

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE  
JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS POLÍTICAS E JURÍDICAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

GUSTAVO TAVARES CORTE

**TAXA DE OCUPAÇÃO E O ACESSO À SAÚDE NO  
BRASIL: ANÁLISE DA PESQUISA NACIONAL DE  
SAÚDE 2019**

RIO DE JANEIRO

2021

Gustavo Tavares Corte

**TAXA DE OCUPAÇÃO E O ACESSO À SAÚDE NO BRASIL:  
ANÁLISE DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2019**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Administração Pública da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Administração Pública.

Orientador: José Carlos Buzanello

RIO DE JANEIRO

2021

Gustavo Tavares Corte

## TAXA DE OCUPAÇÃO E O ACESSO À SAÚDE NO BRASIL: ANÁLISE DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2019

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Administração Pública da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Administração Pública.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. José Carlos Buzanello (orientador)

---

Prof. Dr. Ana Luiza Lopes (membro interno)  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

---

Prof. Dr. José Geraldo Barbosa (membro interno)  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Dedico a presente pesquisa à minha avó Cecilia.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço à minha mãe, Simone, ao meu irmão, Felipe, ao meu pai, Gildeon e à minha vó, Maria. Sabemos que o caminho não foi fácil, mas chegamos até aqui. Agradeço também a todos os demais familiares que me apoiaram de alguma maneira durante esse percurso e, principalmente, à minha tia Karla que me acolheu no Rio de Janeiro, tornando possível o sonho de realizar o ensino superior. A presente pesquisa só está sendo desenvolvida por conta de todo o suporte e receptividade dela.

Agradeço também à Beatriz Valentim, minha parceira de universidade e de vida. O caminho percorrido até aqui foi muito mais leve e mais belo ao seu lado.

Agradeço ao Guilherme Pacheco, Pedro Menegatti, Daniel Baba, Fred Manso, Rafael Favacho e Gabriel Serra, por toda a parceria desde o ensino médio. Agradeço também aos amigos de universidade, Guilherme, Maria Luiza, Luis, Thayná, Matheus's, Lucas, Marco, entre outros que ajudaram a tornar a graduação mais completa e me receberam no Rio com enorme receptividade.

Agradeço também a todos professores que tive ao longo da vida, os quais foram essenciais para o meu desenvolvimento no âmbito acadêmico, profissional e, principalmente, humano.

Por fim, agradeço à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Sinto que sai um ser humano muito mais completo e com visão de mundo extremamente mais ampla do que aquele entrou.

Plano de Saúde de pobre é não ficar doente.

Criolo.

## RESUMO

O Sistema de Saúde do Brasil é considerado um dos mais amplos e complexos do mundo. Apesar de prestação do serviço de saúde ser majoritariamente pública, o setor privado apresenta forte representatividade e organização, por meio de Saúde Suplementar. O presente trabalho possui como objetivo a análise sobre como se relacionam o emprego e o sistema de saúde privado, uma vez que, por ser privado, é excludente, além de mapear e sintetizar a prestação de saúde no Brasil, no que tange aos sistemas públicos e privados. Por meio da análise descritiva-exploratória de dados secundários, evidenciou-se a interdisciplinaridade da Administração Pública uma vez que os resultados realçaram a forte relação entre o nível de emprego e o acesso à Saúde Suplementar, sendo aquele um fator decisivo na inclusão desse. Dessa forma, espera-se contribuir com o debate e o arcabouço teórico, a respeito da relevância da multidisciplinaridade no contexto de Políticas Públicas bem como a respeito das inequidades em saúde.

**Palavras-chave:** Saúde, Saúde Suplementar, Economia, Emprego, Benefícios.

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
1.1 Relevância e Importância do Tema.....	9
1.2 Delimitação do Tema.....	10
1.3 Objetivos.....	10
1.3.1 Objetivo Geral.....	10
1.3.2 Objetivos Específicos.....	10
1.4 Estrutura da Pesquisa.....	11
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>12</b>
2.1 Sistema Único de Saúde.....	12
2.2 Benefício Social, Emprego e Plano de Saúde .....	13
2.3 PNAD e PNS.....	15
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>23</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>31</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 RELEVÂNCIA E IMPORTÂNCIA DO TEMA

A saúde suplementar é o ramo da atividade que envolve a operação de planos e seguros privados de assistência médica à saúde, regulada e fiscalizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e é composta por operadoras, profissionais e beneficiários. O sistema suplementar de saúde brasileiro é um dos maiores sistemas privados de saúde do mundo (CNI, 2021).

A rede suplementar possui grande relevância em solo nacional, tanto no que tange ao número de beneficiários e profissionais atuantes – em 2020, eram mais de 47,6 milhões de beneficiários e 3,4 milhões de profissionais envolvidos na cadeia suplementar, quanto no que se refere às movimentações financeiras. O setor apresenta faturamento anual de aproximadamente R\$ 240 bilhões, desembolsa mais de R\$ 170 bilhões em despesas médico-hospitalares, e paga aproximadamente R\$ 5 bilhões em tributos e encargos sociais, segundo as informações publicadas no site da ANS.

Os planos de saúde possuem três modalidades de contratação, sendo elas, Individual, Coletivo por Adesão e Coletivo Empresarial. Conforme dados de junho de 2021, publicados no site da ANS, 68,3% dos planos existentes no Brasil são Coletivos Empresariais, isso é, estão estritamente vinculados ao mercado de trabalho. É importante destacar que, de acordo com a pesquisa IESS 2015, 74% das pessoas que não tem acesso aos planos de saúde justificam a não adesão pelo alto preço, sendo que 34% deixaram de ter acesso aos planos por conta do alto preço. Por fim, 54% das pessoas deixaram de ter acesso no momento em que saíram da empresa em que trabalhavam, uma vez que essa era a responsável pelo financiamento do plano.

Outro aspecto interessante de se observar é a relevância que os cidadãos brasileiros conferem ao seguro saúde, de acordo com o IESS, esse é o terceiro item mais desejado pelos brasileiros, ficando atrás apenas da Educação e de Moradia. Ademais, 74% entre aqueles que não possuem plano gostariam de tê-lo, muito em função da qualidade e da segurança percebida e 95% das pessoas consideram o benefício do plano de saúde como essencial em uma oferta de emprego, em consonância com a percepção de Gheno e Berlitz (2011) na qual a oferta do benefício é vista como facilitadora no processo de atração de candidatos.

Portanto, pode-se considerar que o emprego formal está relacionado ao acesso à saúde privada, uma vez que é a principal forma de contratação dos planos de saúde. Por outro lado, o emprego suporta a operação atual da saúde suplementar no Brasil, a qual representa um dos pilares do Sistema de Saúde Nacional. Frente ao exposto, em um contexto de interdisciplinaridade da Administração Pública, se faz necessário estudar a relação entre estes dois segmentos: Emprego e Saúde Suplementar.

## 1.2 DELIMITAÇÃO DO TEMA

A presente pesquisa possui como delimitação de análise o sistema de saúde suplementar, não se atendo as demais modalidades de prestação privada e pública. Tendo em vista a necessidade de restrição para análise da relação de emprego com o acesso contínuo a saúde privada, presente exclusivamente na modalidade suplementar.

A análise se restringe as informações referentes ao ano de 2019, sendo os dados primários oriundos do IBGE, por meio da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) publicadas em 2020. Cabe ressaltar que as definições de ocupação de trabalho terão como base os indicadores de ocupação conforme adotada pelo IBGE, de forma a garantir a padronização da análise.

E por fim, cabe salientar, que a análise se atém a todo o território nacional com o detalhamento pelas Unidades da Federação.

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 Objetivo Geral

A presente pesquisa tem por objetivo geral analisar a relação entre a taxa de ocupação da população e o acesso a Saúde Suplementar nacional.

### 1.3.2 Objetivo Específico

Enquanto objetivo específico, a presente pesquisa busca:

- a) Apresentar as características do setor de saúde suplementar e sua utilização como benefício social ofertado pelo empregador;
- b) Contextualizar os resultados da PNAD e PNS anteriores com base na referência literária;
- c) Verificar se há correlação entre a ocupação populacional – e seus segmentos, e a quantidade de beneficiários presentes na Saúde Suplementar por Unidades da Federação.

#### 1.4. ESTRUTURA DA PESQUISA

No próximo capítulo da presente pesquisa será apresentada a Revisão da Literatura, seguida pela Metodologia. Na sequência, os Resultados estão expostos e, por fim, as Considerações Finais são apresentadas.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O sistema de saúde vigente no Brasil tem por base a Carta Magna de 1988, a qual, em seu art. 196, afirma que 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 sua promoção, proteção e recuperação. Cabe ao Estado, ainda, dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

Conforme expresso ao final do art. 197, a execução da prestação de saúde pode ser realizada tanto pelo próprio Estado como também por entidades privadas. É com base neste contexto que Pietrobon, Prado e Caetano, (2008) afirmam que o sistema de saúde do Brasil é segmentado em dois subsistemas: o público e o privado, sendo o subsistema público representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o qual é financiado por meio de tributos e apresenta característica universal, isto é, está disponível e acessível a todas as pessoas em território nacional.

Por sua vez, o subsistema privado é representado pela saúde suplementar e pelo sistema liberal. Este segundo modelo apresenta menor relevância frente à Saúde Suplementar, e é prestado de forma autônoma, em uma relação direta entre médico e paciente. A Saúde Suplementar, por outro lado, é prestada de forma organizada por meio de planos e seguros de saúde, de forma duplicada à prestação pública, e divide-se em dois segmentos, os planos privados, sob regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e financiamento majoritariamente privado, apesar de receber subsídios públicos, conforme problematizado por Santos (2008) e os planos vinculados à instituição patronal de assistência aos servidores públicos, sem regulação pública, de acordo com Albuquerque (2008).

A rege do poder público se faz presente no setor privado por meio da ANS, criada no ano 2000 por meio da lei nº 9.961, vinculada ao Ministério da Saúde, e que tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e

consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País (BRASIL, 2000).

Conforme determina ANS, por meio da atualização da Resolução Normativa nº 432/2017, existem três formas de contratação de planos de saúde, são eles: Individual, Coletivo por Adesão e Coletivo Empresarial. Nos planos individuais, o beneficiário entra em contato diretamente com a operadora de saúde para realizar a contratação, já o Coletivo por Adesão é contratado mediante associações profissionais ou sindicais, geralmente utilizando corretoras como intermediário, e, por fim, o Coletivo Empresarial que exige vínculo empregatício ou estatutário com a pessoa jurídica contratante do plano.

## 2.2 BENEFÍCIO SOCIAL, EMPREGO E PLANO DE SAÚDE

Chiavenato (1998) apud Turcatto (2010), define os benefícios sociais como vantagens ofertadas pelas empresas, as quais incorrem em pagamento, monetário ou não, adicional ao salário, sendo dedicado totalmente ou a alguma parcela de seus colaboradores. Normalmente, estão embutidos em algum pacote de benefícios, sendo este integrado à remuneração pessoal. Esses benefícios e serviços são variados e no geral apresentam facilidade e vantagens aos colaboradores.

Ainda conforme Turcatto (2010, p. 1)

o pacote da remuneração mensal recompensa o trabalhador pelos serviços prestados, mas tem também como objetivo tornar a vida do mesmo mais tranquila. Para facilitar a sua vida e de seus familiares, existem os benefícios e serviços sociais oferecidos pela empresa, que se não fossem concedidos teriam que ser comprados com o salário recebido.

O autor conclui que além do salário mensal – compensação direta pelo serviço, existem os pagamentos indiretos, conhecidos como benefícios. Hoje em dia, uma parcela da remuneração dos empregados é representada pelos benefícios e serviços sociais oferecidos a eles (TURCATTO, 2010).

Tais benefícios sociais, de acordo com Chiavenato (1999), são categorizados em espontâneos ou legais. Como o termo sugere, os benefícios legais são aqueles exigidos pela legislação trabalhista, bem como por convenções sindicais e tem como principais exemplos as férias remuneradas, vale-transporte, horas extras e auxílio doença. Já os benefícios espontâneos, são aqueles ofertados de maneira discricionária pela empresa, tais como a assistência médica,

seguro de vida, vale-refeição, bonificações, entre outros, conforme apontado em Westin (2002), apud Turcatto (2010).

Ainda sob a ótica empresarial, a literatura, de forma geral, versa sobre a influência dos benefícios sociais na competitividade e, até mesmo, na lucratividade das empresas ofertantes. Segundo Turcatto (2010), o estabelecimento de estratégias que encantem e retenha os empregados, sendo uma delas, a oferta de benefícios sociais, se faz importante em função do elevado nível de competitividade entre as empresas no que tange a busca por profissionais.

De forma geral, levanta Chiavenato (2003), os benefícios, quando ofertados, trazem as seguintes vantagens para as empresas: Eleva o moral dos empregados; Reduz a rotatividade e o absenteísmo; Eleva a lealdade do empregado para com a empresa; Aumenta o bem-estar do empregado; Facilita o recrutamento e retenção de pessoal – tal como sinalizado por Turcatto; Aumenta a produtividade e reduz o custo unitário do trabalho; Reduz distúrbios e queixas; Promove relações públicas com a comunidade; entre outros.

Dos benefícios, um em especial, a assistência médica, está associado à satisfação do empregado. Sendo essa assistência responsável por trazer segurança ao colaborador, tendo em vista que, em caso de necessidade, onde naturalmente o colaborador se sentiria mais fragilizado, um plano médico-hospitalar ajuda a proporcionar a sensação de conforto e segurança (COSTA, 2017).

A demanda sobre o acesso aos planos de saúde por parte dos cidadãos brasileiros é destacada em diversas pesquisas, sendo natural este acesso figurar entre os três principais itens desejados pelas pessoas em pesquisas mercadológicas, tais como a do IESS (2015). Por outro lado, o alto preço cobrado é o principal impeditivo para a não contratação dos planos, conforme apontado na pesquisa IESS (2015), onde 78% das pessoas destacam que não possuem o seguro por não possuir condições financeiras para tal.

Em função da inviabilidade de contratação pessoal dos planos, as organizações privadas passaram a enxergar a oferta deste benefício como oportunidade na contratação e retenção de empregados, o que ajuda a explicar o motivo da assistência médica-odontológica ser um dos principais benefícios sociais apresentados em propostas trabalhistas, conforme Westin (2002).

Cabe ressaltar que diversos estudos demonstram como o investimento em benefícios sociais, entre eles, a saúde, resultam em melhora na produtividade e eficiência interna da empresa. Conforme apurou Bertagnolli (2006), o investimento em benefícios voltados para a saúde do funcionário tem enorme influência nas finanças corporativas de cada empresa, sendo que para cada R\$ 1.000,00 investidos nesta categoria específica, há um retorno de R\$ 416,00 em receitas líquidas e R\$ 488,00 em resultado operacional.

O exposto qualitativo ajuda a assimilar os motivos pelos quais a relação entre emprego e planos de saúde, no que tange à proporção de planos empresariais, é histórica e evidente, conforme apontada por Bahia (2006) e atualizada em Malta (2017). Como expresso anteriormente, dois terços da base de clientes do setor suplementar advêm dos planos empresariais, evidenciando a dependência do setor na oferta do plano de saúde como benefício trabalhista.

Frente ao exposto, fica explícito o benefício gerado ao longo da cadeia em função da relação existente entre ofertas de emprego e planos de saúde. O cidadão sai beneficiado por possuir o apoio da rede suplementar, a empresa contratante apresenta ganhos operacionais e financeiros e aumenta os níveis de retenção, e, por fim, o próprio setor suplementar é viabilizado.

### 2.3. PNAD e PNS

Com o intuito de produzir informações que subsidiem políticas públicas que visem o desenvolvimento socioeconômico do país, o IBGE realizava originalmente a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de forma anual. A PNAD, que teve origem em 1967, foi substituída em 2015 pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD Contínua), que apresenta periodicidade trimestral e já era realizada desde 2012 a nível nacional.

A PNAD Contínua pesquisa diversos segmentos, entre eles: Habitação, Educação, Força de Trabalho, Renda, Trabalho de Crianças e Adolescentes. Em seu início, a PNAD abordava informações a respeito da Saúde Nacional, porém, devido a relevância e complexidade própria ao tema, o IBGE passou a realizar pesquisa própria para este segmento, a Pesquisa Nacional de Saúde. De acordo com o próprio IBGE, a PNS visa coletar informações sobre o desempenho do sistema nacional de saúde no que se refere ao acesso e uso dos serviços disponíveis e à

continuidade dos cuidados, bem como sobre as condições de saúde da população, a vigilância de doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco a elas associados.

Devido as mudanças na nomenclatura da pesquisa pública que abrange o setor de saúde, em determinados momentos as informações expostas irão se referir à PNAD ou PNAD Contínua e, em outros momentos, à PNS. A partir das divulgações das pesquisas, sejam elas a PNAD ou a PNS, diversos artigos são realizados, sendo que alguns analisam o setor de saúde suplementar nacional e sua relação com os níveis e tipos de ocupação ao longo dos anos.

No que tange aos resultados relacionados à Saúde na PNAD de 1998, conforme expresso em Bahia (2002), a cobertura dos planos de saúde era de 38,8 milhões de pessoas, ou, 24,5% da população total, sendo que 75% dos vínculos eram oriundos de planos privados e os 25% restantes, ou 9,7 milhões de pessoas, associados aos planos de assistência ao servidor público.

Cabe ressaltar que Bahia (2002) realiza uma adaptação para a análise dos planos, o que acaba por diferir da classificação expressa pela ANS e comentada anteriormente nesta pesquisa. Para análise dos resultados da PNAD foi definido que:

As demandas por planos e seguros de saúde foram desagregadas segundo a origem institucional e o financiamento das coberturas em cinco categorias:

- 1) Sem plano de saúde.
- 2) Planos individuais, definidos pelas condições do pagamento do contrato de cobertura ser efetuado pelo titular, por outro morador do domicílio ou por pessoa não moradora do domicílio diretamente ao plano.
- 3) Planos empresariais públicos, classificados a partir da condição na ocupação ativa ou inativa do titular, que tenha declarado estar coberto por plano de instituição de funcionário público cujo vínculo ativo ou emprego anterior seja no setor público, nas esferas estadual ou municipal ou para os servidores militares nas mesmas condições.
- 4) Planos empresariais privados, determinados pela conjugação das condições do pagamento do contrato de cobertura ser efetuado pelo titular ou somente pelo empregador, através do emprego atual ou do anterior e da condição de atividade no setor público na esfera federal dos servidores civis e dos empregados no setor privado.
- 5) Planos de dependentes com titulares fora do domicílio, definidos pelas condições do pagamento do contrato ser efetuada por pessoa não moradora da unidade domiciliar. BAHIA (2006, p. 4)

Outra característica que Bahia (2002) destaca é que, já em 1998, os planos empresariais – financiados pelo empregador, de forma total ou parcial, predominavam entre as formas de contratação, sendo responsáveis por 60% dos planos ativos, contra 40% de planos individuais.

Em relação à renda dos beneficiários, Bahia (2002) evidencia que as pessoas cobertas por planos individuais são aquelas que estão na maior faixa de renda (68%), já para os planos

empresariais privados, o percentual é de 52% e o empresarial público é de 47%. Os planos individuais, por sua vez, concentram os segmentos de maior escolaridade.

No que tange à geografia dos beneficiários, Bahia (2002) afirma que os planos empresariais privados e individuais estão concentrados na região sudeste, com aproximadamente 65% do total, enquanto os planos públicos estão dispersos entre regiões. Outro fator de relevante destaque é que as regiões metropolitanas concentram 47% dos beneficiários de saúde, apesar de concentrar apenas 30% da população nacional.

Já em relação à classificação dos planos, nesse primeiro momento, especificamente sobre os planos individuais, Bahia (2002) mostra que existem diversas covariáveis que se relacionam de maneira robusta com a posse ou não deste tipo de plano. Entre elas, estão a renda família per capita, anos de estudo, tamanho da família e idade. Existem também correlações com sexo, ocupação e região, mas estes são menos explicativos que as categorias citadas anteriormente, de tal forma que a autora resume “pode-se dizer que renda e escolaridade são os principais fatores para aquisição de plano de saúde individual. Idade, sexo, localização (região e área) e tamanho da família têm importância residual”.

Bahia (2006) atualiza a aprofunda a análise sobre o sistema nacional de saúde com base na PNAD 2003. De acordo com a atualização da pesquisa, 24,6% da população tem acesso ao plano de saúde, totalizando 43,2 milhões de pessoas, indicando a inclusão de 4,4 milhões de pessoas frente à expectativa de 1998, mas um aumento percentual de apenas 0,1%. Destes 43,2 milhões, 79,0% são vinculados aos planos empresariais privados, e 9 milhões estão vinculados aos planos empresariais públicos, voltados à assistência dos servidores públicos e militares. Bahia (2006) sintetiza que as condições básicas dos planos se mantiveram praticamente inalteradas. A principal variação, ainda de acordo com a autora, se deu em relação a origem do financiamento dos planos, enquanto em 1998, 60% dos titulares estavam vinculados à planos empresariais e em 2003 esta proporção cai para 50,1%.

No que se refere ao acesso aos planos de saúde via vínculo empregatício, Bahia (2006) destaca que o “perfil de distribuição entre os planos cujas demandas estão diretamente relacionadas com a inserção dos titulares no mercado de trabalho e com o pagamento direto do plano às empresas que os comercializam é análogo ao de 1998”.

A autora resume as alterações encontradas nos perfis de acesso aos planos de saúde com a imagem abaixo:

**Tabela 1**

Distribuição dos indivíduos segundo plano de saúde e tipo a partir das PNAD's de 1998 e 2003 – Brasil.

Plano de saúde e tipo a partir da PNAD	PNAD 1998		PNAD 2003		Variação 1998-2003
	N	%	N	%	
<b>Indivíduos sem plano de saúde</b>	<b>119.497.410</b>	<b>75,5</b>	<b>132.771.852</b>	<b>75,4</b>	<b>11,1%</b>
<b>Indivíduos com plano de saúde</b>	<b>38.680.669</b>	<b>24,5</b>	<b>43.215.760</b>	<b>24,6</b>	<b>11,7%</b>
Plano de saúde individual	11.537.790	29,8	14.076.949	32,6	22,0%
Plano empresarial público	6.591.518	17,0	6.316.550	14,6	-4,2%
Plano empresarial privado	16.095.546	41,6	17.519.247	40,5	8,8%
Dependentes com titular fora do domicílio	2.491.729	6,4	3.417.423	7,9	37,2%
Não classificados	1.964.086	5,1	1.885.591	4,4	-4,0%
<b>População estimada segundo a PNAD</b>	<b>158.178.079</b>	<b>100,0</b>	<b>175.987.612</b>	<b>100,0</b>	<b>11,3%</b>

Nota: as percentagens dos tipos de planos de saúde se referem ao total de indivíduos com plano.

Fonte: Bahia (2006)

A autora ainda identifica a manutenção da estratificação demográfica no que se refere ao acesso aos planos. Conforme destaca, a região sudeste manteve a maior cobertura de planos, com 32,9% do total, seguida pelas regiões Sul, com 27,9% e Centro-Oeste, com 24,7%, apesar da distribuição da amostra ser heterogênea entre as regiões. Outro importante achado é que nas regiões mais favorecidas economicamente, a Sudeste e a Sul, há a prevalência dos planos empresariais privados, com 14,8% do total e os planos individuais, com 11,1% na região Sudeste e na região Sul, respectivamente, 10,6% e 8,9%. De forma contrastante, as regiões Nordeste apresenta cobertura de apenas 3,9% para planos individuais e 3,8% para planos empresariais privados.

Em relação aos resultados obtidos na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, a qual coletou informações válidas de 205.000 moradores, Malta (2017) busca atualizar o entendimento das características sociodemográficas sobre o acesso aos planos de saúde, descrevendo, principalmente a cobertura dos planos de acordo com as estratificações entre regiões urbanas ou rurais, grandes regiões, unidades da federação e capitais, além da distinção por faixa etária, sexo, nível de instrução, posição na força de trabalho, etnia e, por fim, o estado de saúde percebido por cada indivíduo.

Além das estratificações citadas, a autora, de modo complementar, descreve a forma de financiamento dos planos, observando a representatividade de pessoas cujo plano é pago pelo empregador, de pessoas que pagam pelo próprio plano, por meio do emprego atual ou anterior, e a representatividade de pessoas que pagam diretamente pelo plano.

Em relação as características sociodemográficas, Malta (2017) afirma que 27,9% (56 milhões de pessoas) dos entrevistados afirmaram ter algum plano de saúde, sem diferença pertinente em relação à sexo. Apresentando, portanto, aumento de 3,3 pontos percentuais, ou 12,8 milhões, em relação aos dados obtidos na PNAD 2003.

Outra importante observação em Malta (2017) é a que se refere a segmentação dos beneficiários em função da posição na força de trabalho. Tal segmentação apresenta forte distinção entre as categorias, sendo que 32,5% dos que se encontram na categoria Ocupados, detêm plano de saúde, enquanto apenas 16,3% dos Desocupados e 24,7% dos que estão Fora da Força de Trabalho são cobertos por planos de saúde.

Ainda de acordo com Malta (2017), a maioria dos beneficiários estão vinculados a planos coletivos, conforme apontado também na PNAD 2008 e nos dados da ANS. Em 2014, 33,7 milhões de beneficiários faziam parte dos planos coletivos empresariais e 6,7 milhões dos coletivos por adesão, totalizando aproximadamente 40 milhões beneficiários, representando por volta de 75% de todo o mercado de saúde suplementar. A autora relembra que grande parte dos planos coletivos são patrocinados por empresas e, por consequência, são referentes à população inserida no mercado de trabalho.

Malta (2017) diz que o aumento da oferta dos planos coletivos pode ter relação com a legislação do setor. Tal legislação limita os valores máximos a serem reajustados nos planos individuais, não sendo a recíproca verdadeira para os planos coletivos, e, em função disso, os planos coletivos passaram a ser mais competitivos e atrativos, além de garantir um grande número de beneficiários às operadoras e seguradoras por contrato, uma vez que boa parte da sua composição está relacionada a empresas. Além do ganho de escala observado na negociação, a população destes planos, geralmente, está em idade produtiva, sendo, portanto, mais jovem e com menor risco de adoecimento, trazendo menores riscos às seguradoras.

Sobre as mudanças regionais apresentadas na PNS 2013, Malta (2017) destaca que as diferenças entre populações urbana e rural, bem como entre Unidades da Federação são

extremamente relevantes. Há, assim como observado em Bahia (2006), concentração de beneficiários no Sudeste e Sul do país, sendo, possivelmente, consequência da maior concentração de empregos e riqueza nestas regiões do país. Malta (2017) destaca ainda o relevante crescimento na região Centro-Oeste do país, que teve aumento de 24% em sua cobertura, saindo de 24,5% em 2008 para 30,4% em 2013.

Ou seja, na prática, a não inclusão ao mercado de trabalho dificulta a entrada das pessoas na rede de saúde suplementar, em até quatro vezes, conforme Malta (2017). Os dados apresentados até o momento corroboram que o desemprego é provavelmente o principal fator que leva à exclusão social (GIATTI, 2006).

E, apesar desta afirmação, Giatti (2006) conclui que, no Brasil, raramente a situação entre emprego e o desemprego é utilizada nas análises e estudos acerca das iniquidades em saúde. Conforme observado, e, em consonância com Giatti, os textos que abordam as questões da saúde em relação à PNAD ou a PNS não a relacionam em profundidade com o nível de emprego regional.

### 3 METODOLOGIA

De forma geral, a presente pesquisa possui abordagem quantitativa, a qual, “deve ser utilizada para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, por exemplo, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis.” (MINAYO, SANCHES, 1993).

Trata-se de uma pesquisa descritiva, uma vez que tem por “objetivo primordial a descrição das características de determina população ou fenômeno, ou, então, o estabelecimento de relação entre as variáveis.” (GIL, 2002, p. 42).

Quanto a coleta de dados, utiliza-se de dados secundários, obtidos por meio da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), ambas realizadas em 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

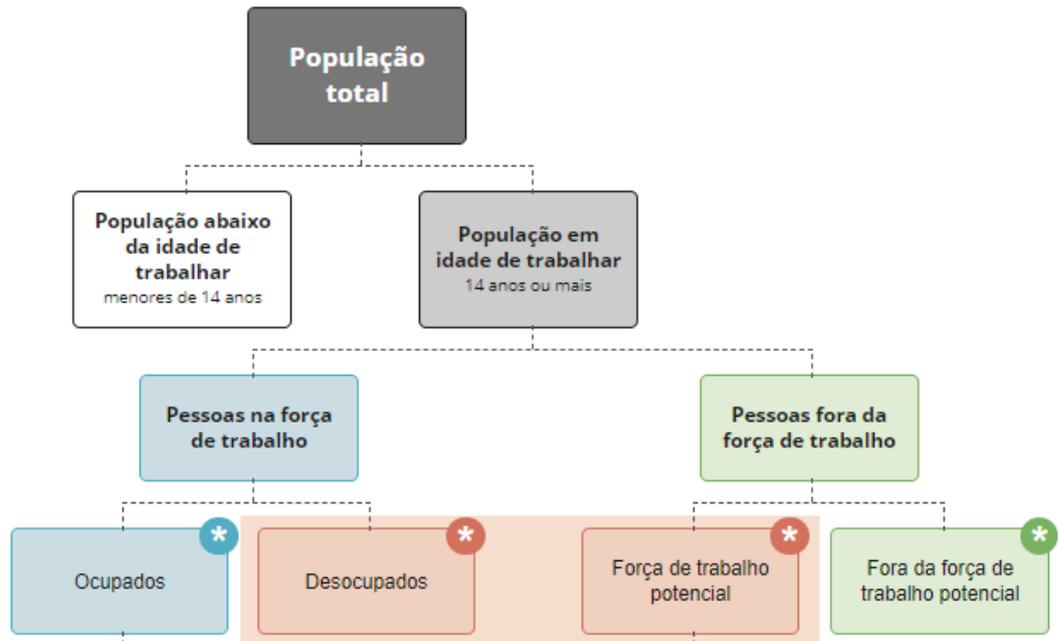
Para a construção e análise dos resultados, foi utilizado o seguinte procedimento:

1. Coleta dos dados junto às bases oficiais (PNS 2019 para as informações de Plano de Saúde e PNAD Contínua 2019 para renda e ocupação), os dados estão segmentados por Unidade da Federação (UF) e categorizados em População com Plano de Saúde, Renda per Capita e tipos de ocupação, conforme categorização do IBGE, a qual será abordada na sequência;
2. Concatenação das bases utilizando como chave única a dimensão de UF;
3. Transformação dos valores brutos em razão por cem habitantes, com o objetivo de tornar os dados estaduais comparáveis;
4. Descrição das proporções regionais por meio de tabelas e cartograma;
5. Análise de correlação *spearman*, uma vez que não há distribuição normal, considerando o nível de significância como 0,05; e
6. Matriz de correlação entre as variáveis estudadas.

A segmentação da ocupação utilizada na presente pesquisa segue a cartilha do IBGE, a qual considera a população acima de 14 anos como População em idade de trabalhar, dentro desse grupo, há a segmentação entre Pessoas na Força de Trabalho e Pessoas Fora da Força de Trabalho. O grupo de Pessoas na Força de Trabalho dividem-se em Ocupados e Desocupados

e o grupo de Ocupados, por sua vez, é qualificado em “Emprego Privado”, “Emprego no Setor Público”, “Empregador”, “Conta Própria” e “Trabalho Doméstico”. A imagem abaixo, retirada do site do IBGE, evidencia parte da segmentação citada.

### As divisões do mercado de trabalho



Fonte: IBGE.

## 4 RESULTADOS

Inicialmente, busca-se observar tanto as condições de trabalho quanto de acesso aos planos de saúde no Brasil e nas Unidades da Federação para, então, verificar se há correlação, e em qual grau, entre o trabalho e, principalmente, o tipo de trabalho, com o acesso aos planos de saúde, segundo os dados da PNS 2019 e PNAD 2019.

Conforme os dados apurados na PNAD 2019, a população brasileira é de 210,1 milhões de pessoas. Destas, 42,2% encontram-se na região Sudeste e apenas 7,7% na região Centro-Oeste, indicando forte concentração populacional, conforme exposto na sequência.

Entre os mais de 210 milhões de habitantes, 81,7%, ou 171,6 milhões tem mais de 14 anos de idade e, portanto, possuem idade para trabalhar, conforme definido pelo IBGE e apresentado na metodologia da presente pesquisa. A concentração regional de pessoas com idade para trabalhar mantém a estrutura da população no geral, não apresentando variações relevantes à segmentação total. De forma proporcional, a região Sudeste apresenta maior concentração de pessoas em idade para trabalhar (83,3%), seguido pela região Sul, com 83,3%, enquanto a região Norte apresenta a menor concentração, com 77,0% de sua população total.

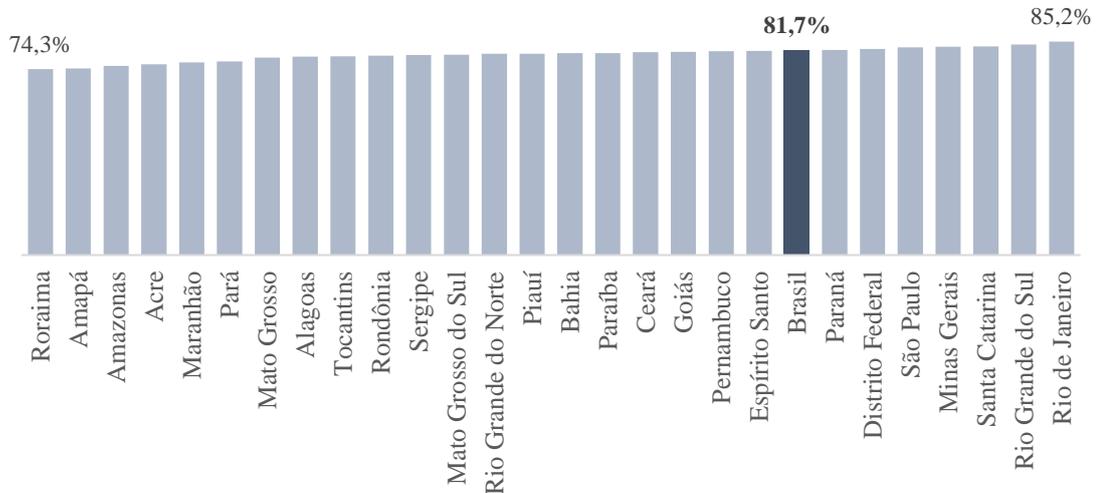
### População por Região

Região	POP Total	POP +14 Anos	Proporção %
Norte	18.195	14.011	77,0%
Nordeste	57.042	45.747	80,2%
Sudeste	88.583	73.833	83,3%
Sul	30.008	24.915	83,0%
Centro-Oeste	16.247	13.108	80,7%
<b>TOTAL</b>	<b>210.075</b>	<b>171.614</b>	<b>81,7%</b>

Fonte: PNAD 2019. Elaboração do autor.

Sob a ótica estadual, há concentração proporcional da população com idade para trabalhar nos estados do Rio de Janeiro (85,2%), Rio Grande do Sul (84,0%) e Santa Catarina (83,3%), cabe destacar que, entre os estados das regiões Sul e Sudeste, apenas o Espírito Santo apresenta proporção inferior à média nacional de 81,7%. Enquanto nas regiões Norte e Nordeste, não há estado acima da média nacional, conforme observado no gráfico a seguir.

### Proporção de pessoas em idade para trabalhar por UF



Fonte: PNAD 2019. Elaboração do autor.

É importante verificar a estratificação da sociedade no que tange à ocupação da população com idade para trabalhar, conforme assinalado na metodologia. No que tange à Força de Trabalho, a região Centro-Oeste apresenta a maior concentração do país, logo à frente da região Sudeste e Sul, respectivamente com 66,3%, 65,1% e 64,7%. Abaixo da média nacional, encontram-se a região Norte, com 59,8% e a região Nordeste com 54,5%. Já em relação à Desocupação da população dentro da Força de Trabalho, as regiões Nordeste e Sudeste lideram o país, ambas com 7,4%, sendo a região Sul a que apresenta a menor taxa do país, 4,4%.

### Ocupação da população por região

Região	POP + 14 a = (b+e)	Força Trabalho b = (c+d)	Ocupado (c)	Desocupado (d)	Fora da Força (e)
Norte	14.011	59,8%	53,5%	6,3%	40,2%
Nordeste	45.747	54,5%	47,1%	7,4%	45,5%
Sudeste	73.833	65,1%	57,7%	7,4%	34,9%
Sul	24.915	64,7%	60,3%	4,4%	35,3%
Centro-Oeste	13.108	66,3%	60,1%	6,2%	33,7%
<b>TOTAL</b>	<b>171.614</b>	<b>61,9%</b>	<b>55,1%</b>	<b>6,8%</b>	<b>38,1%</b>

Fonte: PNAD 2019. Elaboração do autor.

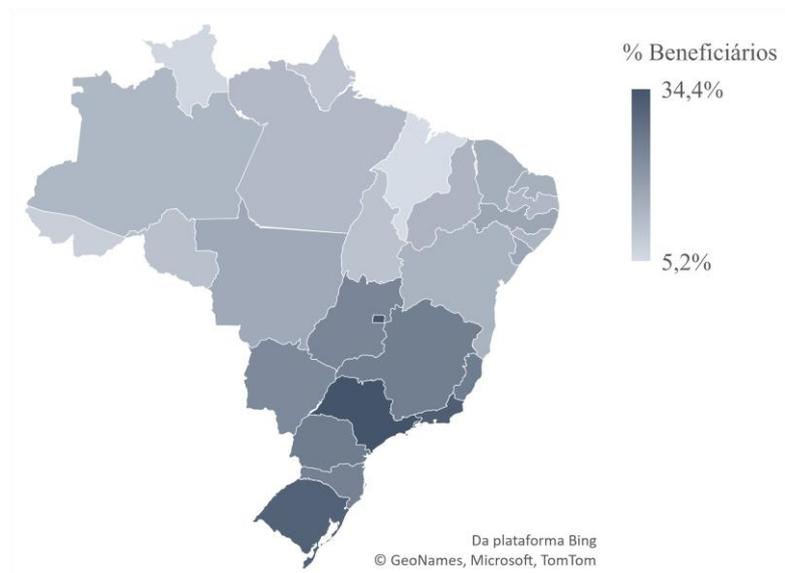
Em suma, a região Nordeste apresenta a menor relação de pessoas na Força de Trabalho e a maior Desocupação, enquanto o Centro-Oeste apresenta a maior proporção de pessoas na Força de Trabalho e o segundo maior índice de pessoas Ocupadas, ficando apenas atrás da

região Sul, a qual apresenta, também, o menor índice de Desocupação. A região Sudeste, por sua vez, apresenta situação divergente, conta com a segunda maior proporção de pessoas na Força de Trabalho e o maior nível de Desocupação do país, ao lado do Nordeste.

No que tange aos planos de saúde, 49,7 milhões de brasileiros tem acesso aos mesmos, de acordo com a PNS, o que totaliza 23,7% da população, apresentando queda de 4,2 pontos percentuais quando comparado aos valores registrados na PNAD realizada em 2013, conforme Malta (2017).

A concentração entre beneficiários de planos de saúde é maior na região Sudeste (31,3%), seguido pela região Sul (27,5%) e Centro-Oeste (23,8%), por outro lado, a região Norte (11,7%) e Nordeste (13,6%) estão significativamente abaixo da média nacional, que figura nos 23,7% citados anteriormente. No cartograma abaixo é possível visualizar a distribuição proporcional entre os estados e sendo perceptível a relevante concentração nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, com 34,4%, 32,0% e 31,3%, respectivamente.

### Proporção de Beneficiários por Estado



Fonte: PNS 2019. Elaboração do autor.

No que tange à divisão regional, a maior parte da população com Plano de Saúde pertencente à Força de Trabalho está na região Sudeste, com 21,4%, na sequência, estão as regiões Sul e Centro-Oeste, com 19,2% e 16,9%, respectivamente, e por fim, estão as regiões

Nordeste (9,1%) e Norte (7,8%), na sequência. Cabe salientar que em relação à população Fora da Força de Trabalho, a proporção regional é similar.

### Relação da População com acesso ao Plano e Ocupação

	<b>Com Plano (a) = b+e</b>	<b>Plano na Força (b) = c+d</b>	<b>Ocupada (c)</b>	<b>Desocupada (d)</b>	<b>Fora da Força (e)</b>
Norte	11,7%	7,8%	7,4%	0,4%	3,9%
Nordeste	13,6%	9,1%	8,7%	0,5%	4,4%
Sudeste	31,3%	21,4%	20,4%	0,9%	9,9%
Sul	27,5%	19,2%	18,5%	0,6%	8,3%
Centro-Oeste	23,8%	16,9%	16,2%	0,7%	7,0%
<b>TOTAL</b>	<b>23,7%</b>	<b>16,2%</b>	<b>15,5%</b>	<b>0,7%</b>	<b>7,5%</b>

Fonte: PNS 2019. Elaboração do autor.

Em referência a situação laboral dos beneficiários dos planos de saúde, é observada relevante distinção entre as categorias. Entre a população com acesso à saúde suplementar, 65,5% estão na categoria Ocupada (15,5% do total da população), enquanto 31,5% encontram-se Fora da Força de Trabalho (7,5% do total da população) e apenas 2,9% são pertencentes a Força de Trabalho mas estão Desocupadas. Esses valores corroboram com a tese de que o nível de assistência da Saúde Suplementar está intimamente ligado ao vínculo empregatício, conforme explicitado em Malta (2017) e exposto abaixo.

### Proporção de pessoas com acesso ao plano por ocupação

<b>Classificação</b>	<b>PNS 2019</b>			<b>PNS 2013 (Malta)</b>	<b>Evolução</b>
	<b>Total</b>	<b>Plano</b>	<b>Proporção</b>	<b>Proporção</b>	<b>2019-2013</b>
Ocupada	94.552	32.586	34,5%	32,5%	2,0 p.p.
Desocupada	11.632	1.456	12,5%	16,3%	-3,8 p.p.
Fora	65.429	15.682	24,0%	24,7%	-0,7 p.p.

Fonte: PNS 2019, Malta (2017). Elaboração do autor.

Nota-se maior concentração na proporção de pessoas Ocupadas com acesso ao plano de saúde, atualmente são 34,5%, representando evolução de dois pontos percentuais frente à estimativa de 2013, indicando um número maior de planos de saúde contratados pelas empresas. Por outro lado, a população Desocupada com acesso à saúde suplementar apresentou recuo de 3,8 pontos percentuais, representando forte diminuição da população desocupada com

acesso aos planos, ou seja, proporção menor de pessoas contratando planos de saúde por conta própria.

Para verificar se há correlação, e em qual grau, entre a População com Plano de Saúde e População Ocupada por Unidade da Federação, foi realizada uma regressão estatística, considerando taxa da população com acesso ao Plano de Saúde e a taxa da população Ocupada, ambas calculadas por Estado. A regressão retornou um R-Múltiplo de 0,7448 e  $R^2$  de 0,5547, indicando correlação significativa entre ambas variáveis, além de um Valor-P de 0,000008, inferior ao alfa de 0,05, indicando um resultado estatisticamente significativo, conforme tabela abaixo.

#### **Regressão: População com plano de saúde e população ocupada**

<i>Estatística de regressão</i>	
R múltiplo	0,744783072
R-Quadrado	0,554701825
R-quadrado ajustado	0,536889898
valor-P	8,36773E-06
Observações	27

Fonte: PNS 2019. Elaboração do autor

Com o intuito de verificar como a variável População com Plano de Saúde se correlaciona com a Renda e as situações laborais pesquisadas pela PNAD Contínua (Força de Trabalho Ocupada, Força de Trabalho Desocupada, População Ocupada em Empregos Privados, População Ocupada no Setor Público, População Ocupada – Empregador, População Ocupada – Conta Própria, População Ocupada – Trabalho Doméstico), fez-se uma matriz de correlação entre as variáveis citadas.

### Plano de Saúde, Situação Laboral e Renda Per Capita

	Plano de Saúde	Força de Trabalho Ocupada	Força de Trabalho Desocupada	Ocupada - Emprego Privado	Ocupada - Setor Público	Ocupada - Empregador	Ocupada - Conta Própria	Ocupada - Trabalho Doméstico	Renda Total
Plano de Saúde	100,0%								
Força de Trabalho Ocupada	74,5%	100,0%							
Força de Trabalho Desocupada	-0,1%	-29,9%	100,0%						
Ocupada - Emprego Privado	83,3%	89,9%	-33,4%	100,0%					
Ocupada - Setor Público	-19,9%	-5,8%	22,3%	-33,9%	100,0%				
Ocupada - Empregador	73,1%	88,7%	-36,0%	87,3%	-4,9%	100,0%			
Ocupada - Conta Própria	-13,7%	24,0%	-4,4%	-6,1%	-7,7%	-8,4%	100,0%		
Ocupada - Trabalho Doméstico	61,2%	66,0%	1,9%	60,1%	12,6%	74,9%	-10,8%	100,0%	
Renda Total	76,5%	67,0%	3,1%	64,1%	32,6%	64,6%	-19,6%	52,1%	100,0%

Fonte: PNS 2019, PNAD 2019. Elaboração do autor.

Com base na matriz exposta, observa-se que a População com Plano de Saúde apresenta correlação positiva relevante (acima de 50%) com diversas variáveis além da já citada Força de Trabalho Ocupada. Tal variável possui forte correlação com a população em empregos privados, com a população de empregadores, população de trabalhadores domésticos e com a renda per capita total. Por outro lado, tanto a população ocupada no Setor Público (-19,9%) quanto a população que trabalha por Conta Própria (-13,7%) apresentam correlação negativa, ainda que fraca, isso é, inferior à 25%, com a variável Plano de Saúde. Por fim, a Força de Trabalho Desocupada mostra-se descorrelacionada ao Plano de Saúde.

A forte correlação positiva (83,3%) entre a população com planos de saúde e a população em empregos privados reforça o mutualismo existente entre o Setor Suplementar e a oferta de empregos no Brasil. Já a correlação positiva com a Renda Total (76,5%) atesta o exposto em Bahia (2002), a qual afirma que a renda é um dos principais fatores explicativos para a posse de Planos de Saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou aprofundar a análise entre as relações de emprego e saúde suplementar, realçando o quanto o nível de emprego influencia no acesso à saúde privada. Assim como apresentou as características do setor de saúde suplementar e sua vinculação como benefício social, contextualizou os resultados das pesquisas nacionais anteriores e verificou a correlação entre os segmentos de ocupação e o acesso a Saúde Suplementar, evidenciando a interdisciplinaridade da Administração Pública.

Entende-se que o presente trabalho alcançou os objetivos estipulados uma vez que foi evidenciado a correlação positiva entre a taxa de ocupação e o acesso a Saúde Suplementar, conforme os dados do IBGE, bem como a correlação entre os segmentos ocupacionais e a quantidade de beneficiários do setor Suplementar.

Sobre tais correlações, destaca-se que, com exceção da população ocupada no setor público, da população ocupada por conta própria e da população desocupada, todos os segmentos apresentaram correlação positiva forte com o acesso ao plano de saúde privado. Sendo o principal destaque a correlação positiva forte entre a população em empregos privados e o acesso a Saúde Suplementar, corroborando com a suposição de que o emprego privado possui impacto positivo no acesso da população a saúde. Uma das possíveis explicações é a significativa adesão dos planos de saúde como benefício social nas instituições privadas, conforme destacado na revisão literária do presente trabalho. Por fim, cabe destacar a ausência de correlação entre a população desocupada e o acesso ao plano de saúde bem como a redução da representatividade dessa população frente o total de beneficiários, quando comparado aos resultados de MALTA (2017).

O presente trabalho acrescentou na discussão sobre saúde suplementar no Brasil, principalmente no que se trata as pesquisas nacionais de saúde, tendo como diferencial a utilização da mais recente Pesquisa Nacional de Saúde, referente ao ano de 2019. Desse modo, foi possível estabelecer panorama mais próximo à realidade atual, possibilitando o entendimento do mercado segurador e sua relação com o emprego atualmente.

Outro ponto a ser destacado é a aplicação da categorização de emprego vigente na análise. Nesses termos, difere-se das demais pesquisas ao analisar a Saúde Suplementar sob a ótica da categorização do IBGE, uma vez que utiliza a padronização atual da instituição. Dessa

forma a presente pesquisa possibilitou o aprofundamento da análise da saúde suplementar no que tange à ocupação da população, preenchendo parcialmente a lacuna observada em GIATTI (2006). Sendo assim, entende-se que o estudo é válido tanto para a classe acadêmica, no que se refere aos estudos sobre inequidades em saúde e a relação entre saúde e emprego, como para gestores públicos, agências reguladoras e o setor segurador como um todo, uma vez que informa e evidencia as atuais relações e implicações entre o acesso à saúde mediante o emprego formal.

Entende-se que há espaço para aprofundamento em futuras pesquisas no que tange à análise acerca da forte correlação existente entre a população ocupada com trabalho doméstico e o acesso aos planos de saúde, uma vez que tal resultado é parcialmente surpreendente ao se observar o baixo grau de formalização do trabalho doméstico. Ademais, sugere-se a análise aprofundada acerca da redução da proporção de pessoas desocupadas com acesso aos planos de saúde, uma vez que, tal dado pode indicar que o acesso ao emprego é uma barreira crescente e determinante à inclusão ou não do indivíduo na saúde suplementar além dos efeitos nocivos que esse fator pode gerar na saúde pública como um todo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Demonstrações**

**Contábeis**. ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/demonstracoes-contabeis>. Acesso em: 5 mar. 2021.

ALBUQUERQUE, Ceres et al. **A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2008.

BAHIA, Ligia et al. **Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, p. 671-686, 2002. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xBsYpqwdMg6jbDNbmcQS87H/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 abr. 2021.

BAHIA, Ligia et al. **O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2006, v. 11, n. 4 [Acessado 5 Setembro 2021] , pp. 951-965. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400017>>. Epub 22 Nov 2006. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400017>.

BERTAGNOLLI, Daniele Dias de Oliveira. **Estudos sobre a influência dos investimentos sociais e ambientais no desempenho econômico das empresas**. São Leopoldo, 2006 Tese (Ciências Contábeis) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2006.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa n. 432**, de 26 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUzMA==>. Acesso em: 20 abr. 2021

BRASIL. Casa Civil. **Lei n. 9961**, de 27 de janeiro de 2000. Diário Oficial da União. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm). Acesso em: 18 jan. 2021.

BRASIL. **Constituição**. República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF. Senado Federal, 1988.

CHIAVENATO, Idalberto. **Desempenho humano nas empresas: como desenhar cargos e avaliar o desempenho**. Rio de Janeiro: Atlas, 1999.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução a Teoria Geral Da Administração**. 1 ed. Elsevier Brasil, 2002.

COSTA, Marina Franciane de Souza Zanelato. **Benefícios Sociais Como Estratégia Para Reter Colaboradores: Proposta De Plano De Remuneração Indireta**. ETIC, 2017.

GHENO, R.; BERLITZ, J. **Strategic Remuneration and Benefits Package: a Case Study Applied at the Operational Level of a Multinational**. Revista de Administração da UFSM, v. 4, n. 2, art. 5, p. 268-287, 2011.

GIATTI, Luana; BARRETO, Sandhi Maria. **Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil**. Saúde Pública, São Paulo, p. 99-106, 2006. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rsp/v40n1/27122.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v40n1/27122.pdf). Acesso em: 9 mai. 2021.

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

IBGE. **Desemprego**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>. Acesso em: 24 mar. 2021.

IBGE. **Indicadores IBGE: pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua**. IBGE. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=73086>. Acesso em: 18 mar. 2021.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101748>. Acesso em: 10 fev. 2021.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **IESS**. São Paulo. Disponível em: [https://iess.org.br/?p=publicacoes&id=730&id\\_tipo=1](https://iess.org.br/?p=publicacoes&id=730&id_tipo=1). Acesso em: 15 fev. 2021.

MALTA, Deborah Carvalho et al. **Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 1 [Acessado 5 Setembro 2021] , pp. 179-190. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.16782015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.16782015>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. **Quantitativo- Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 239 p, 1993. 262.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. **Saúde Suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor.** Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2008, v. 18, n. 4 , pp. 767-783. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400009>>. Epub 10 Jul 2009. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400009>.

PORTAL DA INDÚSTRIA. **Saúde suplementar: o que é e como funciona.** São Paulo. Disponível em: <http://www.portaldaindustria.com.br/industria-de-a-z/saude-suplementar-o-que-e-e-como-funciona/>. Acesso em: 12 mai. 2021.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. **A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2008.

TURCATTO, Mariana Giovanini; CASAGRANDE, Emidio. **Enfoque sobre o plano de saúde dos empregados da Embrapa no contexto do pacote de benefícios sociais oferecidos pela empresa.** EMBRAPA SOJA, Londrina, p. 117-120, 2010. Disponível em: <http://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/infoteca/handle/doc/859363>. Acesso em: 21 mai. 2021.