

Municípios Petrorentistas e Saúde Suplementar: os riscos da especialização produtiva

Cristiano Salles Rodrigues¹

Lia Hasenclever²

Fábio Freitas da Silva³

RESUMO

O objetivo do trabalho foi realizar uma análise exploratória no setor de saúde suplementar usando o modelo de estrutura, conduta e desempenho, bem como, estudar a relação entre desemprego e a contratação e planos de saúde nas cidades de Macaé e Campos dos Goytacazes/RJ. A metodologia utilizada foi uma análise exploratória do setor de saúde suplementar, utilizando-se a modelo estrutura, conduta e desempenho (HASENCLEVER E TORRES, 2013). Foram explorados dados disponíveis no IESS sobre planos de saúde e os dados da RAIS sobre emprego formal, visando uma comparação entre os municípios de Campos e Macaé. Os principais resultados mostraram que o mercado de saúde suplementar é um segmento do sistema de assistência à saúde ao encargo da iniciativa privada, mas sob intensa supervisão do Estado via normas regulatórias e política de defesa da concorrência. Além disso, foi constatada uma correlação positiva entre o número de empregos formais e o número de planos de saúde nas cidades de Campos e Macaé, todavia Macaé teve uma queda bem mais acentuada na quantidade de planos de saúde do que Campos quando o número de emprego decaiu no mesmo período.

¹. Doutorando em Planejamento Regional e Gestão da Cidade, Universidade Candido Mendes, Brasil, Professor Assistente da UFRJ/Campus Macaé, Rio de Janeiro, Brasil, Professor da Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil.

². Doutorado em Programa de Pós Graduação Em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil (1997), Professora Colaboradora Voluntária da Universidade Cândido Mendes/Campos, Pesquisadora do GEI/IE da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Presidente da Associação Brasileira de Economia Industrial e Inovação (ABEIN), Editora da Revista Cadernos Desenvolvimento Fluminense.

³. Doutorando em Planejamento Regional e Gestão da Cidade, Universidade Candido Mendes, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Suplementar, Municípios Petrorrentistas, Indústria do Petróleo.

1. INTRODUÇÃO

A crise mundial, iniciada em 2008, desencadeou profundas mudanças no cenário internacional de bonança permitido pelo aumento da demanda e dos preços internacionais de *commodities* agrícolas e minerais. A indústria mais afetada com esta crise foi a indústria do petróleo. Esta indústria é uma indústria extrativa, dependente sempre da descoberta de novas jazidas e a mercê da enorme volatilidade dos preços da *commodity* petróleo determinados internacionalmente.

Este evento trouxe uma série de problemas para o estado do Rio de Janeiro que desde os anos 1970 vem se especializando fortemente na economia do petróleo com a descoberta de jazidas na Bacia de Campos (CAVALIERI *et al.*, 2013). Estes problemas se agravaram a partir de 2014, desencadeando uma série de dificuldades econômicas para os municípios do interior do Rio de Janeiro, que dependiam da extração do mineral. No Norte Fluminense, desde 2014, mais de 560 pontos comerciais encerraram as atividades no município (WILLIAM BONEMER JÚNIOR, 2019).

A crise econômica atingiu não só os municípios produtores de petróleo, mas o conjunto de municípios que, apesar de não serem produtores, eram beneficiados pelos *royalties* e participações especiais distribuídos pela Agência Nacional do Petróleo. Entretanto, o município mais afetado foi o município de Macaé, centro produtor. O resultado foi um desemprego maciço em função da redução da participação da indústria, a maior geradora de empregos formais até então, na criação de riqueza do município. Sua participação no valor adicionado bruto declinou de 55% em 2002 para alcançar 49,4% em 2007, 47,1% em 2012, 45,3% em 2014 e 32% em 2016. Enquanto isso a contribuição dos serviços privados ao valor bruto adicionado total macaense aumentou gradativamente ao longo do tempo, passando de 35,5% em 2002 para 48,9% em 2016. Quanto à participação dos serviços da esfera pública, ela dobrou

passando de 9% em 2002 para 18,8% em 2016 (HASENCLEVER E FAURÉ, 2019).

Dentre os vários setores econômicos afetados pela crise do petróleo, que se instalou desde 2014, destaca-se o setor de saúde suplementar. A decisão de se contratar ou não um plano de saúde suplementar está diretamente ligada à renda do contratante e de seu vínculo empregatício, visto que muitas empresas fornecem a seus empregados planos de saúde complementar. Segundo dados do Instituto de Estudos em Saúde Suplementar (IESS), a evolução do total de beneficiários de planos de assistência médico-hospitalar é crescente no Brasil, mas sofreu uma ligeira inflexão a partir de 2014.

O objetivo do trabalho foi realizar uma análise exploratória no setor de saúde suplementar usando o modelo de estrutura, conduta e desempenho, bem como, estudar a relação entre desemprego e a contratação de planos de saúde nas cidades de Macaé e Campos dos Goytacazes/RJ. O pressuposto do artigo é que, apesar de os municípios do norte fluminense serem “petrorrentistas” (PIQUET, TAVARES E PESSÔA, 2017), diferem em suas dependências da indústria do petróleo. A hipótese é que a dependência de somente uma atividade econômica, sua especialização excessiva, fragiliza o município de Macaé que fica sujeito à instabilidade da economia do petróleo que tem seus preços determinados internacionalmente sem possibilidade de interferência dos interesses regionais e locais.

A metodologia utilizada foi uma análise exploratória do setor de saúde suplementar, utilizando-se a modelo estrutura, conduta e desempenho (HASENCLEVER E TORRES, 2013). Foram explorados dados disponíveis no IESS sobre planos de saúde e os dados da RAIS sobre emprego formal, visando uma comparação entre os municípios de Campos e Macaé. A escolha do município de Macaé deve-se por ser este município o mais especializado em economia do petróleo e a escolha do município de Campos por este ser mais especializado em economia de serviços do que em petróleo, fazendo um contraponto com o município de Macaé.

O artigo está estruturado em duas seções, além dessa introdução, seção 1, e da conclusão, seção 4. A segunda seção apresenta o setor de saúde suplementar no Brasil, seu regime de concorrência e as barreiras à entrada, sua regulação e seu desempenho. A terceira seção se debruça sobre a realidade local dos dois municípios analisados em relação à cobertura de beneficiários dos planos de saúde e sua relação com o emprego formal destas duas localidades.

2. O SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

O setor de saúde suplementar compreende, com base nas informações obtidas no site do IBGE, através da pesquisa de códigos ou atividades econômicas na Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), utilizando como palavra chave atividade médica ambulatorial restrita a consultas, obteve a seguinte hierarquia conforme Figura 1, abaixo.

Figura 1 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Hierarquia	
Seção:	SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS
Divisão:	86 ATIVIDADES DE ATENÇÃO À SAÚDE HUMANA
Grupo:	86.3 Atividades de atenção ambulatorial executadas por médicos e odontólogos
Classe:	86.30-5 Atividades de atenção ambulatorial executadas por médicos e odontólogos
Subclasse:	8630-5/03 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Fonte: IBGE/CNAE.

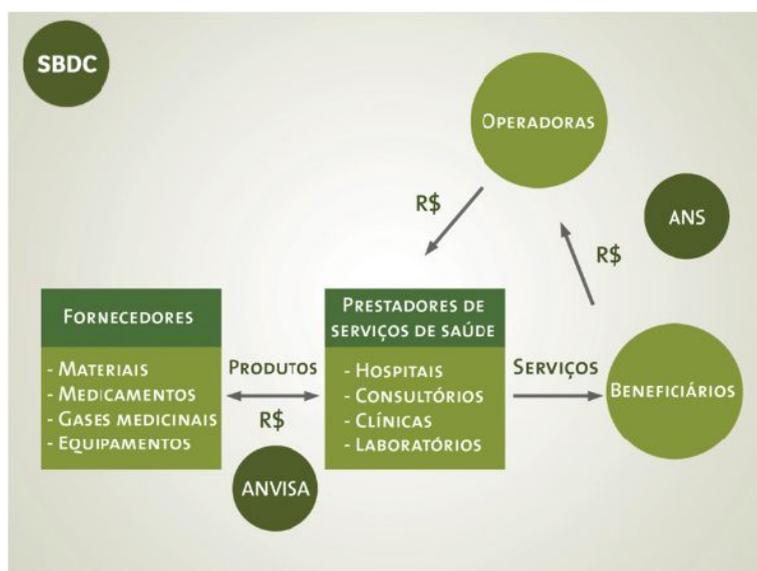
Esta subclasse compreende as atividades de consultas e tratamentos médicos prestados à pacientes externos exercidas em consultórios, ambulatórios, postos de assistência médica, clínicas médicas, clínicas oftalmológicas e policlínicas, consultórios privados em hospitais, clínicas de empresas, centros geriátricos, bem como realizadas no domicílio do paciente.

Esta subclasse não compreende: as atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências (8610-1/02); a atividade médica ambulatorial com recursos para realização de

procedimentos cirúrgicos (8630-5/01); a atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares (8630-5/02); as atividades de profissionais da área de saúde, exceto médicos e odontólogos (86.50-0/01, 86.50-0/02, 86.50-0/03, 86.50-0/04, 86.50-0/05, 86.50-0/06, 86.50-0/07, 86.50-0/99); e as atividades de práticas integrativas e complementares em saúde humana.

Para entender o funcionamento do setor de saúde suplementar é necessário contextualizá-la dentro da cadeia produtiva do setor privado de saúde. A começar pelo início da cadeia, a indústria de insumos de saúde e seus distribuidores fornecem medicamentos, materiais, equipamentos e gases medicinais, entre outros produtos, aos prestadores de serviços de assistência à saúde. Estes, por sua vez, utilizam os insumos comprados para ofertar serviços aos beneficiários de planos de saúde, que pagam pelos serviços usufruídos por meio da mensalidade do plano contratado. Todo esse sistema privado é regulado por três órgãos: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC), conforme ilustrado na Figura 2.

Figura 2: Cadeia produtiva de bens e serviços no setor de saúde suplementar



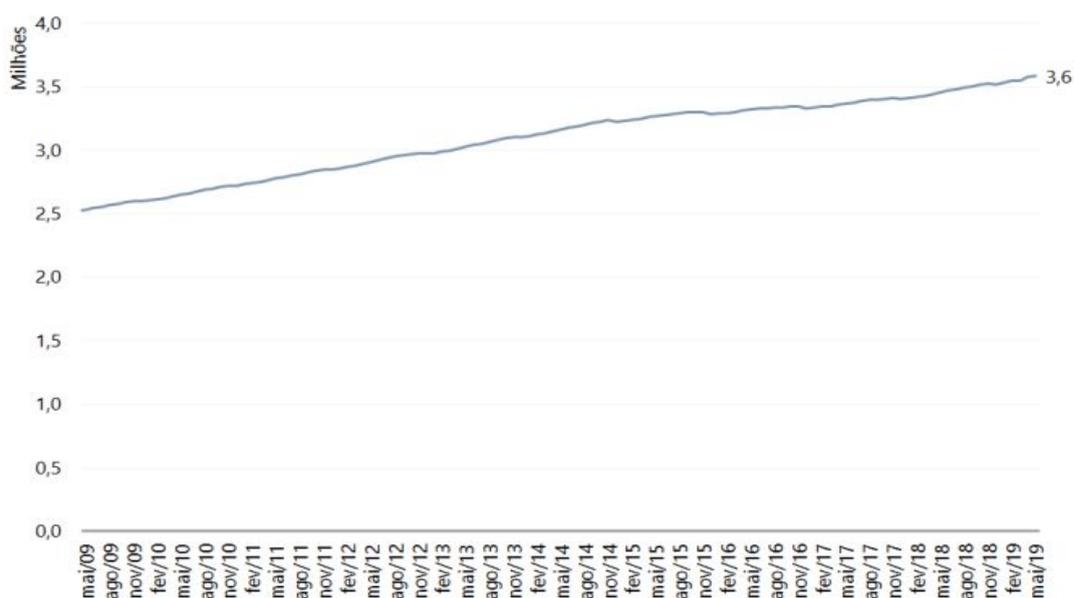
Fonte: IESS (2019).

A cadeia de atividades do sistema de saúde suplementar considera não apenas as atividades principais que estão ligadas diretamente a assistência à saúde da pessoa, mas também as atividades complementares e de apoio. Com base nos dados obtidos pelo Relatório do Emprego com Carteira Assinada na Cadeia Produtiva da Saúde realizado pelo IESS, pode-se observar um crescimento nos postos de trabalho (Gráfico 1) ao longo de 2009 a 2019, o que reflete indiretamente uma maior cobertura de beneficiários por planos e seguros saúde no Brasil no período.

Em Mai/19, o número de pessoas empregadas pelo setor privado na cadeia da saúde foi de 3,6 milhões (Gráfico 1), entre empregos diretos e indiretos, o que representa 8,2% do total da força de trabalho empregada no país. Destaca-se que o total de pessoas empregadas na economia é de 43,5 milhões, tendo crescido 0,9% em 12 meses. Estes números dão uma noção da importância dessa cadeia produtiva na economia do país.

Gráfico 1 - Total estimado de pessoas empregadas na cadeia da saúde direta e indireta, MAI/09 A MAI/2019.

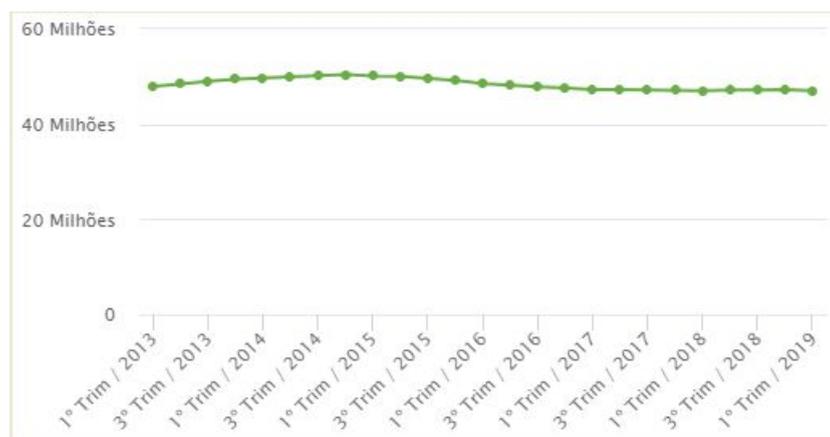
GRÁFICO 1: TOTAL ESTIMADO DE PESSOAS EMPREGADAS NA CADEIA DA SAÚDE DIRETA E INDIRETAMENTE, MAI/09 A MAI/19.



Fonte: IESS (2019)

O número de beneficiários de planos de saúde no Brasil apresentou uma queda a partir de 2014 e vem se mantendo com números estáveis de vidas cobertas desde primeiro trimestre de 2017, conforme Gráfico 2.

Gráfico 2 - Total de beneficiários de planos de assistência médico-hospitalar



Fonte: IESS Data

Ao comparar o Gráfico 2 com o Gráfico 1, pode-se observar uma inflexão, uma redução do total estimado de pessoas empregadas no mesmo período de 2014, ou seja, a partir do quarto trimestre. Esse resultado pode ser corroborado pelo Gráfico 3, que mostra aumento da taxa de desemprego no Brasil no mesmo período.

Gráfico 3 - Taxa de desemprego no Brasil



2.1. Regime de concorrência e barreira de entrada

No mercado de saúde suplementar uma empresa que se dispõe a entrar e competir efetivamente com as operadoras já estabelecidas defronta-se com significativas barreiras à entrada. Os custos de mudança de operadora para os beneficiários são um exemplo. A introdução de períodos de carência para que um beneficiário possa usufruir determinados serviços representa um custo adicional que o consumidor deverá incorrer quando optar pela troca de operadora de plano de saúde, o que dificulta a possibilidade de uma operadora entrante atrair beneficiários de operadoras já estabelecidas no mercado.

A operadora entrante também deverá incorrer em custos irrecuperáveis. A necessidade de se construir uma boa reputação e uma marca reconhecida, como forma de sinalizar credibilidade para os consumidores em um ambiente de informação assimétrica demandam grandes investimentos em publicidade.

A nova operadora também deverá construir uma rede credenciada de prestadores de serviços ampla o suficiente para atrair os consumidores. Tais investimentos somente serão recuperados se a empresa permanecer no mercado operando de forma rentável, em caso de uma reversão de expectativa quanto ao sucesso do negócio e decisão de saída do mercado, todo o montante despendido nesses itens será perdido. Outra barreira à entrada se refere a economias de escala. No caso do mercado de saúde suplementar, há necessidade de a operadora possuir uma carteira de beneficiário suficientemente grande para diluir os riscos de perdas.

Nesse sentido, a regulação brasileira (ver subseção 2.2) do setor reforça a necessidade de aumentar o tamanho das carteiras de beneficiários ao disciplinar questões como garantias financeiras, provisões técnicas e margem de solvência visando minimizar o risco de falência. Tais normas visam resguardar os clientes dos planos de saúde no sentido de garantir a continuidade da prestação dos serviços, porém pode dificultar a entrada de

novos participantes no mercado ao aumentar as exigências financeiras e consequentemente a escala de operação

Além disso, o mercado também se caracteriza por custos crescentes derivados de inovações tecnológicas aplicadas aos tratamentos de saúde, as quais não se traduzem necessariamente em aumento de produtividade, mas em aumento de preços dos serviços.

Outros fatores, como a rigidez da oferta de médicos e a dependência das taxas de juros contribuem para elevação dos custos das operadoras. Assim, as necessidades de financiamento tornam-se cada vez maiores, de forma que as grandes operadoras, que têm maiores carteiras e maior acesso a fontes externas de financiamento, adquirem vantagens competitivas nesse mercado. Tais fatores, que induzem à concentração de planos de saúde, induzem outro movimento das empresas do mercado de saúde suplementar: a integração vertical com segmentos à jusante na cadeia produtiva. Esse movimento tem se dado pela aquisição de laboratórios e hospitais por operadoras de planos de saúde.

2.2. Regulação do mercado de saúde suplementar

As características do setor, apresentadas na subseção anterior mostram que este setor tem muitas imperfeições e barreiras à entrada que podem dificultar a concorrência. Logo se pode levantar a hipótese de que é um setor que entregue ao funcionamento livre do mercado, pode prejudicar o bem estar dos consumidores.

No final da década de 1990, o mercado brasileiro de saúde suplementar passou a ser objeto de regulação estatal. O conjunto de normas reguladoras do mercado de saúde suplementar pode ser agrupado nas seguintes grandes áreas temáticas:

- i) Ampliação das coberturas assistenciais e proteção do consumidor - nesta área destacam-se os dispositivos da Lei nº 9.656/1998 que

institui o plano-referência de assistência básica á saúde, que deve ser ofertado pelas Operadoras de Plano de Saúde (OPS);

- ii) Relações entre os setores público e privado nos planos de saúde - neste segmento de normas, incluem-se as que tratam do ressarcimento devido pelas OPS ao Sistema Único de Saúde (SUS) por atendimentos realizados pelo sistema público, mas que são de responsabilidade das operadoras.
- iii) Funcionamento das operadoras de planos de saúde e fiscalização governamental - a Lei nº 9.656/1998 introduziu uma ordem jurídica única para as operadoras de planos de saúde, obrigando todas as modalidades de OPS (seguradoras, cooperativas, medicinas de grupo, autogestão e filantropia) a obedecer aos mesmos mandamentos legais. Tal conceito foi reforçado pela alteração provocada pela Medida Provisória nº 2177-44, de 24/08/2001, que suprimiu a referência a seguros e segurados e instituiu o conceito de Plano Privado de Assistência à Saúde e estabeleceu, enfim, que todas as empresas/entidades que operam tais planos se sujeitam à Lei nº 9.656/1998.

2.3. Desempenho

O desempenho do setor pode ser inferido pelo índice de Variação do Custo Médico Hospitalar (VCMH) do IESS – $VCMH / IESS$ que expressa a variação do custo médico hospitalar per capita das operadoras de planos de saúde entre dois períodos consecutivos de 12 meses cada. O custo médico hospitalar representa o quanto custa, em média, prover aos beneficiários os serviços de assistência à saúde cobertos pelo plano em determinado período. Diferentemente dos índices de preço, o índice da variação do custo médico-hospitalar é resultado de uma combinação de dois fatores: frequência de utilização e preço dos serviços de saúde. Assim, tanto no Brasil quanto em países desenvolvidos, como os EUA, constata-se que a VCMH é sempre superior ao índice de inflação geral, conforme comprovado quando se comparado os Gráficos 4 e 5 abaixo.

Gráfico 4 - Série histórica do VCMH/IESS por data base



Fonte: IESS, Atualizado em: 12/06/2019, Periodicidade: Mensal.

As despesas anuais dos planos de saúde também têm aumentado ao longo dos anos, basicamente pelo aumento das coberturas impostas pelas agências reguladoras, com a inclusão de novos exames e tratamentos de alta complexidade, conforme demonstra o Gráfico 6.

Gráfico 5 - Inflação (IBGE) - Variação acumulada em 12 meses



Fonte: IBGE, Atualizado em: 07/06/2019, Periodicidade: Mensal

Gráfico 6 - Despesas assistenciais segundo plano de assistência (em R\$)

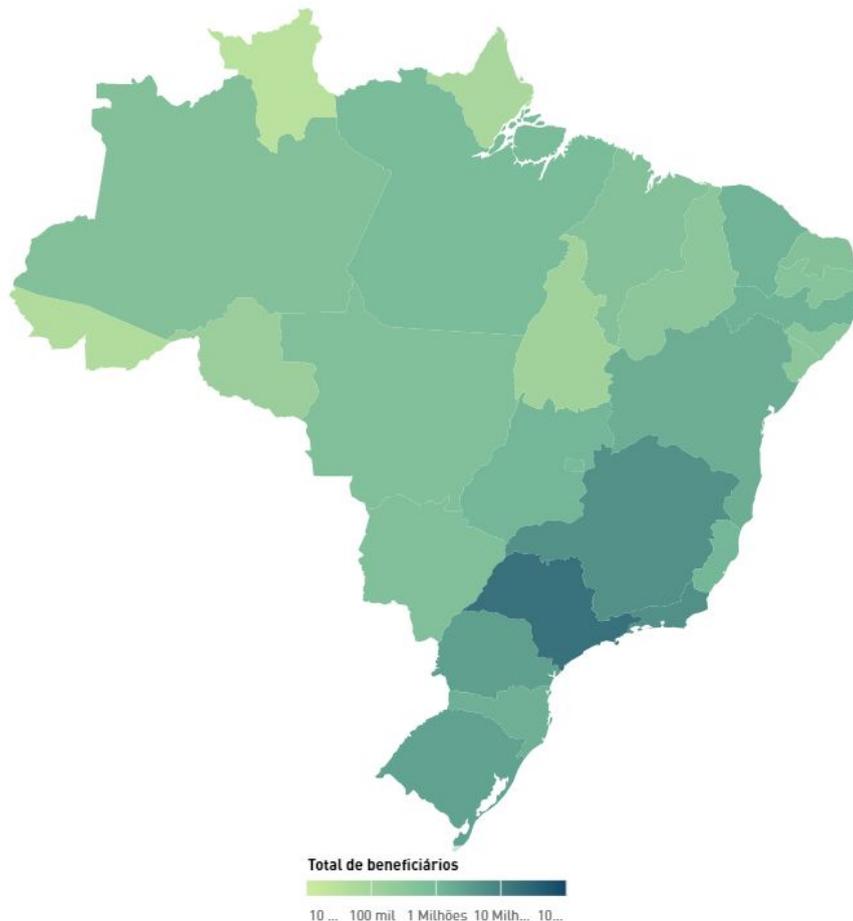


Fonte: ANS Tabnet, Atualizado em: 13/05/2019, Periodicidade: Anual.

Segundo esse indicador o desempenho do setor tem apresentado um VCMH maior do que o índice de inflação, o que denota um crescente aumento das despesas assistenciais. Se este diferencial estiver representando um aumento da cobertura de doenças ou a inclusão de novas tecnologias para o atendimento dos usuários não haveria razão para o SBDC atuar, pois o bem estar dos consumidores estaria aumentando par e passu com o aumento das despesas. A verificação dessa hipótese foge ao escopo desse trabalho, mas pode ser objeto de uma futura investigação.

Outro indicador de desempenho do setor de saúde suplementar pode ser a distribuição dos beneficiários pelo território nacional. Como ter plano de saúde está relacionado diretamente à renda, a distribuição dos beneficiários de planos de saúde também sofre uma variação de acordo com os estados com maior renda e empregabilidade, conforme demonstra Figura 3.

Figura 3 - Total de beneficiários de planos médico-hospitalares por Estado



Fonte: ANS Tabnet, Atualizado em: 08/05/2019, Periodicidade: Trimestral

Segundo esse indicador fica claro que o desempenho do setor de saúde suplementar é bastante iníquo, pois tem uma maior atuação junto aos estados que têm maior renda per capita. Fica claro através desse indicador que o bem estar de saúde da população é altamente dependente da saúde pública.

3. REALIDADE LOCAL

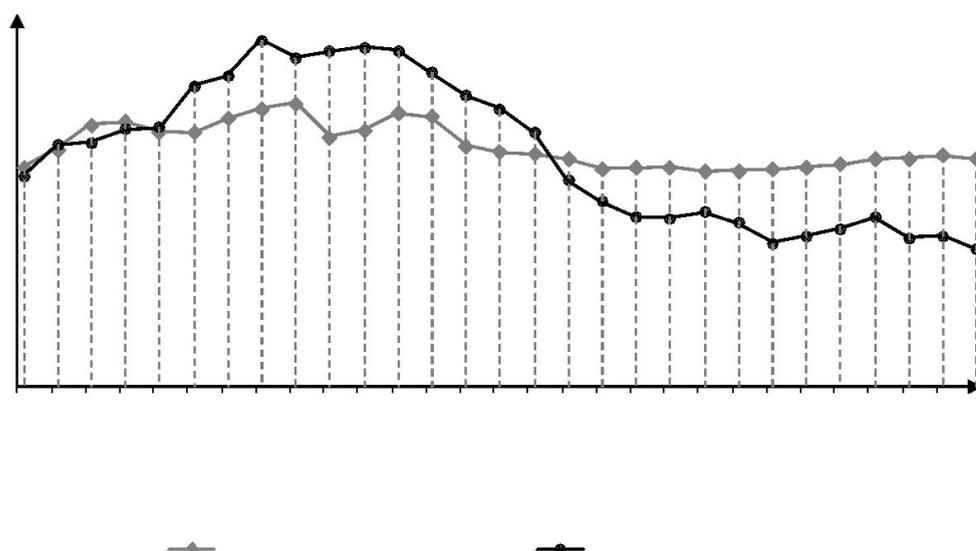
A partir da descrição do panorama nacional atual da cobertura de beneficiários de planos de saúde suplementar e conforme descrito inicialmente tem-se como objetivo analisar na cadeia produtiva de bens e serviços o setor de saúde suplementar, delimitado pelos beneficiários dos planos de saúde, nas cidades de Campos dos Goytacazes e Macaé para verificar se houve impacto, nestas cidades, com a crise econômica e mais especificamente, com a crise do

petróleo e, se este impacto foi semelhante ou discrepante nestas duas cidades que são vizinhas.

Em relação à cobertura de beneficiários de planos de saúde na cidade de Campos dos Goytacazes e Macaé podemos notar no Gráfico 7, uma diferença, onde, no quarto trimestre, mais precisamente, em dezembro de 2014, percebe-se uma queda de planos de saúde contratados na cidade de Macaé. Essa queda coincide com os períodos de elevação da taxa de desemprego no Brasil mostrados anteriormente no Gráfico 3. Além disso, os números de planos contratados continuam decaindo a ponto de em 2016 inverter a curva em relação a cidade de Campos dos Goytacazes e não mais ser recuperado até o momento. Quando se analisa ainda as taxas de desemprego – Gráfico 3, mostrada anteriormente, percebe-se que a partir de 2015 houve um aumento expressivo desta massa desocupada.

Talvez a crise do petróleo tenha sido sentida na área de saúde suplementar de forma mais intensa em Macaé porque, além de ser um petrorentista, ainda sediava grande parte das empresas contratadas pela Petrobrás, ou seja, local onde se concentrava os prestadores de serviços.

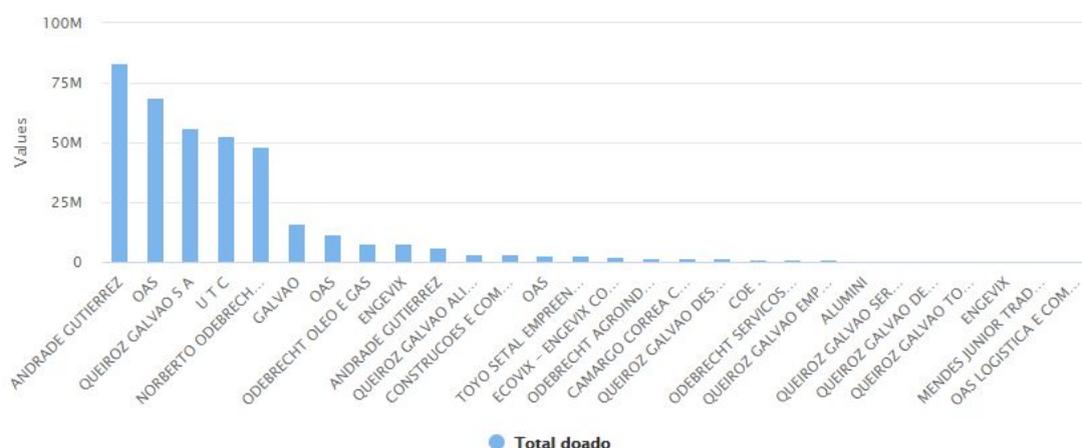
Gráfico 7 – Números totais de planos de saúde na cidade de Campos dos Goytacazes e Macaé, mar/12 a mar/19.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Outro ponto que tem de ser abordado é o fato de que a Operação Lava Jato tenha um importante papel neste numero expressivo de demissões na cidade de Macaé e não observado em Campos dos Goytacazes, visto que, todas as maiores “doadoras” para as campanhas políticas – Gráfico 8 abaixo, tinham como uma de suas bases a cidade de Macaé e, a partir do momento que perderam seus contratos tiveram que demitir seus funcionários e estes por conseguinte perderam seus planos de saúde, ou seja, trabalhadores do setor de petróleo estão sofrendo as consequências da crise, não só do petróleo, mais também da crise na Petrobrás. Muita gente perdeu o emprego em empresas que tinham contratos com a estatal. No Norte do estado do Rio, a cidade que tinha se tornado a capital nacional do petróleo começou a encolher e, como dito, ao perder emprego, perde-se o plano de saúde, perde-se renda e, por conseguinte, não tem como manter o plano de saúde. Com este somatório de fatores podemos explicar o porquê Macaé apresentou uma maior perda de cobertura de plano de saúde do que a cidade de Campos dos Goytacazes.

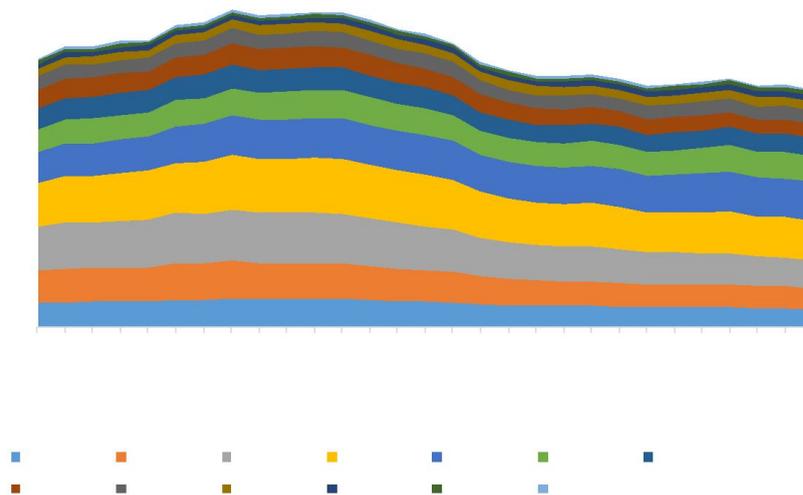
Gráfico 8 – Totais doados pelas empresas relacionadas na Lava a Jato



Fonte: <http://meucongressonacional.com/lavajato/empresas>

Esta diferença no impacto sofrido por duas cidades vizinhas fica mais evidente ao analisarmos as faixas etárias em que mais ocorreu perda de planos de saúde conforme o Gráfico 9 e 10.

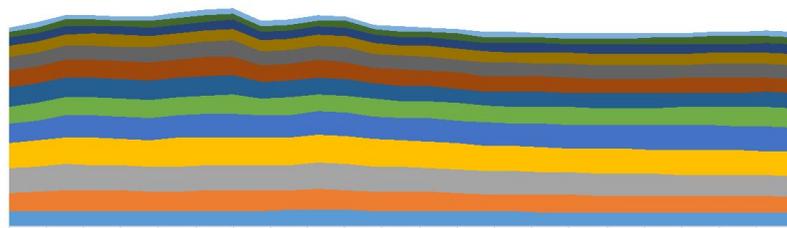
Gráfico 9 – Número de planos de saúde por faixa etária na cidade de Macaé, mar/12 a mar/19.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Observa-se que a cidade de Macaé apresentou uma perda mais expressiva entre na faixa etária entre 25 a 40 anos de idade. Já na cidade de Campos dos Goytacazes, mostrado no Gráfico 10, não se nota uma faixa etária específica onde tenha ocorrido uma maior perda de número de planos de saúde. Também se pode notar a diferença das quedas, mais acentuada em Macaé e mais suave e homogênea em Campos dos Goytacazes.

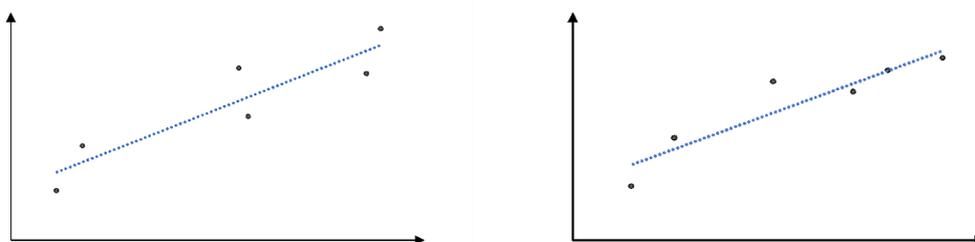
Gráfico 10 – Número de planos de saúde por faixa etária na cidade de Macaé, mar/12 a mar/19.



Fonte: Elaborado pelos autores.

No gráfico 11 visualiza-se o digrama de dispersão das variáveis emprego e plano de saúde, bem como, a correlação entre elas. Se observa uma forte correlação positiva entre o número de empregos e planos de saúde tanto da cidade de Campos como Macaé. Todavia a queda no número de planos de saúde em Macaé foi mais acentuada do que Campos dos Goytacazes, corroborado pela inclinação mais aguda da reta e nitidamente visualizada no Gráfico 7.

Gráfico 11 - Diagrama de dispersão das variáveis emprego e plano de saúde nas cidades de Campos dos Goytacazes e Macaé.



Fonte: Elaborado pelos autores.

4. CONCLUSÃO

O mercado de saúde suplementar é um segmento do sistema de assistência à saúde ao encargo da iniciativa privada, mas sob intensa supervisão do Estado via normas regulatórias e política de defesa da concorrência. Tal preocupação se justifica porque esse mercado atende atualmente a cerca de 50 milhões de usuários no Brasil e, também, porque possui certas características que impedem que o mecanismo de preços ajuste oferta e demanda, tais como falhas de mercado e externalidades, e outras que podem comprometer a livre concorrência entre os agentes: custos crescentes, barreiras à entrada, tendência à concentração e à integração vertical. Essas características são potencialmente prejudiciais à concorrência e podem prejudicar o bem estar dos consumidores.

Além disso, foi constatado uma correlação positiva entre o número de empregos formais e o número de planos de saúde nas cidades de Campos e Macaé, todavia Macaé teve uma queda bem mais acentuada na quantidade de planos de saúde do que Campos quando o número de emprego decaiu no mesmo período.

No cenário local pode-se constatar como eventos nacionais – Operação Lava a Jato, a crise do petróleo e a crise econômica - podem influenciar de formas diferentes cidades vizinhas.

REFERÊNCIAS

CAVALIERI, H.; TORRES, R. HASENCLEVER, L. Mudança estrutural e especialização produtiva: potenciais e desafios para o estado do Rio de Janeiro. In: ALTEC, Portugal, 2013.

HASENCLEVER, L. ; TORRES, R. O modelo estrutura, conduta, desempenho e seus desdobramentos. In: KUPFER, D. ; HASENCLEVER, L. Economia Industrial: fundamentos teóricos e práticas no Brasil. Rio de Janeiro : Editora Elsevier, 2013, cap. 4, pp. 41-54.

HASENCLEVER, L. ; FAURÉ, Y-A. Limites dos arranjos produtivos locais: Macaé no cenário de reconfiguração da cadeia de petróleo e gás. In: SILVA, S.R.de A.; CARVALHO, M. R. Macaé do Caos ao Conhecimento: olhares acadêmicos sobre o cenário de crise econômica. Macaé: Prefeitura Municipal de Macaé, 2019, pp. 475-502.

PIQUET, Rosélia; TAVARES, Érica; PESSÔA. Emprego no setor petrolífero: dinâmica econômica e trabalho no Norte Fluminense. Caderno Metrópole, São Paulo, v. 19, n. 38, p.201-224, abr. 2017.

LEANDRO, Tainá. Defesa da concorrência e saúde suplementar: a integração vertical entre planos de saúde e hospitais e seus efeitos no mercado. Dissertação (Mestrado em Economia). Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

MESQUITA, Maria A. F. A Regulação da Assistência Suplementar à Saúde: Legislação e Contexto Institucional. In: Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2002. P. 66 – 132.

NUNES, André. A Concentração no Mercado de Saúde Suplementar no Brasil. PESQUISA & DEBATE, SP, volume 25, número 2(46) pp.51-68, jul-dez. 2014.

KELLYTON BRITO. Empresas relacionadas na Operação Lava Jato. 2019. Disponível em: <<http://meucongressonacional.com/lavajato/empresas>>. Acesso em: 06 set. 2019.

WILLIAM BONEMER JUNIOR (Ed.). Macaé (RJ) que era capital do petróleo começa a encolher após crise. 2019. Edição do dia 30/03/2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2015/03/macaee-rj-que-era-capital-d-o-petroleo-comeca-encolher-apos-crise.html>>. Acesso em: 06 set. 2019.