarial perdem força a partir de determinado valor, pois o ganho já é elevado. Exposto de outro modo, a dificuldade de fixação de profissionais não pode ser dissociada das complicações inerentes a estrutura de trabalho e ao fraco desempenho econômico regional.

Maciel Filho (2007) analisa programas ou tentativas de interiorização dos atendimentos de saúde no México, Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Peru, República Dominicana e Brasil. Diante do estudo, observa-se que ampliar o quantitativo de médicos formados, bem como de outros profissionais em saúde é uma medida necessária, mas não suficiente para ampliar o atendimento nas regiões pobres, isto porque, a tendência do profissional recém-formado em medicina é preferir por outras localidades consideradas como melhores.

Portanto, a dificuldade de universalização do sistema de saúde está associada a três fatores: irregularidade entre a oferta de profissionais nas regiões e municípios e, conseqüentemente, desigualdade na distribuição dos atendimentos de saúde, além de uma concentração da oferta de cursos em saúde nas regiões prósperas. Outrossim, a análise das experiências em países latino-americanos para interiorizar o atendimento de saúde ainda carecerem de projetos estruturantes.

Medidas como serviço médico obrigatório para os recém-formados durante certo tempo, incentivos financeiros, definição de um plano de carreira, centralização da contratação de profissionais no governo federal e grade curricular articulada com a medicina comunitária, ainda que interessantes não internalizam o serviço de saúde adequadamente às regiões pobres (Maciel Filho, 2007). Em tal sentido, além das medidas mencionadas, a reorientação de criação novos cursos universitários em saúde e nas regiões menos favorecidas contribuiriam para uma melhor distribuição geográfica dos profissionais.

Albuquerque *et.al* (2017) destaca que a melhoria do atendimento de saúde, que depende de equipamentos para exames de média e alta complexidade, está diretamente associado ao patamar de riqueza das regiões. Para o caso brasileiro, as desigualdades são observáveis tanto entre regiões quanto entre cidades do mesmo estado, ou seja, há uma concentração dos atendimentos e equipamentos nas capitais, grandes e médias cidades e, eventualmente, em alguns polos regionais, sendo esta uma característica ainda marcante do SUS. Tal aglomeração, por sua vez, obriga o deslocamento de pacientes para realização de exames, por exemplo.

Todavia, esta concentração é compreensível até dado ponto, visto que a utilização dos equipamentos precisa de escala, o que não é possível e economicamente factível em cada município. Tal ideia é aparentemente viável em cada microrregião, sujeitos as características de cada localidade, especialmente no que se refere a distância e facilidade dos deslocamentos, levando a concluir que a concentração de profissionais em regiões ricas está relacionada ao acesso de equipamentos para exames de média e alta complexidade. Além disso, vale ressaltar que aspectos inerentes a melhoria da distribuição de renda, expansão econômica e ampliação da escolaridade são fundamentais para mitigar os problemas associados a falta de atendimento da saúde. Logo, propõe-se que o aumento do atendimento de saúde em regiões pobres passa, necessariamente, pela articulação de um amplo projeto de desenvolvimento regional (Albuquerque *et.al*, 2017).

Até o momento, algumas conclusões prévias são relevantes e possíveis. Primeiro, a interiorização de profissionais de saúde depende fortemente do setor público por meio do Sistema Único de Saúde – SUS. Segundo, há claramente uma dificuldade em estimular profissionais de saúde a ocuparem funções no interior do país, seja pela estrutura de atendimento, qualidade de vida e/ou distanciamento dos grandes centros. Terceiro, não há uma forma única capaz de estimular a interiorização dos serviços de saúde, configurando uma elevada complexidade ao tema. Por ora, projetos como criação de novos cursos de saúde em regiões pobres, como Medicina e Enfermagem; estímulos a produção e a expansão econômica regional; e, a telemedicina possam ser caminhos capazes de viabilizar a melhoria do atendimento.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

A utilização conjunta de indicadores como Quociente Locacional (QL), Coeficiente de Redistribuição (CR), Coeficiente de Localização (CL) e Participação Relativa do Emprego (PR) são recorrentes em trabalhos acadêmicos. Sobre eles, Haddad (1989) oferece uma análise formal e pormenorizada.

Tais métodos permitem analisar a dinâmica da localização do emprego dado o setor pesquisado, sendo as contribuições de Mattei e Mattei (2017) e Bernardo e Farinha (2019) exemplos a respeito. O primeiro trabalho estuda as atividades econômicas na região sul do Brasil, indicando as especializações marcantes de cada estado, analisando vários setores econômicos dentro de uma mesma região geográfica. Já Bernardo e Farinha (2019) concentraram suas análises no emprego do setor de turismo em Mato Grosso do Sul, ou seja, focam em apenas um setor econômico e uma região específica, o que permite melhor detalhamento dos dados.

Nesta pesquisa, o foco será a espacialização e a concentração de emprego no setor de saúde em Mato Grosso do Sul, com uma seção de corte para os anos de 2009 e 2019. Os dados foram obtidos da RAIS - Relação Anual de Informações Sociais (MTE, 2021). Foram extraídos dados de cada atividade elencada na Classificação Nacional de Atividades Econômicas, versão 2.0 (CNAE 2.0).⁸ As atividades selecionadas e relacionadas diretamente com o setor de saúde foram:

- Regulação das atividades de saúde, educação, serviços culturais e outros serviços sociais.
- Atividades direcionadas ao atendimento hospitalar.
- Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos.
- Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica.
- Atividades de Atenção à Saúde Humana Não Especificadas Anteriormente.
- Atividades de Assistência Psicossocial e Saúde a Portadores de Distúrbios Psíquico, Deficiência Mental e Dependência Química.
- Atividades de Assistência Social Prestadas em Residências Coletivas e Particulares.

Da base de dados da RAIS extraiu-se: (i) o somatório de empregos nas atividades elencadas por municípios; (ii) total de empregos de todas as atividades no Estado de Mato

⁸ Classificação Nacional de Atividades Econômicas, versão 2.0, definida pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) através da Resolução 01/2006 publicada no Diário Oficial em 05/09/2006. Ver Governo do Brasil (2021).

Grosso do Sul; e, (iii) o total de empregos, tanto dos municípios quanto para o Estado. Por último, tais dados foram organizados por microrregião. No caso de Mato Grosso do Sul são 11: Alto Taquari, Aquidauana, Baixo Pantanal, Bodoquena, Campo Grande, Cassilândia, Dourados, Iguatemi, Nova Andradina, Paranaíba e Três Lagoas (MTE, 2021).

Com o intuito de possibilitar a atualização da concentração de emprego em saúde no Mato Grosso do Sul, os cálculos dos indicadores foram iniciados a partir do Quociente Locacional (QL) é expresso na equação (1) (Haddad, 1989).

Quociente Locacional (QL).

$$QL = \frac{E_{ij}/E_j}{E_i/E} \quad (1)$$

Na equação (1) tem-se que:

- E_{ij} é a quantidade de empregos do setor de saúde no município j .
- E_i é a quantidade total de empregos do setor de saúde na região de referência, no caso o estado de Mato Grosso do Sul.
- E_j é a quantidade total de empregos no município j .
- Por fim, a variável E representa a quantidade total de empregos em Mato Grosso do Sul.

Em relação a interpretação tem-se que quanto mais elevado for o QL, maior é a concentração de empregos naquele determinado setor e na região em questão. Quando, por exemplo, o QL for nulo, isto significa que a região em questão não gera empregos no segmento.

A segunda medida abordada foi o coeficiente de redistribuição (CR), encontrado a partir dos padrões de concentração do recorte temporal da pesquisa. Dessa maneira, o coeficiente utiliza dois períodos (2009 e 2019), relativos ao percentual de empregos na área da saúde no estado de Mato Grosso do Sul (equação 2):

Equação 2 - Coeficiente de Redistribuição (CR).

$$CRed = \sum_j \left[\left(\frac{E_{ij}^{t_1}}{\sum_j E_{ij}} \right) \left(\frac{E_{ij}^{t_0}}{\sum_j E_{ij}} \right) \right] / 2 \quad (2)$$

Sendo que:

- E_{ij}^{tx} , refere-se aos empregos do setor da saúde no município j , atinentes aos anos 0 e 1 (em tal caso, tx da expressão E_{ij}^{tx} alude a t_0 (2009) e t_1 (2019), ou seja, os numeradores da equação 2).
- $\sum_j E_{ij}$ aborda o total de emprego em saúde no Mato Grosso do Sul.

O Coeficiente de Redistribuição (Cred) avalia a mudança no grau de concentração espacial de um setor entre dois períodos de tempo. Nesse sentido, visa apontar a existência de algum padrão de concentração ou dispersão espacial ao longo do tempo. Cred próximos a 0 (zero) indicam redistribuição baixa, enquanto com valores próximos a 1 (um) indicam redistribuição alta.

Em sequência, está o Coeficiente de Localização (CL), expresso na equação (3).

Equação 3 – Coeficiente de Localização (CL).

$$CL = \sum_j \left| \left(\frac{E_{ij}}{\sum_j E_{ij}} \right) - \left(\frac{E_i}{E} \right) \right| / 2 \quad (3)$$

No tocante a interpretação deste coeficiente, temos que se $CL = 0$ o setor i estará distribuído regionalmente da mesma forma que o conjunto de todos os setores, enquanto se $CL = 1$, o setor i apresentará um padrão de concentração regional mais intenso que o conjunto de todos os setores.

Por fim, calculou-se também a Participação Relativa do Emprego (PR) (equação 4), que corresponde a participação relativa do emprego na área da saúde no Mato Grosso do Sul.

Equação 4 – Participação Relativa do Emprego.

$$PR = \Sigma_j E_{ij} / Et \quad (4)$$

Em que:

- Et corresponde ao emprego total na área da saúde no Mato Grosso do Sul.

Quanto maior o valor de PR, mais elevado é a participação relacionada ao emprego no setor da saúde em Mato Grosso do Sul, quando comparado a região de referência, no caso o somatório de empregos geral no Mato Grosso do Sul.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Análise descritiva

Nesta subseção, será analisado o número total de empregos em saúde por microrregião do estado, nos anos de 2009 e 2019 objetivando estabelecer comparações com o número total de empregos. Embora a saúde seja responsável por empregos em diversos segmentos, grande parte deles são indiretos como farmacêuticos, motoristas, vigias, secretárias, etc. De acordo o MTE (2021), especificamente os dados da RAIS (CNAE 2.0 Seção), o setor de saúde gera empregos diretos em 7 áreas, sendo elas:

- Área 1: Regulação das Atividades de Saúde, Educação, Serviços Culturais e Outros Serviços Sociais.
- Área 2: Atendimento Hospitalar.
- Área 3: Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos.
- Área 4: Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica.
- Área 5: Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente.
- Área 6: Assistência Psicossocial e de Saúde para Portadores de Distúrbios Psíquicos, Deficiência Mental e Dependência Química.
- Área 7: Assistência Social Prestadas em Residências Coletivas e Particulares.

Para o ano de 2009 em Mato Grosso do Sul, o Atendimento Hospitalar (área 2) foi o que gerou a maior quantidade de empregos, ao totalizar 8.704 ocupações. Destas, 5.056 (58,1%) eram na microrregião de Campo Grande e 1.631(18,7%) em Dourados (Tabela 1), ou seja, as duas microrregiões mencionadas concentraram 76,8% dos empregos diretos em saúde em 2009 no estado. A segunda de maior destaque foi a área 5 (Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente), com 3.790 ocupações, das quais 3.410 (90%) se localizavam em Campo Grande.

Em relação as demais, observa-se que na área 1, “Regulação das Atividades de Saúde, Educação, Serviços Culturais e Outros Serviços Sociais”, todos os empregos gerados em 2009 estavam concentrados na microrregião de Campo Grande, justificável por ser na capital o local apropriado para tais funções. A área 3 (Atenção Ambulatorial Executadas por

Médicos e Odontólogos) possui uma dispersão nas microrregiões, principalmente por estar associado a atendimentos básicos de saúde. Realidade também associada a área 4 (Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica).

Em relação a área 6 (Assistência Psicossocial e de Saúde para Portadores de Distúrbios Psíquicos, Deficiência Mental e Dependência Química), verifica-se uma concentração na microrregião de Campo Grande, sendo Nova Andradina a única microrregião com profissionais fora da capital. Por último, tem-se a área 7, “Assistência Social Prestadas em Residências Coletivas e Particulares”, com apenas 65 profissionais no estado e com grande parte concentrados em Campo Grande (44,6%) e Dourados (24,6%) (Tabela 1).

Tabela 1: Número de empregos nas microrregiões de Mato Grosso do Sul: Áreas de Saúde (2009)

Microrregiões	Área 1	Área 2	Área 3	Área 4	Área 5	Área 6	Área 7	Total das Áreas na Microrregião (A)	Total da Microrregião (B)	Participação da Saúde nos empregos (A/B)
Alto Taquari	0	197	47	7	24	0	8	283	20.282	1,4%
Aquidauana	0	296	17	13	22	0	0	348	11.574	3,0%
Baixo Pantanal	0	311	103	65	29	0	0	508	19.071	2,7%
Bodoquena	0	186	24	14	0	0	3	227	12.176	1,9%
Campo Grande	72	5.056	1.218	856	3.410	79	29	10.720	252.153	4,3%
Cassilândia	0	112	21	15	2	0	4	154	11.472	1,3%
Dourados	0	1.631	355	322	236	0	16	2.560	92.922	2,8%
Iguatemi	0	105	47	27	1	0	5	185	33.942	0,5%
Nova Andradina	0	116	48	22	16	4	0	206	18.601	1,1%
Paranaíba	0	222	51	28	3	0	0	304	13.982	2,2%
Três Lagoas	0	472	154	37	47	0	0	710	37.332	1,9%
Total	72	8.704	2.085	1.406	3.790	83	65	16.205	523.507	3,1%

Fonte: Elaborado pelos autores com base em MTE (2021).

Já para o ano de 2019, o destaque continuou sendo o Atendimento Hospitalar, com 18.662 empregos, seguido da área 5 (Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente), com 4.854 empregos, e da área 3 (Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos), com 4.761 empregos (Tabela 2). A área 1 permaneceu concentrada em Campo Grande, porém com alguns profissionais distribuídos nas microrregiões de Cassilândia, Dourados e Três Lagoas. Na área 4 (Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica) os empregos ficaram relativamente bem distribuídos, sendo esta uma realidade parecida com a área 7 (Assistência Social Prestadas em Residências Coletivas e Particulares). Na área 6 (Assistência Psicossocial e de Saúde para Portadores de Distúrbios Psíquicos, Deficiência Mental e Dependência Química) observou-se uma maior distribuição em 2019, quando comparado a 2009 (Tabela 2).

Tabela 2: Número de empregos nas microrregiões de Mato Grosso do Sul em Saúde (2019)

Microrregiões	Área 1	Área 2	Área 3	Área 4	Área 5	Área 6	Área 7	Total das Áreas na Microrregião (A)	Total da Microrregião (B)	Participação da Saúde nos empregos (A/B)
Alto Taquari	0	332	123	37	11	0	10	513	27.433	1,9%

Aquidauana	0	297	68	19	92	0	16	492	14.829	3,3%
Baixo Pantanal	0	510	135	133	127	1	62	968	23.376	4,1%
Bodoquena	0	103	44	39	4	0	0	190	17.448	1,1%
Campo Grande	79	8.229	2.738	1.685	3.683	31	61	16.506	294.954	5,6%
Cassilândia	10	175	98	63	2	9	19	376	20.952	1,8%
Dourados	4	7.202	809	851	350	11	15	9.242	128.888	7,2%
Iguatemi	0	214	173	104	22	0	17	530	42.269	1,3%
Nova Andradina	0	456	151	46	10	3	2	668	21.785	3,1%
Paranaíba	0	309	107	95	58	50	1	620	20.287	3,1%
Três Lagoas	2	835	315	179	495	0	0	1.826	52.525	3,5%
Total	95	18.662	4.761	3.251	4.854	105	203	31.931	664.746	4,8%

Fonte: Elaborado pelos autores com base em MTE (2021).

Comparando-se os dados para os anos de 2009 e 2019, no Mato Grosso do Sul os empregos formais em saúde registraram aumento em todas as microrregiões, exceto na microrregião do Bodoquena: em 2009 registrava 227 empregos, em 2019 caiu para 190 (Tabelas 1 e 2). Merece destaque ainda o fato de que as outras microrregiões registraram acréscimo, em sua maioria dobrando o número de empregos, e no caso da microrregião de Nova Andradina a evolução registrada foi ainda maior, passando de 206 empregos para, em 2019, um total de 668, ou seja, superior ao triplo do registrado em 2009.

A microrregião de Dourados passou de 2.560 empregos, em 2009, para 9.242, em 2019, representando a maior variação em números absolutos em relação as demais microrregiões. Exposto de outro modo, um acréscimo de 6.682 novos empregos formais nos segmentos abrangidos neste estudo, contra um total de 5.786 empregos gerados pela microrregião de Campo Grande, a segunda maior em geração de empregos na saúde (Tabelas 1 e 2).

Além disso, chama a atenção a microrregião de Paranaíba, que passou a ser destaque na área 6: Assistência Psicossocial e de Saúde para Portadores de Distúrbios Psíquicos, Deficiência Mental e Dependência Química. Em 2009, tal microrregião não registrou qualquer emprego na área 6. Porém, em 2019, o número de empregos saltou para 50, o maior de todas as microrregiões do estado, talvez justificado pela presença do hospital psiquiátrico no município de mesmo nome da microrregião. Considerando-se todos os segmentos, observa-se que o Mato Grosso do Sul em 2009 gerava 523.507 empregos diretos no setor de saúde. Em 2019, este número chegou a 664.746 empregos (Tabelas 1 e 2).

4.2 Análise do Quociente Locacional (QL)

Nesta subseção, apresenta-se os valores do Quociente Locacional, para as atividades de saúde, considerando as onze microrregiões de Mato Grosso do Sul e para os anos 2009 e 2019. Para melhor compreensão da dinâmica dos empregos será feita uma análise de cada segmento destacando-se os maiores quocientes. Existem alguns casos em que o QL é nulo, o que significa dizer que na microrregião de referência não há nenhum emprego gerado naquele segmento específico (Tabela 3).

Tabela 3: Quociente locacional nas microrregiões de Mato Grosso do Sul: Áreas de Saúde (2009-2019)

Microrregiões	Área 1		Área 2		Área 3		Área 4		Área 5		Área 6		Área 7	
	2009	2019	2009	2019	2009	2019	2009	2019	2009	2019	2009	2019	2009	2019

Alto Taquari	0,00	0,00	0,43	0,58	0,63	0,58	0,28	0,13	0,05	0,16	0,00	0,00	1,19	3,18
Aquidauana	0,00	0,00	0,71	1,54	0,64	0,37	0,26	0,42	0,85	0,26	0,00	0,00	3,53	0,00
Baixo Pantanal	0,00	0,00	0,78	0,98	0,81	1,36	1,16	1,27	0,74	0,21	0,27	0,00	8,69	0,00
Bodoquena	0,00	0,00	0,21	0,92	0,35	0,49	0,46	0,43	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	1,98
Campo Grande	1,87	2,08	0,99	1,21	1,30	1,21	1,17	1,26	1,71	1,87	0,67	1,98	0,68	0,93
Cassilândia	3,34	0,00	0,30	0,59	0,65	0,46	0,61	0,49	0,01	0,02	2,72	0,00	2,97	2,81
Dourados	0,22	0,00	1,99	1,06	0,88	0,96	1,35	1,29	0,37	0,35	0,54	0,00	0,38	1,39
Iguatemi	0,00	0,00	0,18	0,19	0,57	0,35	0,50	0,30	0,07	0,00	0,00	0,00	1,32	1,19
Nova Andradina	0,00	0,00	0,75	0,38	0,97	0,65	0,43	0,44	0,06	0,12	0,87	1,36	0,30	0,00
Paranaíba	0,00	0,00	0,54	0,95	0,74	0,92	0,96	0,75	0,39	0,03	15,60	0,00	0,16	0,00
Três Lagoas	0,27	0,00	0,57	0,76	0,84	1,04	0,70	0,37	1,29	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: Elaborado pelos autores com base em MTE (2021).

Para a área 1 (Regulação das Atividades de Saúde, Educação, Serviços Culturais e Outros Serviços Sociais), a microrregião de Cassilândia passou a ter destaque em 2019, diferentemente de 2009, quando Campo Grande possuía o protagonismo. Já para a área 2 (Atendimento Hospitalar), a relevância em 2009 e 2019 ficaram, respectivamente, com Dourados e Campo Grande.

Em relação a área 3 (Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos), observou-se uma concentração na microrregião de Campo Grande. Na área 4 (Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica), Dourados foi o maior destaque nos dois períodos. Na área 5 (Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente) Campo Grande foi destaque nos dois períodos. Na área 6 (Assistência Psicossocial e de Saúde para Portadores de Distúrbios Psíquicos, Deficiência Mental e Dependência Química) Paranaíba passou em 2019 a ser o maior destaque.

De modo geral, observa-se que o Atendimento Hospitalar (área 2), claramente se concentram em Dourados e Campo Grande, até justificável pelo maior número de habitantes em relação ao interior e talvez justificável pela presença dos cursos de Medicina, principalmente da UFGD (em Dourados) e da UFMS e UEMS (Ambos em Campo Grande). Juntamente a área 2 Atendimento Hospitalar, sugere-se que naturalmente a área 3 (Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos) é complementar. A exceção se faz a área 6 (Assistência Psicossocial e de Saúde para Portadores de Distúrbios Psíquicos, Deficiência Mental e Dependência Química), na qual a região de Paranaíba é destaque no estado, tanto pelo QL quanto em números absolutos.

4.3 Análise do Coeficiente de Redistribuição

O próximo indicador a ser analisado é o coeficiente de redistribuição para cada setor econômico ligado a saúde do Estado de Mato Grosso do Sul entre 2009 e 2019 (Tabela 4). De acordo com Haddad (1989), o Coeficiente de Redistribuição relaciona a distribuição percentual do emprego num mesmo setor econômico em dois períodos de tempo e examina se há algum padrão de concentração ou dispersão espacial ao longo do período estudado. Lima et al. (2006) mostra que o Coeficiente de Redistribuição com valores próximos a zero indica que houve mudanças significativas no padrão espacial de localização para aquela atividade. Do contrário, aqueles com valores próximos um indicam uma redistribuição significativa.

Tabela 4: Coeficiente de Redistribuição de Mato Grosso do Sul em de Saúde (2009-2019)

Setor Econômico	Coefficiente de Redistribuição
Regulação das Atividades de Saúde, Educação, Serviços Culturais e Outros Serviços Sociais	0,000784
Atividades de Atendimento Hospitalar	0,33049
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos	0,085281
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica	0,056829
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente	0,022772
Atividades de Assistência Psicossocial e à Saúde a Portadores de Distúrbios Psíquicos, Deficiência Mental e Dependência Química	0,000867
Atividades de Assistência Social Prestadas em Residências Coletivas e Particulares	0,004712

Fonte: Elaborado pelos autores com base em MTE (2021).

Assim sendo, da análise dos coeficientes de redistribuição apontados na Tabela 4 observa-se que nos setores econômicos ora analisados, cujos valores estão muito próximo de 0, indica que não houve mudança no padrão espacial de localização das atividades entre os anos 2009 e 2009 no Estado de Mato Grosso do Sul, embora ao se observar as Tabelas 1 e 2 observa-se o acréscimo de aproximadamente 10.000 (dez mil) empregos na Área 2, atendimento hospitalar, de acordo com a metodologia utilizada esse acréscimo não foi suficiente para indicar uma redistribuição significativa, dado que o CRed para esse setor foi de 0,33049.

4.4 Análise do Coeficiente de localização (CL)

A seguir, tem-se a Tabela 5, que mostra o coeficiente de localização para os setores econômicos listados abaixo nos anos 2009 e 2019. Haddad (1989) elucida, que tal medida é utilizada para determinar padrões de concentração das regiões em determinadas atividades.

Tabela 5: Coeficiente de Localização de Mato Grosso do Sul: Áreas de Saúde (2009-2019)

Setores econômicos	2019	2009
Regulação das Atividades de Saúde, Educação, Serviços Culturais e Outros Serviços Sociais	0,504463	0,519994
Atividades de Atendimento Hospitalar	2,714462	2,497914
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos	0,766871	0,70476
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica	0,636414	0,64151
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente	0,942824	1,452189
Atividades de Assistência Psicossocial e à Saúde a Portadores de Distúrbios Psíquicos, Deficiência Mental e Dependência Química	0,498356	0,517927
Atividades de Assistência Social Prestadas em Residências Coletivas e Particulares	0,47918	0,497994

Fonte: Elaborado pelos autores com base em MTE (2021).

Em análise à Tabela 5, verifica-se que existe concentração de empregos formal nas Atividades de Atendimento Hospitalar nos anos 2009 e 2019. Registre-se ainda que em ambas as fases estudadas apresentou estabilidade na concentração de empregos nas atividades

analisadas, com exceção para “Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente” que apresentou ligeira queda na concentração do emprego em 2019, em comparação com 2009.

4.5 Participação relativa do emprego

Por fim, tem-se a Tabela 6 com a participação relativa do emprego, dos setores econômicos estudados em relação aos empregos totais registrados no Estado de Mato Grosso do Sul, nos anos 2019 e 2009. Observa-se que no cômputo geral dos empregos no estado de Mato Grosso do Sul, a soma dos setores analisado correspondia em 2009, a cerca de 3%, passando a ordem de 4,8% em 2019, com efetivo destaque à participação do setor de atendimento hospitalar que registrou crescimento em participação de empregos formais em ordem superior a 1% em 2019 em relação a 2009, totalizando de 2,8% dos empregos no estado.

Tabela 6: Participação relativa do emprego em Saúde (2009-2019)

Setor Econômico	2019	2009
Regulação das Atividades de Saúde, Educação, Serviços Culturais e Outros Serviços Sociais	0,0143%	0,0138%
Atividades de Atendimento Hospitalar	2,8074%	1,6626%
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos	0,7162%	0,3983%
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica	0,4891%	0,2686%
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente	0,7302%	0,7240%
Atividades de Assistência Psicossocial e à Saúde a Portadores de Distúrbios Psíquicos, Deficiência Mental e Dependência Química	0,0158%	0,0159%
Atividades de Assistência Social Prestadas em Residências Coletivas e Particulares	0,0305%	0,0124%
Total	4,8035%	3,0955%

Fonte: Elaborado pelos autores com base em MTE (2021).

Também vale destacar aqui a ampliação dos setores, atividades de atenção ambulatorial executadas por médicos e odontólogos e atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica, que tiveram suas participações relativas no emprego majoradas de 0,3983% para 0,7162% e de 0,2686 para 0,4891% respectivamente (Tabela 6).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo procurou analisar a concentração do emprego na saúde em Mato Grosso do Sul nos anos 2009 e 2019. Para tal, utilizou-se o Quociente Locacional (QL), o Coeficiente de Redistribuição (CR), o Coeficiente Localização (CL) e a Participação Relativa do Emprego (PR). Foram consideradas 7 segmentos que geram empregos diretos e nas 11 microrregiões do estado.

De modo conclusivo, observou-se uma melhoria no número de empregos diretos em Mato Grosso do Sul na fase 2009-2019, saindo de 16.205, em 2009, para 31.931, em 2019,

representando uma variação percentual de 97% no período. Com exceção da microrregião da Bodoquena (227 empregos para 190), todas as demais microrregiões tiveram expansão no número de profissionais da saúde, na fase 2009-2019. Dos 15.726 empregos gerados no período analisado, 6.682 (42,5%) foram na microrregião de Dourados, 5.786 (36,8%) na microrregião de Campo Grande e 1.116 na microrregião de Três Lagoas, coincidentemente os três municípios com maior Produto Interno Bruto do estado e os únicos com cursos públicos de medicina (UFGD em Dourados, UFMS em Três Lagoas e UFMS e UEMS em Campo Grande).

Diante disso, sugere-se que houve uma concentração dos empregos nos três municípios supracitados e que políticas públicas precisam ser implementadas à disseminação da assistência em outras microrregiões. Em termos específicos, com base no Quociente Locacional foi possível verificar que Campo Grande, em 2019, é a microrregião com maior especialização em praticamente todas as 7 áreas, com exceção da Assistência Psicossocial e de Saúde para Portadores de Distúrbios Psíquicos, Deficiência Mental e Dependência Química, no qual Paranaíba é o destaque.

Frente aos dados expostos neste trabalho, o estado de Mato Grosso do Sul parece representar o mesmo que ocorre no Brasil; a concentração dos serviços de saúde na capital e cidades maiores, ainda que avanços rumo a descentralização tenham ocorridos. Há, no entanto, que se reconhecer que mudanças estruturais demandam organização, tempo para executar e ultrapassam gerações.

Logo, políticas públicas se fazem necessárias à disseminação dos atendimentos de saúde no interior de Mato Grosso do Sul. Aparentemente, os polos regionais de saúde e a abertura de novos cursos de medicina e/ou enfermagem, por exemplo, e em cidades estratégicas contribuiriam ao espraiamento dos serviços devendo-se haver uma consideração em torno das potencialidades econômicas e a localização geográfica.

No que diz respeito aos atendimentos, observa-se que o enfrentamento destas dificuldades depende da inovação, sendo a telemedicina um projeto possível e relevante, em principal naqueles casos mais simples e em regiões distantes dos grandes centros. Porém, a ampliação da assistência no interior do Brasil dependerá de inúmeras outras práticas articuladas entre si. Por último, é importante destacar a relevância da continuidade do setor público no oferecimento de saúde, sendo a atuação do SUS na pandemia da COVID-19 apenas um entre os inúmeros exemplos que justificam sua continuidade e aprofundamento.

Este trabalho possui limitações, singularmente em relação ao método, o qual pode ser melhorado, por exemplo, por meio da Análise Exploratória de Dados Espaciais (AEDE) e utilizando os municípios como região de análise, não as microrregiões. De todo modo, o trabalho contribui para o esclarecimento de questões sobre a saúde pública, sua necessidade de interiorização, bem como à tomada de decisão de políticas públicas. Ademais, cabe acrescentar que o estado de Mato Grosso do Sul repete a mesma dificuldade nacional: concentração de atendimentos de saúde em poucas regiões.

Como sugestões para futuras pesquisas recomenda-se análises pormenorizadas, ou seja, escolher uma microrregião específica ou município e utilizar como método de pesquisa formulários de entrevista. Com isso, provavelmente se obterá resultados específicos a realidade local.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, R. (2005). SUS baseado em conhecimento: informação para tomadores de decisão: glossário.
- Albuquerque, E. D. M., & Cassiolato, J. E. (2002). As especificidades do sistema de inovação do setor saúde. *Revista de Economia Política*, 22(4), 88.
- Albuquerque, M. V. D., Viana, A. L. D. Á., Lima, L. D. D., Ferreira, M. P., Fusaro, E. R., & Iozzi, F. L. (2017). *Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1055-1064.
- Azevedo, P. F. D., Almeida, S. F., Ito, N. C., Boarati, V., Moron, C. R., & Inhasz, W. (2016). A cadeia de saúde suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas. *São Paulo: Insper-Centro de Estudos em Negócios*.
- Barer, M. L., & Wood, L. (1997). *Common problems, different solutions: learning from international approaches to improving medical services access for underserved populations. Dalhousie LJ*, 20, 321.
- Bernardo, L. V. M., & Farinha, M. J. U. S. (2019). *Análise do emprego turístico de Mato Grosso do Sul com o uso de medidas locacionais-2006 a 2013. Interações (Campo Grande)*, 20, 679-690.
- Campos, F. E., Machado, M. H., & Girardi, S. N. (2009). *A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades*.
- Cohn, A. (2008). Políticas de saúde e reforma sanitária hoje: delimitações e possibilidades.
- Escorel, S., Nascimento, D. R. D., & Edler, F. C. (2005). As origens da reforma sanitária e do SUS. In *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS* (pp. 59-81).
- Gadelha, C. A. G. (2007). Desenvolvimento e saúde: em busca de uma nova utopia.
- Girardi, S. N. (1986). *O perfil do "emprego" em saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública*, 2, 423-439.
- Governo do Brasil. Diário Oficial da União (DOU). Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br>>. Acesso em 13. Nov. 2021.
- HADDAD, P. R. Medidas de localização e de especialização. In: HADDAD, P. R. et al. (Org.). *Economia regional: teorias e métodos de análise*. Fortaleza: BNB-ETENE, 1989.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema de Contas Nacionais Trimestrais. <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9300-contas-nacionais-trimestrais.html?=&t=resultados>>. Acesso em 05. Nov, 2021.
- Lima, J. F. D., Alves, L. R., Pereira, S. M., Souza, E. C. D., Joner, P. R., Camargo, A. D., ... & Andrade, P. E. P. D. (2006). O uso das terras no sul do Brasil: uma análise a partir de indicadores de localização. *Revista de Economia e Sociologia Rural*, 44, 677-694.
- Maciel Filho, R. (2007). *Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Mattei, T. F., & Mattei, T. S. (2017). *Métodos de Análise Regional: um estudo de localização e especialização para a Região Sul do Brasil. Revista Paranaense de Desenvolvimento*, 38(133), 227-243.
- MTE - Ministério do Trabalho e Emprego. Relação Anual de Informações Sociais – RAIS. Disponível em: <https://bi.mte.gov.br/bgcaged/caged_rais_estabelecimento_id/login.php>. Acesso em: ago. 2021.
- Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 14. Nov. 2021.



V SIMPÓSIO SUL-MATO-GROSSENSE DE ADMINISTRAÇÃO

PASSE NO RH: CARREIRA PROFISSIONAL
E MERCADO DE TRABALHO



ISSN 2675-4185

Pierantoni, C. R., Varella, T. C., Santos, M. R. D., França, T., & Garcia, A. C. (2008). *Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS*. *Physis: revista de saúde Coletiva*, 18, 685-704.

Reis, A. A. C. D., Sóter, A. P. M., Furtado, L. A. C., & Pereira, S. S. D. S. (2016). Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde em Debate*, 40, 122-135.

Santos, I. S. (2009). *O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada* (Doctoral dissertation).

Santos, A. L., Manzano, M., & Krein, A. (2021). Heterogeneidade da distribuição dos profissionais de saúde no Brasil e a pandemia Covid-19. *Cadernos do Desenvolvimento*, 16(28), 197-219.

Silva, M. C. N. D., & Machado, M. H. (2019). Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 07-13.

Organização das Nações Unidas – ONU. Objetivos de desenvolvimento sustentável. Disponível em <<https://brasil.un.org/>>. Acesso em 15. Nov, 2021.