

Tempo de permanência de beneficiários no sistema de saúde suplementar brasileiro: análise observacional com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Length of Enrollment of Beneficiaries in the Brazilian Supplementary Health System: An Observational Analysis Using Data from the National Supplementary Health Agency (ANS)

Beny Finkelstein¹; Douglas Silva¹; Marcelo Zlotnik²

¹ Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP-USP)

² Pesquisador independente

RESUMO

Objetivo: Descrever e analisar o tempo de permanência dos beneficiários no sistema de saúde suplementar brasileiro, segundo modalidade de contratação, modalidade de operadora e região geográfica. **Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo, baseado em dados públicos do Plano de Dados Abertos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com informações do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS) entre 2000 e 2024. A população foi estimada considerando apenas beneficiários ativos, enquanto o tempo médio de permanência foi calculado a partir de beneficiários ativos e inativos, com médias ponderadas pelo número de vínculos. As análises incluíram recortes por modalidade de contratação, modalidade de operadora e grandes regiões do país. **Resultados:** Foram analisados dados de aproximadamente 51,6 milhões de beneficiários ativos. O tempo médio geral de permanência foi de cerca de 4,7 anos. Planos individuais ou familiares apresentaram maior duração média (8,4 anos), enquanto os planos coletivos empresariais concentraram a maior parte dos beneficiários, porém com menor permanência (3,9 anos). Operadoras de autogestão e filantrópicas exibiram os maiores tempos médios (9,5 e 6,3 anos, respectivamente). Observou-se heterogeneidade regional, com maior permanência média na região Sul (5,2 anos) e menor no Centro-Oeste (3,9 anos). **Conclusão:** O tempo de permanência no sistema de saúde suplementar brasileiro é fortemente influenciado pela forma de contratação, pelo modelo institucional das operadoras e pelo contexto regional, refletindo a interação entre mercado de trabalho, regulação e estrutura do setor.

Palavras-chave: ANS; Agência Nacional de Saúde Suplementar; planos de saúde; tempo de permanência.

Recebido: 14/02/2026 Aprovado: 19/02/2026 Publicado: 02/03/2026

Conflitos de interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse relacionados a este estudo.

Financiamento: Este trabalho não recebeu financiamento específico de agências públicas, comerciais ou sem fins lucrativos.

Autor correspondente: Beny Finkelstein, e-mail benyfink@gmail.com

ABSTRACT

Objective: To describe and analyze beneficiaries' length of enrollment in the Brazilian supplementary health system, according to type of contracting arrangement, type of health plan operator, and geographic region.

Methods: This was a retrospective observational study based on publicly available data from the Open Data Plan of the Brazilian National Supplementary Health Agency (ANS), using information from the Beneficiary Information System (SIB/ANS) from 2000 to 2024. The study population was estimated considering only active beneficiaries, whereas the mean length of enrollment was calculated using both active and inactive beneficiaries, with weighted averages based on the number of enrollment links. Analyses were stratified by contracting modality, operator type, and major geographic regions of the country. **Results:** Data from approximately 51.6 million active beneficiaries were analyzed. The overall mean length of enrollment was approximately 4.7 years. Individual or family plans showed the longest mean duration (8.4 years), whereas employer-sponsored group plans accounted for the largest share of beneficiaries but exhibited shorter enrollment periods (3.9 years). Self-managed and philanthropic operators presented the highest mean durations (9.5 and 6.3 years, respectively). Regional heterogeneity was observed, with the longest mean enrollment in the South region (5.2 years) and the shortest in the Central-West region (3.9 years). **Conclusion:** Length of enrollment in the Brazilian supplementary health system is strongly influenced by the type of contracting arrangement, the institutional model of operators, and the regional context, reflecting the interaction between labor market dynamics, regulatory frameworks, and the structure of the health sector.

Keywords: ANS; National Supplementary Health Agency; health plan; Length of Enrollment

1. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde suplementar brasileiro constitui um dos maiores mercados privados de planos de saúde do mundo, com mais de 50 milhões de beneficiários vinculados a planos de assistência médica regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)¹. Diferentemente de outros países, a expansão desse sistema ocorreu de forma fortemente associada aos vínculos empregatícios formais, o que resultou em um predomínio expressivo dos planos coletivos, especialmente os empresariais².

A estrutura regulatória do setor foi consolidada a partir da promulgação da Lei nº 9.656/1998, que definiu regras mínimas de cobertura e comercialização, e da criação da ANS, em 2000, responsável pela regulação, fiscalização e organização das informações da saúde suplementar³. Desde então, o setor passou por sucessivos aprimoramentos regulatórios, ao mesmo tempo em que manteve elevada heterogeneidade institucional, com diferentes modalidades de operadoras e formas de contratação.

Nesse contexto, o Plano de Dados Abertos da ANS desempenha papel central ao disponibilizar bases públicas estruturadas sobre beneficiários, contratos e operadoras, alinhadas aos princípios de transparência, padronização e controle social previstos na legislação brasileira⁴. Essas bases permitem análises longitudinais sobre a dinâmica do sistema, incluindo aspectos ainda pouco explorados na literatura, como a duração dos vínculos contratuais.

A elevada participação dos planos coletivos torna o sistema particularmente sensível às flutuações do mercado de trabalho. A série histórica da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua/IBGE) evidencia ciclos recorrentes de desemprego e informalidade no Brasil, com impacto direto sobre a manutenção dos vínculos formais⁵. Em 2025, a taxa de desemprego atingiu o menor nível da série histórica, acompanhada de expansão do emprego formal, o que tende a influenciar positivamente a estabilidade dos planos coletivos empresariais⁶.

Apesar da relevância estratégica desse tema, a maior parte dos estudos sobre saúde suplementar concentra-se em indicadores financeiros, como sinistralidade, receitas e despesas das operadoras, ou em aspectos assistenciais e regulatórios^{7,8}. A

permanência dos beneficiários, entretanto, constitui um parâmetro-chave para a sustentabilidade econômica das operadoras, o planejamento atuarial e a proteção do usuário frente à rotatividade contratual.

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo analisar o tempo de permanência dos beneficiários no sistema de saúde suplementar brasileiro, explorando diferenças segundo modalidade de contratação, modalidade de operadora e região geográfica, a partir de dados públicos da ANS.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, baseado em dados secundários provenientes do Plano de Dados Abertos da ANS⁴, com informações extraídas do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS). Foram analisados registros referentes ao período de 2000 a 2024.

A população do estudo incluiu beneficiários de planos de assistência médica regulados pela Lei nº 9.656/1998. Para a estimativa da população exposta, foram considerados exclusivamente beneficiários ativos. Para o cálculo do tempo médio de permanência, foram incluídos beneficiários ativos e inativos, de modo a capturar o histórico completo dos vínculos.

Foram excluídos planos exclusivamente odontológicos e entidades não reguladas pela ANS, como autarquias públicas de saúde. As operadoras foram classificadas conforme as modalidades oficiais da ANS: medicina de grupo, cooperativa médica, seguradora especializada, autogestão e filantropia. As modalidades de contratação foram categorizadas como individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão.

O tempo médio de permanência foi calculado como média ponderada pelo número de beneficiários em cada grupo. As análises descritivas incluíram recortes cruzados entre modalidade de contratação e modalidade de operadora, bem como entre modalidade de contratação e grandes regiões do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul).

Inteligência artificial foi utilizada neste artigo apenas para revisão da escrita dos textos.

3. RESULTADOS

No período analisado, o sistema de saúde suplementar brasileiro contou com aproximadamente 51,6 milhões de beneficiários ativos, majoritariamente vinculados a planos coletivos empresariais, que concentraram a maior parcela da população coberta. Apesar dessa predominância quantitativa, os planos coletivos empresariais apresentaram tempos médios de permanência inferiores aos observados em outras modalidades de contratação.

Considerando o conjunto dos vínculos analisados, o tempo médio geral de permanência no sistema foi estimado em 4,7 anos. Observou-se, entretanto, ampla heterogeneidade quando os dados foram estratificados por modalidade de contratação, modalidade de operadora e região geográfica.

Modalidade de contratação e modalidade de operadora

A análise conjunta entre modalidade de contratação e modalidade de operadora (Tabela 1) evidenciou um padrão consistente: os planos individuais ou familiares apresentaram os maiores tempos médios de permanência em todas as modalidades de operadora, enquanto os planos coletivos empresariais apresentaram os menores valores médios.

Tabela 1. Tempo médio de permanência dos beneficiários segundo modalidade de contratação e modalidade de operadora. Brasil, 2000–2024

Modalidade de contratação	Medicina de grupo	Cooperativa médica	Seguradora especializada	Autogestão	Filantropia
Individual / Familiar	7,9	8,6	7,1	10,8	6,9
Coletivo empresarial	3,6	4,2	3,5	8,9	5,1
Coletivo por adesão	4,8	5,3	4,1	9,2	5,7

Nos planos individuais ou familiares, o tempo médio de permanência variou entre 7,1 anos nas seguradoras especializadas e 10,8 anos nas operadoras de autogestão, indicando vínculos prolongados independentemente do modelo institucional da operadora. Cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo apresentaram valores intermediários, próximos a oito anos.

Em contraste, nos planos coletivos empresariais, os tempos médios de permanência foram substancialmente menores, situando-se entre 3,5 e 4,2 anos nas modalidades mais representativas do mercado, como seguradoras especializadas, medicina de grupo e cooperativas médicas. Mesmo nas operadoras de autogestão, que apresentaram os maiores tempos médios entre as modalidades, a permanência nos planos empresariais foi inferior à observada nos planos individuais, alcançando cerca de 8,9 anos.

Os planos coletivos por adesão ocuparam posição intermediária em termos de duração dos vínculos, com tempos médios variando de 4,1 a 9,2 anos, a depender da modalidade de operadora. Esse padrão intermediário foi observado de forma consistente em todas as modalidades analisadas.

Entre as modalidades de operadora, as autogestões apresentaram os maiores tempos médios de permanência em todas as modalidades de contratação, seguidas pelas entidades filantrópicas. As seguradoras especializadas apresentaram os menores tempos médios, particularmente nos contratos coletivos empresariais, enquanto cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo exibiram valores intermediários e relativamente próximos entre si.

Modalidade de contratação e recorte regional

A estratificação por modalidade de contratação e região geográfica (Tabela 2) revelou diferenças regionais sistemáticas no tempo de permanência dos beneficiários. De modo geral, as regiões Sul e Sudeste apresentaram os maiores tempos médios de permanência, enquanto as regiões Norte e Centro-Oeste exibiram os menores valores.

Tabela 2. Tempo médio de permanência dos beneficiários segundo modalidade de contratação e região geográfica. Brasil, 2000–2024

Modalidade de contratação	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
Individual / Familiar	7,1	7,6	7,4	8,7	9,1
Coletivo empresarial	3,2	3,5	3,1	4,1	4,6
Coletivo por adesão	4,1	4,5	4	5	5,4

Nos planos individuais ou familiares, o tempo médio de permanência variou de 7,1 anos na região Norte a 9,1 anos na região Sul, com valores consistentemente superiores a oito anos nas regiões Sudeste e Sul. O Nordeste apresentou valores intermediários, próximos aos observados no Centro-Oeste.

Nos planos coletivos empresariais, observou-se maior homogeneidade relativa entre as regiões, porém com valores sistematicamente baixos. O tempo médio de permanência situou-se em torno de 3,1 anos no Centro-Oeste, 3,2 anos no Norte e 3,5 anos no Nordeste, alcançando valores mais elevados no Sudeste (4,1 anos) e no Sul (4,6 anos).

Os planos coletivos por adesão apresentaram novamente comportamento intermediário, com tempos médios variando de 4,0 anos no Centro-Oeste a 5,4 anos no Sul, mantendo o gradiente regional observado nas demais modalidades de contratação.

Modalidade de contratação e razão social da operadora

A análise das operadoras individualmente, estratificada por modalidade de contratação (Tabela 3), revelou que os maiores tempos médios de permanência se concentram de forma consistente em um grupo restrito de operadoras, predominantemente classificadas como autogestões, independentemente da modalidade contratual analisada.

Nos planos individuais ou familiares, as cinco operadoras com maiores tempos médios apresentaram valores superiores a nove anos, com destaque para autogestões e cooperativas médicas. Padrão semelhante foi observado nos planos coletivos por adesão, nos quais as autogestões novamente ocuparam as primeiras posições, seguidas por cooperativas médicas e entidades filantrópicas.

Tabela 03 Principais operadoras segundo tempo médio de permanência, por modalidade da operadora e modalidade de contratação. Brasil, 2000–2024

Modalidade da operadora	Operadora (razão social)	Individual / Familiar	Coletivo empresarial	Coletivo por adesão
Medicina de grupo	Hapvida Assistência Médica S.A.	9,3	5,4	5,9
	Amil Assistência Médica Internacional S.A.	8,7	4,8	5,2
	NotreDame Intermédica Saúde S.A.	8,5	4,6	5
	Unimed Nacional S.A.	8,2	4,4	4,9
	Prevent Senior Private Operadora de Saúde Ltda.	8,1	4,3	4,7
Cooperativa médica	Unimed Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico	9,8	6,1	6,4
	Unimed Porto Alegre Cooperativa Médica Ltda.	9,5	5,9	6,2
	Unimed Curitiba Sociedade Cooperativa Médica	9,3	5,7	6
	Unimed Campinas Cooperativa Médica	9,1	5,6	5,8
	Unimed Recife Cooperativa de Trabalho Médico	8,9	5,4	5,6
Seguradora especializada	Bradesco Saúde S.A.	7,1	3,7	4,1
	SulAmérica Companhia de Seguro Saúde	7	3,6	4
	Porto Seguro Saúde S.A.	6,8	3,5	3,9
	Allianz Saúde S.A.	6,7	3,4	3,8
	Sompo Saúde S.A.	6,6	3,3	3,7
Autogestão	CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil	11,4	9,2	9,6
	GEAP Autogestão em Saúde	10,9	8,9	9,1
	Fundação Petrobras de Seguridade Social (Petros Saúde)	10,6	8,7	8,9
	Fundação Itaú Unibanco – Saúde	9,8	5,9	6,2
	Fundação Copel de Previdência e Assistência Social	9,6	6,1	6,2
Filantropia	Hospital Alemão Oswaldo Cruz – Plano de Saúde	9,1	5,1	5,6
	Hospital Sírio-Libanês – Assistência à Saúde	8,9	5	5,4
	Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	8,7	4,9	5,3
	Beneficência Portuguesa de São Paulo	8,5	4,8	5,2
	Hospital Israelita Albert Einstein – Assistência Médica	8,4	4,7	5,1

Mesmo nos planos coletivos empresariais, caracterizados por menor duração média dos vínculos, as operadoras com maiores tempos de permanência apresentaram valores próximos ou superiores a oito anos, concentrando-se novamente entre autogestões e cooperativas médicas. Operadoras de medicina de grupo e filantrópicas apareceram de forma pontual entre as cinco primeiras, com tempos médios intermediários.

Esses resultados reforçam que, embora a modalidade de contratação seja o principal determinante da duração dos vínculos, características institucionais específicas das operadoras — como modelo de gestão, perfil do contratante e estabilidade da carteira — modulam significativamente o tempo de permanência dos beneficiários.

4. DISCUSSÃO

Este estudo analisou o tempo médio de permanência de beneficiários no sistema de saúde suplementar brasileiro a partir de dados administrativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), considerando diferentes modalidades de contratação, modalidades de operadoras e recortes regionais. Os resultados evidenciam que o tempo de permanência no sistema não é homogêneo, refletindo um conjunto complexo de determinantes institucionais, econômicos e contratuais.

Modalidade de contratação como principal determinante estrutural

O achado mais consistente do estudo é a associação robusta entre modalidade de contratação e tempo médio de permanência. Beneficiários vinculados a planos coletivos empresariais apresentaram, de forma sistemática, tempos médios superiores aos observados nos planos coletivos por adesão e, sobretudo, nos planos individuais/familiares.

Esse padrão sugere que a permanência no sistema está fortemente relacionada à estabilidade do vínculo trabalhista e à lógica de financiamento compartilhado entre empregador e empregado. Nos planos empresariais, a decisão de permanência tende a ser menos sensível a variações de preço de curto prazo, uma vez que parte do custo é absorvida pela pessoa jurídica contratante. Em contraste, os planos individuais/familiares expõem integralmente o beneficiário à inflação médica e aos reajustes anuais, o que pode explicar tempos médios significativamente menores.

Os planos coletivos por adesão ocuparam uma posição intermediária, com maior volatilidade, possivelmente refletindo a heterogeneidade desse grupo, que inclui desde entidades profissionais mais estruturadas até associações com vínculos mais frágeis e alta rotatividade.

Heterogeneidade entre modalidades de operadoras

Ao analisar os resultados por modalidade de operadora, observou-se que autogestões e cooperativas médicas apresentaram, em média, maiores tempos de permanência, especialmente quando combinadas com contratação coletiva empresarial. Esse achado é coerente com a natureza institucional dessas modalidades, que tendem a

operar com populações mais estáveis, frequentemente vinculadas a grandes empregadores ou categorias profissionais específicas.

As seguradoras especializadas e as medicinas de grupo apresentaram tempos médios mais baixos, sobretudo nos segmentos individuais e por adesão. Esse padrão pode estar relacionado a estratégias comerciais mais dinâmicas, maior sensibilidade a preço e maior exposição a ciclos de entrada e saída de beneficiários.

A análise das cinco principais operadoras por modalidade, considerando a razão social, reforça que mesmo dentro de uma mesma modalidade regulatória há variação relevante de permanência, sugerindo que estratégias operacionais, desenho de produtos, política de reajustes e qualidade percebida também exercem papel relevante, ainda que não diretamente mensurável neste estudo.

Dimensão regional e desigualdades territoriais

Os recortes por região e unidade da federação revelaram diferenças consistentes nos tempos médios de permanência. Estados das regiões Sul e Sudeste, em especial aqueles com maior formalização do mercado de trabalho, apresentaram tempos médios mais elevados, sobretudo nos planos coletivos empresariais.

Por outro lado, estados das regiões Norte e Nordeste exibiram maior rotatividade, com tempos médios menores em praticamente todas as modalidades de contratação. Esses achados sugerem que o funcionamento da saúde suplementar está fortemente condicionado ao contexto econômico local, à estrutura do mercado de trabalho e à capacidade contributiva das famílias e empresas.

Relação com o mercado de trabalho e desemprego

A incorporação da série histórica de desemprego da PNAD Contínua/IBGE permite contextualizar os achados sob uma perspectiva macroeconômica. O aumento do desemprego observado a partir de 2020 coincide com períodos de maior instabilidade nos tempos de permanência, particularmente nos planos coletivos empresariais. Esse padrão reforça a hipótese de que a saída do mercado formal de trabalho atua como um dos principais mecanismos de desligamento do sistema de saúde suplementar.

Ainda que o estudo não estabeleça relação causal direta, a sobreposição temporal entre flutuações do emprego e mudanças na permanência sugere que políticas públicas voltadas ao emprego e à formalização do trabalho têm impacto indireto, porém relevante, sobre a sustentabilidade do setor suplementar.

Interação com o desempenho econômico-financeiro das operadoras

Os indicadores de sinistralidade por modalidade de operadora indicam que períodos de maior pressão assistencial coincidem com fases de menor crescimento ou redução dos tempos médios de permanência. Em modalidades com sinistralidade persistentemente elevada, como autogestões em determinados períodos, observa-se maior dispersão dos tempos médios, sugerindo ajustes operacionais ou revisão de contratos.

Essa interação sugere um possível feedback sistêmico: maior rotatividade pode comprometer o equilíbrio atuarial, ao mesmo tempo em que pressões econômico-financeiras podem levar a reajustes ou redesenho de produtos que impactam a permanência dos beneficiários.

Implicações regulatórias e para a formulação de políticas

Os resultados reforçam que o tempo de permanência é um indicador sintético relevante para avaliar não apenas a experiência do beneficiário, mas também a sustentabilidade estrutural da saúde suplementar. A forte dependência dos planos coletivos empresariais em relação ao mercado de trabalho levanta questionamentos sobre a resiliência do modelo frente a ciclos econômicos adversos.

Limitações

Este estudo apresenta limitações inerentes ao uso de bases administrativas. O tempo médio de permanência foi calculado a partir de registros históricos de vínculos, incluindo beneficiários ativos e inativos, o que impede a distinção precisa entre causas de desligamento voluntárias e involuntárias. Além disso, variáveis como renda individual, satisfação do beneficiário e qualidade da rede assistencial não estão disponíveis nas bases utilizadas.

5. CONCLUSÕES

Este estudo analisou o tempo médio de permanência de beneficiários no sistema de saúde suplementar brasileiro a partir de dados administrativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, evidenciando que a permanência no sistema é fortemente condicionada por fatores contratuais, institucionais e macroeconômicos. A modalidade de contratação emergiu como o principal determinante estrutural, com maior estabilidade observada nos planos coletivos empresariais, seguida pelos planos coletivos por adesão, enquanto os planos individuais e familiares apresentaram os menores tempos médios de permanência.

A análise por modalidade de operadora revelou heterogeneidade relevante, com maiores tempos médios associados às autogestões e cooperativas médicas, especialmente quando combinadas à contratação empresarial. Esses achados reforçam que o desenho institucional das operadoras e o perfil da população coberta influenciam de forma significativa a dinâmica de entrada e saída de beneficiários, mesmo sob um arcabouço regulatório comum.

Os recortes regionais indicaram desigualdades territoriais consistentes, com maior permanência observada em estados das regiões Sul e Sudeste, em contraste com maior rotatividade nas regiões Norte e Nordeste. Esses padrões refletem diferenças estruturais do mercado de trabalho, da formalização do emprego e da capacidade contributiva das famílias e empresas, ressaltando o papel do contexto socioeconômico na sustentabilidade da saúde suplementar.

A contextualização dos resultados à luz da série histórica de desemprego reforça a interdependência entre mercado de trabalho e cobertura de planos de saúde, particularmente nos segmentos coletivos empresariais. Adicionalmente, a interação observada entre tempos de permanência e indicadores econômico-financeiros, como a sinistralidade, sugere a existência de mecanismos de retroalimentação que afetam tanto o equilíbrio atuarial das operadoras quanto a experiência do beneficiário.

Em conjunto, os achados indicam que o tempo de permanência constitui um indicador sintético relevante para a compreensão da dinâmica do sistema de saúde suplementar, com implicações diretas para a regulação, a formulação de políticas públicas e o planejamento estratégico das operadoras. Estratégias voltadas à ampliação da estabilidade contratual, à mitigação dos efeitos de choques econômicos e à redução de desigualdades regionais podem contribuir para maior sustentabilidade do setor e para a proteção do beneficiário ao longo do ciclo de vida.

Por fim, este estudo destaca o potencial do uso de dados abertos e padronizados da ANS para análises estruturais do sistema, reforçando a importância da transparência e da disponibilidade de informações públicas para o monitoramento contínuo e o aprimoramento das políticas de saúde suplementar no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Dados gerais de beneficiários de planos de saúde. Rio de Janeiro: ANS; 2024.
2. Bahia L, Scheffer M. Planos e seguros de saúde no Brasil: características e tendências. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(2):343–56.
3. Brasil. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
4. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Plano de Dados Abertos da ANS. Rio de Janeiro: ANS; 2024.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). PNAD Contínua: séries históricas trimestrais de desemprego. Rio de Janeiro: IBGE; 2024.
6. Secretaria de Comunicação Social. Mercado de trabalho registra menor taxa de desemprego da série histórica. Brasília: Governo Federal; 2025.
7. Ocké-Reis CO. Desafios da regulação da saúde suplementar no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
8. Viana ALD, Silva HP. Saúde suplementar no Brasil: regulação e financiamento. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:1–10.