

Vieira, Fabiola Sulpino

Working Paper

A produção em saúde do Ipea: Contribuição à promoção do desenvolvimento socioeconômico brasileiro

Texto para Discussão, No. 2496

Provided in Cooperation with:

Institute of Applied Economic Research (ipea), Brasília

Suggested Citation: Vieira, Fabiola Sulpino (2019) : A produção em saúde do Ipea: Contribuição à promoção do desenvolvimento socioeconômico brasileiro, Texto para Discussão, No. 2496, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/211447>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

2496

A PRODUÇÃO EM SAÚDE DO IPEA:
CONTRIBUIÇÃO À PROMOÇÃO
DO DESENVOLVIMENTO
SOCIOECONÔMICO BRASILEIRO

Fabiola Sulpino Vieira

TEXTO PARA DISCUSSÃO



A PRODUÇÃO EM SAÚDE DO IPEA: CONTRIBUIÇÃO À PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO BRASILEIRO

Fabiola Sulpino Vieira¹

1. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.
E-mail: <fabiola.vieira@ipea.gov.br>.

Governo Federal

Ministério da Economia

Ministro Paulo Guedes

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério da Economia, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Carlos von Doellinger

Diretor de Desenvolvimento Institucional, Substituto

Manoel Rodrigues dos Santos Junior

**Diretor de Estudos e Políticas do Estado,
das Instituições e da Democracia**

Alexandre de Ávila Gomide

**Diretor de Estudos e Políticas
Macroeconômicas**

José Ronaldo de Castro Souza Júnior

**Diretor de Estudos e Políticas Regionais,
Urbanas e Ambientais**

Aristides Monteiro Neto

**Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação
e Infraestrutura**

André Tortato Rauem

Diretora de Estudos e Políticas Sociais

Lenita Maria Turchi

**Diretor de Estudos e Relações Econômicas
e Políticas Internacionais**

Ivan Tiago Machado Oliveira

Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação

Mylena Fiori

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2019

Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica
Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990-

ISSN 1415-4765

1. Brasil. 2. Aspectos Econômicos. 3. Aspectos Sociais.
I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 330.908

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos).
Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO7

2 MÉTODOS.....11

3 RESULTADOS.....17

4 DISCUSSÃO27

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....39

REFERÊNCIAS41

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....48

SINOPSE

A saúde constitui uma importante área de atuação do Ipea, que tem entre as suas finalidades a promoção e a realização de pesquisas e estudos sociais e econômicos, bem como a disseminação do conhecimento resultante, oferecendo à sociedade elementos para o conhecimento, assim como a superação de problemas e desafios do desenvolvimento brasileiro. Na perspectiva da relação entre saúde e desenvolvimento, o objetivo deste texto é analisar as contribuições do Ipea à promoção do desenvolvimento socioeconômico nacional, por meio de sua produção em saúde do período de 1982 a 2018. Realizou-se um estudo bibliométrico descritivo e relacional, a fim de descrever esta produção e de identificar as relações entre os diversos assuntos tratados nos documentos produzidos que são de interesse para as ciências da saúde (saúde humana), com ou sem interfaces com outras áreas do conhecimento. A análise do material mapeado foi feita com o suporte do *software* Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), versão 0.7 alpha 2, para tratamento dos dados qualitativos relativos aos descritores de assunto dos documentos. A partir da classificação hierárquica descendente (CHD), que utilizou 349 textos (77,7% do *corpus* textual), foram obtidas três categorias de assuntos que, em linhas gerais, se referem aos seguintes temas tratados nessa produção: *i*) financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), gastos em saúde e regulação governamental; *ii*) alocação de recursos e gestão em saúde; e *iii*) desigualdades nos níveis de saúde, no acesso aos serviços de saúde e participação social. Conclui-se que os pesquisadores do instituto têm produzido conhecimento e oferecido informação relevante sobre aspectos relacionados à saúde da população e ao setor saúde que impactam os fatores do desenvolvimento, especialmente no tocante à identificação de problemas e ao acompanhamento, ao monitoramento e à avaliação de políticas e programas públicos. Além disso, também se conclui que é possível potencializar essa contribuição na área da saúde, com a participação mais ativa do seu corpo técnico na elaboração de propostas, na formulação de políticas e no planejamento governamental de médio e longo prazos.

Palavras-chave: bibliometria; pesquisa; setor de assistência à saúde; nível de saúde; economia da saúde; desenvolvimento socioeconômico.

ABSTRACT

Health is an important area of activity of the Institute of Applied Economic Research (Ipea), whose purpose is to promote and carry out research and social and economic studies, as well as disseminate the resulting knowledge, offering society solutions to the challenges of economic and social Brazilian development. In the perspective of the relation between health and development, the objective of this text is to analyze the contributions of Ipea to the promotion of national socioeconomic development, through its production in health from 1982 to 2018. A descriptive and relational bibliometric study was carried out, in order to describe this production and to identify the relationships between the various subjects treated in the documents produced that are of interest to the Health Sciences (human health), with or without interfaces with other areas of knowledge. The analysis of the mapped material was done with the support of the software Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), version 0.7 alpha 2, for treatment of the qualitative data related to the document subject descriptors. From the Descending Hierarchical Classification (CHD), which considered 349 texts (77.7% of the textual corpus), three categories of subjects were obtained which, in general terms, refer to the following topics dealt with in this production:: i) financing of Brazilian public health care system (SUS), health expenditures and government regulation; ii) resource allocation and health management; and iii) inequalities in health levels, inequalities in the access to health services, and social participation. It is concluded that the Institute's researchers have produced knowledge and provided relevant information on aspects related to population health and the health sector that impact development factors, especially in identifying problems, monitoring and evaluating public policies and programs. In addition, that it is possible to enhance this contribution in the health area, with the active participation of its staff in the proposals elaboration, policies formulation and in the medium and long term governmental planning.

Keywords: bibliometric; research; health care sector; health status; health economics; socioeconomic development.

1 INTRODUÇÃO

A saúde constitui uma importante área de atuação do Ipea, o que não é muito evidente, à primeira vista, especialmente para aqueles que não conhecem a trajetória da instituição. Talvez isso se deva à grande projeção da pesquisa econômica realizada pelo instituto nos meios de comunicação do país e à menor frequência da discussão sobre os demais temas de políticas públicas nesses meios.

O Ipea foi instituído em 1967 como uma fundação pública federal, por meio do Decreto-lei nº 200 (Brasil, 1967), para ser um órgão pensante de governo, ajudando-o a formular o planejamento do desenvolvimento socioeconômico nacional no médio e no longo prazos. Teve por instituição precursora o Escritório de Pesquisa Econômica Aplicada (Epea), criado em 1964, que foi constituído por equipe qualificada de profissionais, com liberdade de pensamento e de criação, a fim de ser a consciência crítica do governo, ainda que o país estivesse submetido a um regime não democrático (Velloso, 2005).

Atualmente está vinculado ao Ministério da Economia (Brasil, 2019) e tem entre as suas finalidades a promoção e a realização de pesquisas e estudos sociais e econômicos, bem como a disseminação do conhecimento resultante, oferecendo à sociedade elementos para o conhecimento e a superação de problemas e desafios do desenvolvimento brasileiro. O órgão tem por competências: *i*) promover e realizar pesquisas destinadas ao conhecimento dos processos econômicos, sociais e de gestão pública brasileira; *ii*) analisar e diagnosticar os problemas estruturais e conjunturais da economia e da sociedade brasileira; *iii*) realizar estudos prospectivos de médio e longo prazo; *iv*) disponibilizar sistemas de informação e disseminar conhecimentos atinentes às suas áreas de competência, inclusive por meio de atividades de capacitação; *v*) fomentar e incentivar a pesquisa socioeconômica aplicada e o estudo e a gestão das políticas públicas e de organizações públicas, visando ao desenvolvimento brasileiro sustentável; e *vi*) realizar atividades de pesquisa, planejamento econômico e assessoria técnica ao governo federal, a fim de contribuir para a avaliação e o monitoramento de políticas públicas e programas governamentais nas áreas de sua competência (Brasil, 2010).

Como parte de um projeto que visa ampliar a disseminação do conhecimento produzido em saúde pela instituição, as publicações do instituto estão sendo indexadas à base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), o

que contribuirá para que se desenvolva maior compreensão sobre a atuação do Ipea nesta área (Vieira e Santos, 2019). A ampliação da disseminação dos documentos publicados é particularmente relevante em um contexto em que o acesso à informação e ao conhecimento é reconhecido como um direito humano universal. Afirma-se também que tanto o conhecimento quanto a informação são instrumentos-chave para o desenvolvimento sustentável na América Latina e no Caribe, sendo para isso essencial o trabalho das bibliotecas, algo que tem sido ressaltado na perspectiva de implementação pelos países da Agenda 2030¹ (Ifla, 2019).

Como visto nas competências e finalidades do Ipea enunciadas anteriormente, o desenvolvimento nacional constitui meta a ser alcançada, e o instituto aporta a sua contribuição por meio da realização de estudos e pesquisas e da assessoria governamental. Assim, é fundamental compreender o significado do termo *desenvolvimento*. Segundo Akerman (2014), o uso deste termo no sentido de “fazer progresso” esteve muito associado à ideia do crescimento econômico, o que só começou a mudar quando o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) passou a usar um indicador para mensurar o bem-estar e a qualidade de vida da população nos países. O PNUD define o desenvolvimento humano, uma das facetas do desenvolvimento, como “um processo de ampliação das escolhas das pessoas para que elas tenham capacidades e oportunidades para serem aquilo que desejam ser” (PNUD, [s.d.]). Ainda segundo este programa, “diferentemente da perspectiva do crescimento econômico, que vê o bem-estar de uma sociedade apenas pelos recursos ou pela renda que ela pode gerar, a abordagem de desenvolvimento humano procura olhar diretamente para as pessoas, suas oportunidades e capacidades” (*op. cit.*). Nesse contexto, desenvolvimento e bem-estar são determinados por diversos fatores, entre os quais o acesso a serviços essenciais, como saneamento básico, educação e saúde.

A questão que se coloca é que não basta a um país crescer economicamente e aumentar a riqueza nacional se esse crescimento vem atrelado ao aumento das desigualdades sociais e se não há progressos nas condições de vida e no bem-estar geral. Delgado e Theodoro (2005) defendem a visão do desenvolvimento com equidade, ancorados em

1. A *Agenda 2030* é um plano de ação para as pessoas, para o planeta e para a prosperidade, constituída por dezessete Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que traduzem compromissos assumidos por líderes mundiais em 2015, voltados ao desenvolvimento socioeconômico sustentável das nações.

ideias que pertencem ao campo da literatura liberal, como eles fazem questão de enfatizar, tais como: *i*) essencialidade dos bens primários e dos bens públicos² à sociedade justa, oriunda da teoria de justiça de John Rawls; *ii*) necessidade dos *entitlements* (bens primários e bens públicos) para assegurar a igualdade de oportunidades e a igualdade de capacidades como condição ao desenvolvimento humano, segundo a teoria do desenvolvimento humano de Amartya Sen; e *iii*) importância da garantia de justiça distributiva e da promoção da igualdade por meio da ação legal do Estado, conforme a teoria de igualdade de Norberto Bobbio. Para os autores, a ligação entre a política social e o desenvolvimento ocorre porque *i*) os direitos sociais promovem a inclusão social; *ii*) a política social promove igualdade e induz o investimento produtivo, por meio da redistribuição de renda social; e *iii*) o gasto social público induz a demanda efetiva, tendo efeito anticíclico nas recessões econômicas.

Nessa perspectiva, tem-se assumido o qualificador *socioeconômico* para o termo *desenvolvimento*, a fim de explicitar os princípios e as dimensões que norteiam a ideia de progresso ali contida (desenvolvimento socioeconômico), e, para alcançá-lo, tem-se reconhecido que a política social desempenha papel relevante.

Castro (2012, p. 1014) destaca a dificuldade de se conceituar política social, mas, ao discutir as conexões entre a política social e o processo de desenvolvimento, entende que esta é “composta por um conjunto de programas e ações do Estado que se concretizam na garantia de oferta de bens e serviços, nas transferências de renda e regulação de elementos de mercado”. Para o autor, a política social é implementada para oferecer proteção e promoção social, a fim de dar resposta aos direitos sociais e a situações que influenciam as condições de vida da população. Mas, para além de sua contribuição no tocante ao fator social, ela também contribui com o fator econômico do desenvolvimento. Mediante essa política, é possível ampliar as habilidades, as capacidades e a inclusão produtiva da população, resultando no aumento da inovação e na produtividade do trabalho, fatores relevantes ao crescimento econômico. Ela dá respostas a problemas que dificultam ou impedem o alcance de maior nível de bem-estar e qualidade de vida da população.

2. Bens primários são bens que ainda não sofreram nenhum tipo de transformação e bens públicos são bens cujo consumo é efetuado por toda a população. Para mais informações, acesse: <<https://bit.ly/2DIKenQ>>. Há ainda a categoria de bens sociais primários que, na teoria de John Rawls, seriam liberdades, oportunidades, riqueza, rendimento e as bases sociais da autoestima. Para mais informações, acesse: <<https://bit.ly/2GT3RKQ>>.

No caso da saúde, a relação bidirecional entre saúde e desenvolvimento está bem estabelecida na literatura. De um lado, a saúde promove o crescimento econômico, por meio do aumento da produtividade do trabalho, a partir da aquisição de mais conhecimento e habilidades e do incentivo à acumulação de capital. Por outro lado, a renda possibilita melhoria na situação de saúde, devido à ampliação do acesso a bens e serviços essenciais, entre os quais os de saúde (Viana e Silva, 2017). A renda influencia os determinantes sociais da saúde, que são as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, e que são responsáveis pela maior parcela dos problemas de saúde (Irwin *et al.*, 2006 *apud* Akerman *et al.*, 2011).

Para Castro (2013), a saúde constitui elemento-chave para o desenvolvimento econômico, social e político sustentável de um país, sendo um indutor da qualidade de vida e da autonomia nacional. O autor aporta contribuição relevante a esta questão ao discutir a influência da saúde nos fatores do desenvolvimento, quais sejam: *i*) ampliação da democracia; *ii*) crescimento da economia e aumento da produtividade; *iii*) justiça social e inclusão produtiva; e *iv*) sustentação. Uma primeira conexão entre as políticas de saúde e os fatores do desenvolvimento, que é o circuito social de influência, é a de que o acesso aos bens e serviços de saúde com qualidade, que tem por princípio a solidariedade, efetiva-se por meio da proteção social, que, por sua vez, é um dos fatores de justiça social. Uma segunda conexão, circuito político de influência, dá-se tanto com a ampliação das habilidades e competências dos indivíduos quanto com a melhoria de sua capacidade de compreensão dos processos econômicos, sociais e políticos, o que favorece a ampliação da cidadania. Uma terceira conexão, circuito econômico de influência, diz respeito à mudança no padrão de consumo das famílias, com o aumento da oferta de bens e serviços de saúde, que tem como pressuposto o aumento do investimento público em estabelecimentos e tecnologias, gerando postos de trabalho e renda. A saúde também é fundamental para ampliação da produtividade do trabalho, que, por sua vez, é fator essencial do crescimento econômico. Por fim, uma quarta conexão, circuito ambiental de influência, está ligada à relevância da saúde para a conservação e a recuperação do ambiente, essencial para a sustentabilidade.

Nessa perspectiva da relação entre saúde e desenvolvimento, o objetivo deste texto é analisar as contribuições do Ipea à promoção do desenvolvimento socioeconômico nacional, por meio de sua produção em saúde do período de 1982 a 2018.

2 MÉTODOS

Foi realizado um estudo bibliométrico descritivo e relacional da produção em saúde do Ipea do período de 1982 a 2018. Denominou-se produção em saúde do Ipea o conjunto de documentos publicados em diferentes formatos (artigos, textos para discussão, notas técnicas, capítulos de livros, livros, boletins, entre outras publicações) que abordam tema específico ou de interesse para o campo das ciências da saúde (saúde humana), elaborados pelo corpo técnico do instituto ou por pesquisadores vinculados a outras instituições, desde que o financiamento do trabalho tenha se dado com recursos de programa de pesquisa do Ipea.

A bibliometria consiste na análise da atividade científica ou técnica por meio de estudos quantitativos da produção técnico-científica, incluindo o levantamento dos temas abordados nas publicações, o que tem sido feito rotineiramente por pesquisadores de diversas áreas do conhecimento (Silva, Hayashi e Hayashi, 2011). A bibliometria relacional, como tipo de aplicação da bibliometria, tem por foco a identificação dos relacionamentos na pesquisa, entre os quais a estrutura de conhecimento do campo de estudo e o surgimento de novas frentes de investigação (Thelwall, 2008).

Neste trabalho, técnicas bibliométricas foram empregadas com a finalidade de descrever a produção em saúde do Ipea e de identificar as relações entre os diversos assuntos tratados nos documentos produzidos que são de interesse para as ciências da saúde (saúde humana), com ou sem interfaces com outras áreas do conhecimento.

O mapeamento dos documentos foi feito como atividade do projeto Indexação da produção em saúde do Ipea à base de dados Lilacs. A coleta de dados iniciou-se em 1982 porque este é o primeiro ano para o qual se permite indexar documentos a essa base de dados (Vieira e Santos, 2019). No entanto, diferentemente do levantamento realizado para o projeto, neste texto foram considerados apenas os documentos publicados pelo Ipea em que pelo menos um dos autores fosse afiliado ao instituto ou cujo trabalho tivesse sido financiado por meio de programa de pesquisa do instituto, incluindo bolsistas e outros pesquisadores contratados para a realização de consultoria. A verificação da afiliação ou do financiamento do trabalho foi feita por meio das informações registradas sobre os autores em cada documento publicado.

As três fontes de informação utilizadas para identificação dos documentos foram: *i*) acervo da biblioteca; *ii*) Repositório do Conhecimento do Ipea (RCIpea); e *iii*) portal Ipea. A consulta ao acervo da biblioteca é a interface para a internet do sistema de gestão deste acervo. Como ele contempla documentos produzidos e/ou publicados por outras instituições, a busca combinada para a identificação da produção em saúde do instituto foi feita por editora (Ipea) e por ano de edição para todo o período.³ Os títulos e os resumos dos documentos recuperados foram lidos e os registros foram lançados em uma planilha eletrônica caso nesta primeira leitura o documento fosse classificado como de interesse para a área da saúde.

No RCIpea, que contempla apenas documentos publicados pelo Ipea, a consulta foi feita para a palavra *saúde* em qualquer parte do documento, delimitada por ano de publicação. Assim, todos os títulos e resumos dos registros recuperados tiveram que ser lidos para avaliar se os temas tratados seriam de interesse para as ciências da saúde (saúde humana). Os registros selecionados foram copiados para uma planilha eletrônica caso não estivessem duplicados em relação à consulta feita ao acervo da Biblioteca, que continha registros de publicações do Ipea desde 2013, conforme levantamento mencionado anteriormente.

A consulta ao Portal Ipea foi utilizada principalmente para busca de artigos dos periódicos e capítulos de boletins, seguindo a mesma rotina estabelecida anteriormente para seleção e cópia dos registros de interesse para uma planilha eletrônica. O trabalho de mapeamento dos documentos foi realizado, ainda, com o apoio de especialistas das áreas de economia da saúde, segurança pública, justiça e direitos humanos, igualdade racial e de gênero, que revisaram o levantamento preliminar, possibilitando a identificação de outros documentos relevantes e sua inclusão no rol de publicações de interesse para a área da saúde.

Todos os documentos foram acessados para verificar se pelo menos um dos autores tinha vínculo com o Ipea ou se a pesquisa foi financiada pelo instituto, de acordo com a informação de afiliação e/ou financiamento do trabalho constantes no próprio

3. Não foi utilizada a busca combinada com a palavra *saúde* como assunto porque isso poderia gerar perda de documentos, uma vez que se recomenda, de forma geral, que a atribuição de descritores de assunto seja a mais específica possível. Assim, a utilização da palavra *saúde*, na consulta por assunto, poderia levar a não recuperação de documentos importantes.

documento, e para uma leitura mais atenta do seu resumo e análise do seu conteúdo, a fim de atribuir para cada um deles descritores em ciências da saúde (DeCS), os quais foram incluídos na planilha eletrônica dos registros. Documentos que não puderam ser enquadrados em pelo menos dois descritores ou que não tinham pelo menos um autor vinculado ao Ipea tiveram o seu registro eliminado.

Os DeCS constituem o vocabulário controlado, estruturado e trilingue (português, inglês e espanhol), criado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) para uniformizar a descrição dos assuntos na indexação dos documentos e para ser utilizado na pesquisa e na recuperação de documentos nas fontes de informação disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foi desenvolvido a partir do vocabulário controlado da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (NLM), chamado de Medical Subject Headings (MeSH), a fim de padronizar a terminologia nos três idiomas mencionados e possibilitar a recuperação de documentos publicados nesses idiomas a partir de uma consulta em que se utilize qualquer um deles.

Todos os documentos foram identificados de acordo com as seguintes variáveis: *i*) número do documento; *ii*) ano de publicação; *iii*) tipo de produto editorial (*Texto para discussão*, nota técnica, livro, capítulo de livro, capítulo de boletim, artigo, relatório de pesquisa, *Discussion paper*, comunicados do Ipea, *Texto para discussão* Ipea/Cepal, outra monografia não seriada e outra monografia seriada); *iv*) tipo de literatura Lilacs (série, monografia e tese/dissertação); *v*) subtipo de literatura Lilacs (série: periódica ou monográfica; monografia: livro, capítulo de livro e relatório técnico-científico); e *vi*) DeCS.

A análise do material mapeado foi feita com o suporte do *software* Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires),⁴ versão 0.7 alpha 2, para tratamento dos dados qualitativos relativos aos descritores de assunto dos documentos produzidos pelo Ipea. O Iramuteq é um *software* livre, baseado em linguagem Python, que utiliza a plataforma estatística do *software* R. Foi criado para possibilitar a realização de diversos tipos de análises textuais, em diferentes níveis de complexidade (Camargo e Justo, 2013). O Iramuteq tem sido

4. Para mais informações, acesse: <<http://www.iramuteq.org/>>.

empregado nos últimos anos como poderosa ferramenta de processamento de dados, com rigor científico, em pesquisa qualitativa na área da saúde no Brasil (Souza *et al.*, 2018; Salvador *et al.*, 2018).

Na literatura, verificou-se que esse *software* tem sido utilizado no processamento de materiais textuais obtidos de diversas formas, como a partir de entrevistas (Kami *et al.*, 2016; Lowen *et al.*, 2017; Shimizu *et al.*, 2017); de grupo focal (Moimaz *et al.*, 2016); de questionário com questões abertas (Gutierrez *et al.*, 2018); de teste de associação livre de palavras – Talp (Trigueiro *et al.*, 2016); de artigos publicados em periódicos científicos (Broc *et al.*, 2017); e de grupo de discussão no Facebook (Queiroz e Sousa, 2017). Neste trabalho, foi empregada uma fonte de material textual não identificada na literatura: os descritores de assunto de um conjunto de publicações, isto é, o conjunto de DeCS atribuídos para cada documento. Não foram utilizados os resumos dos documentos porque alguns deles, especialmente os documentos mais antigos e os capítulos de livros e boletins, não possuem resumos elaborados pelos autores.

O banco de dados usado para leitura pelo Iramuteq foi elaborado em Word®, a partir dos registros dos descritores e de outras variáveis que foram copiados da planilha eletrônica, gerando um arquivo em formato .txt, conforme requisitos necessários para leitura dos dados por este aplicativo (Salviati, 2017).⁵ Considerando a linguagem do Iramuteq, os descritores de cada documento constituem um texto,⁶ que pode ter um ou mais segmentos de texto, os quais podem conter mais ou menos três linhas de palavras. E o conjunto de textos, isto é, o conjunto dos DeCS de cada documento, constitui o *corpus* da análise.

Para os DeCS que contêm mais de uma palavra, os espaços entre elas foram substituídos por um subtraço (_), a fim de que o *software* reconhecesse cada descritor como uma única palavra. A consistência do banco foi testada já com o uso deste aplicativo, com o objetivo de identificar possíveis erros de digitação, os quais fazem com que ele reconheça um mesmo descritor como sendo dois ou mais descritores diferentes. Dessa

5. Na internet é possível acessar vídeos de curso sobre o uso do Iramuteq oferecido pela professora doutora Cynthia Melo, da Universidade de Fortaleza, que coordena o Laboratório de Estudos e Práticas em Psicologia e Saúde (LEPP-Saúde). A relação dos vídeos consta na *Bibliografia complementar* deste texto.

6. Cada documento pode ter dois ou mais DeCS.

forma, a partir da lista de palavras relacionadas pelo Iramuteq (ligadas por um subtraço quando necessário para representar o descritor), identificaram-se os erros e pôde-se corrigir o arquivo do banco de dados.

Apresenta-se no box 1, a título de ilustração, um extrato de registros constantes no banco de dados (*corpus*). As linhas iniciadas por quatro asteriscos (****) são linhas de comando e separam os textos, sendo que cada texto representa o conjunto de DeCS que descrevem o documento. Na leitura do banco de dados, o Iramuteq identificou igual número de textos e de segmentos de textos, porque os textos não continham mais que três linhas de conteúdo. As variáveis indicadas por um asterisco (*) nas linhas de comando são: *i*) DOC: número do documento; *ii*) ano; *iii*) pe: produto editorial; *iv*) Lilacs: tipo de literatura Lilacs; e *v*) sub: subtipo de literatura Lilacs.

BOX 1

Extrato dos registros constantes no banco de dados

```
**** *DOC_6 *ano_2018 *pe_NT *Lilacs_Série *sub_Série_monográfica
sistemas_de_saúde; Sistema_Único_de_Saúde; acesso_aos_serviços_de_saúde; financiamento_da_assistência_à_saúde;
cobertura_de_serviços_privados_de_saúde; planos_de_pré_pagamento_em_saúde
**** *DOC_14 *ano_2018 *pe_TD *Lilacs_Série *sub_Série_monográfica
financiamento_da_assistência_à_saúde; Sistema_Único_de_Saúde; federalismo; descentralização; integralidade_em_saúde
```

Elaboração da autora.

Com o suporte do Iramuteq foi possível obter:

- as estatísticas textuais básicas: número de textos no *corpus* (ou seja, número de conjunto de descritores); número de segmentos de textos; ocorrência de DeCS no total (total de formas/palavras); número de DeCS distintos (formas distintas); e número de DeCS que aparecem uma única vez no *corpus* (hápx);
- a relação de formas ativas na análise, isto é, os DeCS que estão sendo considerados na análise, assim como a lista de formas suplementares, do total de DeCS e de hápx;
- a nuvem de palavras, que mostra os DeCS distintos agrupados em formato de nuvem, em tamanhos diversificados, de acordo com a frequência com que eles ocorrem no *corpus* textual;
- a análise de especificidades, que associa os textos (conjunto de DeCS de um documento) com as variáveis utilizadas, a partir do cálculo de suas frequências e da relação qui-quadrado de cada palavra do *corpus*;

- a análise fatorial de correspondências (AFC), que consiste em representação gráfica entre classes e palavras (descritores);
- a análise de similitude, que apresenta em um grafo⁷ a vinculação entre os DeCS no *corpus* textual; e
- a classificação hierárquica descendente (CHD), que consiste na classificação de palavras dos descritores pelo método de Reinert para agrupamento das palavras em classes temáticas (classes de textos, isto é, categorias que agrupam os documentos publicados pelo Ipea). Esta classificação não pôde ser feita para os DeCS, pois o Iramuteq apresentou erro ao se utilizar o banco de dados contendo as palavras dos descritores unidas pelo subtraço. Foi realizada, então, a análise para todas as palavras dos DeCS (sem uso do subtraço, exceto para a palavra pré-pagamento) na modalidade de classificação simples sobre o texto, uma vez que o número de textos coincidiu com o número de segmentos de textos no *corpus* na leitura do banco de dados pelo aplicativo. Na CHD, o Iramuteq realiza o teste do qui-quadrado (χ^2) para medir a associação entre as palavras e sua respectiva classe. A associação é confirmada quando o valor do χ^2 for superior a 3,84 e o valor de p , que identifica o menor nível de significância em que se rejeitaria a hipótese nula da associação da palavra com a classe, for inferior a 5% ($p < 0,05$) (Souza *et al.*, 2018).

Como parte da análise dos resultados da CHD, cada classe temática gerada pelo Iramuteq foi exemplificada com documentos que a representam. Para tanto, buscou-se identificar, por meio dos DeCS, alguns documentos que continham, entre as dos descritores, palavras que foram significativamente associadas a cada uma das classes geradas pelo aplicativo. Dessa forma, o documento que as continham foi citado como uma produção que representa a respectiva classe.

Os grafos obtidos a partir da análise de similitude foram reeditados com o suporte do *software* Gephi, que é um *software* livre baseado no *software* R, utilizado para visualização e exploração de gráficos e redes.⁸

Por fim, os resultados obtidos com o suporte do Iramuteq foram analisados buscando-se estabelecer a conexão entre a produção técnico-científica do Ipea na área da

7. Grafo é um elemento formado por um conjunto de vértices e um conjunto de arcos. Trata-se de um ramo da matemática. Para mais informações, ver Salviati (2017) ou acessar: <<https://bit.ly/2ELBMpj>>.

8. Para mais informações, acesse: <<https://gephi.org/>>.

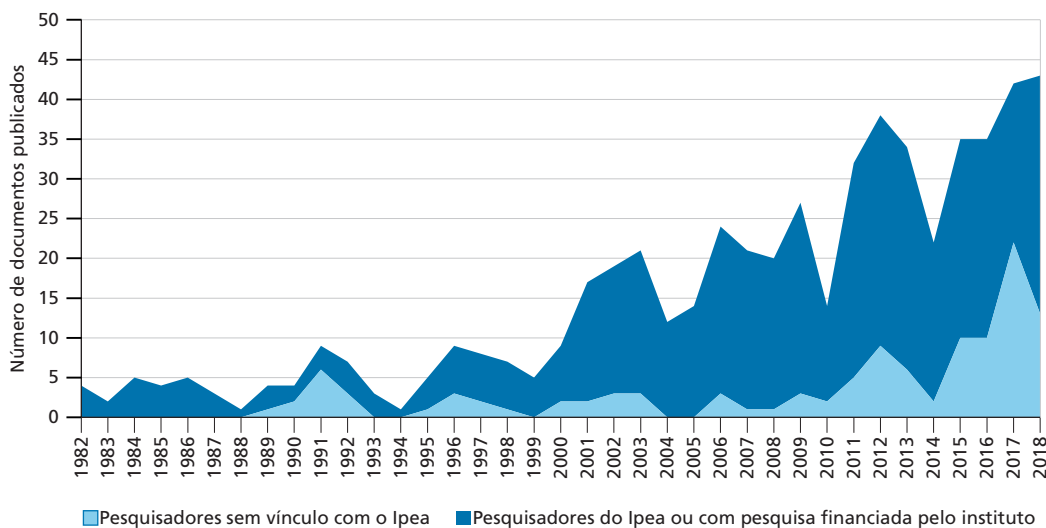
saúde, do período de 1982 a 2018, e o conceito de desenvolvimento socioeconômico, como forma de explicitar em que medida os estudos e as pesquisas realizados pelo instituto contribuem para a promoção desse desenvolvimento no que tange ao campo da saúde.

3 RESULTADOS

Do total de 565 documentos publicados pelo Ipea no período de 1982 a 2018 que foram identificados como sendo da área das ciências da saúde (saúde humana), com ou sem interfaces com outras áreas do conhecimento, 449 documentos (79,5%) foram classificados como produção em saúde do Ipea. Os outros 116 documentos (20,5%) têm autores sem vínculo de trabalho com o Ipea ou os estudos não foram financiados por meio de programa de pesquisa do instituto.

O gráfico 1 apresenta a distribuição dos documentos publicados pelo Ipea de interesse para a saúde segundo os vínculos dos pesquisadores. Nota-se maior presença de autores sem vínculo com o instituto nas publicações do início dos anos 1990, 55% dos documentos publicados entre 1990 e 1992 (onze de vinte documentos) e, nos últimos quatro anos, 35,5% dos documentos entre 2015 e 2018 (55 de 155 documentos).

GRÁFICO 1 Distribuição dos documentos publicados pelo Ipea de interesse para a saúde segundo o vínculo dos pesquisadores (1982-2018)



Elaboração da autora.

A participação dos autores sem vínculo com o Ipea varia de acordo com o tipo de produto editorial. No caso dos artigos de revistas, esta informação é particularmente relevante, pois um dos critérios considerados para a indexação de periódicos e/ou artigos a bases de dados de literatura científica é o grau de endogeneidade do periódico. Periódicos que publicam artigos cujos autores, em sua maioria, pertencem a mesma instituição ou região geográfica geralmente não são aceitos (SciELO, 2014). Em relação aos periódicos do Ipea e para artigos de interesse para o campo da saúde, a média de participação dos pesquisadores afiliados ao instituto foi de 24,3%, mas esta participação varia conforme o periódico: 17,5% no *Planejamento e políticas públicas* – PPP (dez em 57 artigos do período de 1989 a 2018); 8% no *Pesquisa e planejamento econômico* – PPE (dois em 25 artigos de 1995 a 2018);⁹ 25% no *Tempo do mundo* (um em quatro artigos de 2010 a 2017); e 80% no *Radar* (doze de quinze artigos de 2010 a 2018).¹⁰ Para os demais produtos editoriais, a afiliação ao Ipea foi de 91,8% (424 de 462 documentos publicados) no período de 1982 a 2018.

A produção em saúde do Ipea por tipo de produto editorial, isto é, considerando apenas os autores afiliados ao instituto, é apresentada na tabela 1. Nesta tabela, observa-se que os principais canais de publicação dos trabalhos foram os *Textos para discussão*, os capítulos de livros e de boletins e as notas técnicas, que somados totalizam 74,4% dos documentos. A produção é majoritariamente publicada em português. O *Discussion paper*, variante do *Texto para discussão*, publicado em inglês, tem baixa representatividade no conjunto dos documentos.

9. Foram considerados apenas os artigos em formato digital.

10. No caso dos artigos, os períodos considerados variaram em decorrência do tempo de existência do periódico.

TABELA 1
Produção em saúde do Ipea segundo categorias de produtos editoriais (1982-2018)

Produtos editoriais	Número de documentos	Frequência (%)
<i>Textos para discussão</i>	174	38,8
Capítulos dos boletins (BPS, Bapi, Bepi e BRU)	87	19,4
Capítulos de livro	45	10,0
Notas técnicas	28	6,2
Artigos dos periódicos (PPP, PPE, <i>Radar</i> e <i>Tempo do mundo</i>)	25	5,6
Livros	24	5,4
Outras monografias não seriadas	21	4,7
Comunicados do Ipea	12	2,7
Outras monografias seriadas	12	2,7
Relatórios de pesquisa	9	2,0
<i>Discussion paper</i>	7	1,6
Dissertações	3	0,7
<i>Textos para discussão</i> Ipea/Cepal	2	0,5
Total	449	100,00

Elaboração da autora.

Com o suporte do Iramuteq, os descritores de assunto da produção em saúde do Ipea foram analisados. O *corpus* textual (banco de dados contendo os descritores atribuídos a cada documento) foi constituído por 449 textos (conjuntos de DeCS que descrevem cada um dos 449 documentos da produção em saúde do instituto). O número de segmentos de textos identificados pelo aplicativo foi igual ao número de textos. Além disso, 395 descritores distintos, totalizando 2.155 ocorrências de descritores, sendo que 193 descritores foram encontrados uma única vez no *corpus* (9% das ocorrências e 49% dos DeCS distintos).

Uma nuvem dos descritores mais frequentes (n=141) foi elaborada. Como pode ser observado na figura 1, os descritores de assunto mais recorrentes aparecem em maior destaque. Estão entre os dez mais frequentes: Sistema Único de Saúde – SUS (143 ocorrências), gastos em saúde (132), financiamento da assistência à saúde (70), governo federal (67), política de saúde (66), política pública (54), serviços de saúde (51), mortalidade (44), setor de assistência à saúde (43) e avaliação em saúde (40).

FIGURA 1
Nuvem dos DeCS mais frequentes da produção em saúde do Ipea (1982-2018) (n=141)

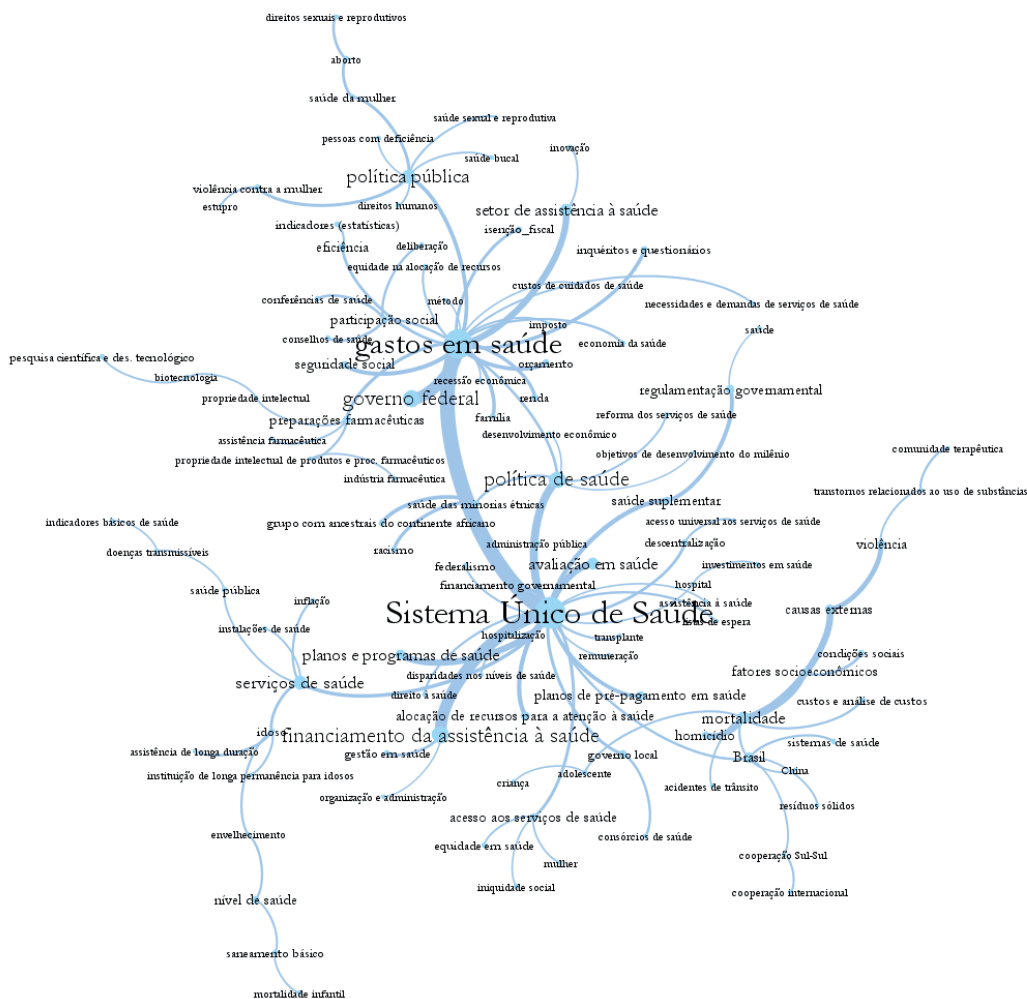


Elaboração da autora.
 Obs.: Iramuteq foi o aplicativo utilizado.

A figura 2 apresenta a análise de similitude do *corpus* e mostra a ligação entre os DeCS, identificando a co-ocorrências entre os descritores. Os primeiros 109 DeCS em ordem de frequência, da maior para a menor, são apresentados com as conexões entre eles, o que possibilita visualizar a relação entre os assuntos tratados na produção em saúde do Ipea do período analisado. Observa-se um nó central muito denso (SUS) conectado a outros nós relevantes (gastos em saúde, financiamento da assistência à saú-

de e política de saúde), que se ramificam vinculando-se a diversos temas. Interessante observar o nó *mortalidade*, que está conectado ao descritor *custos e análise de custos*; ao descritor *causas externas*, que se relaciona com o DeCS *violência*; e ao descritor *homicídio*, que se vincula aos descritores *condições sociais* e *fatores socioeconômicos*. São assuntos que aparecem simultaneamente nos textos, isto é, documentos que tratam do tema mortalidade, também abordam o assunto causas externas e custos e análise de custos.

FIGURA 2
Análise de similitude dos DeCS mais frequentes da produção em saúde do Ipea (1982-2018) (n=109)

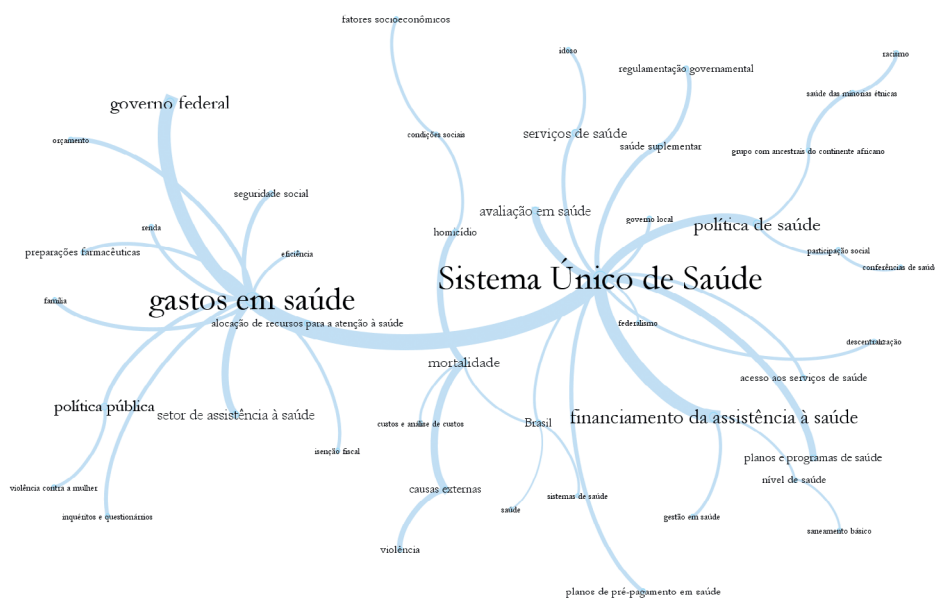


Elaboração da autora.
Obs.: Iramuteq foi o aplicativo utilizado.

Um foco maior nas relações centrais do descritor SUS é apresentado na figura 3, dando-se destaque às vinculações dos 46 DeCS mais frequentes. Trata-se de um recorte da figura 2, chamando-se atenção para os descritores de maior frequência. Nela, verifica-se a forte relação entre este e os DeCS *gastos em saúde*, *financiamento da assistência à saúde*, *política de saúde*, *governo federal* e *avaliação em saúde*, bem como é possível observar em mais detalhes as suas ramificações.

Destacam-se alguns nós nessa figura. O nó *gastos em saúde*, que se associa aos descritores *governo federal*, *seguridade social*, *orçamento*, *família*, *preparações farmacêuticas* (descritor que tem por sinônimo o termo *medicamentos*, que é mais conhecido), *setor de assistência à saúde*, *isenção fiscal*, entre outros. O nó *financiamento da assistência à saúde* conecta-se aos descritores *gestão em saúde* e *planos e programas de saúde*, que, por sua vez, vincula-se a *nível de saúde*, e este, subsequentemente, a *saneamento básico*. O nó *política de saúde* vincula-se a dois descritores: *participação social*, e este com *conferências de saúde*, e ao DeCS *grupo com ancestrais do continente africano*, que se conecta a *saúde das minorias étnicas* e a *racismo*.

FIGURA 3
Análise de similitude dos DeCS mais frequentes da produção em saúde do Ipea (1982-2018) (n=46)



Elaboração da autora.
Obs.: Iramuteq foi o aplicativo utilizado.

Outra análise realizada com o suporte do Iramuteq foi a CHD, com o objetivo de obter as classes de textos que apresentam palavras diferentes entre elas e ao mesmo tempo palavras que se assemelham em uma mesma classe. Neste caso, um segundo banco de dados teve de ser utilizado, contendo os descritores constituídos por palavras compostas sem uso do subtraço (exceto para a palavra composta *pré-pagamento*), uma vez que o aplicativo não conseguiu ler o banco de dados contendo as palavras dos descritores compostos ligadas com subtraço (maioria dos DeCS). Neste caso, o Iramuteq identificou os 449 textos já mencionados, mas números diferentes para as demais variáveis, conforme esperado: 451 segmentos de textos, 6.134 ocorrências de palavras, 432 palavras distintas e 158 hápax, isto é, palavras que aparecem uma única vez no *corpus* (2,6% das ocorrências e 36,6% das palavras distintas).

Nesta análise, houve aproveitamento de 349 textos (77,7% do *corpus* textual), e os textos e as palavras foram agrupados em um esquema hierárquico de classes, gerando três classes temáticas, organizadas em dois grupos. Um primeiro grupo contendo as classes 1 (46,1% dos textos aproveitados) e 2 (24,4% dos textos aproveitados); e um segundo grupo contendo a classe 3 (29,5% dos textos aproveitados), conforme figura 4. Nesta figura é possível observar em cada classe as palavras que mais se destacam em ordem decrescente de ocorrência. Quanto maior a frequência da palavra, maior o seu tamanho.

As classes foram nominadas de acordo com as palavras que contêm, refletindo grupos de temas abordados na produção em saúde do Ipea. Assim, elas representam um conjunto de documentos que discutem os seguintes temas: *i*) classe 1: financiamento do SUS, gastos em saúde e regulação governamental; *ii*) classe 2: alocação de recursos e gestão em saúde; e *iii*) classe 3: desigualdades nos níveis de saúde, no acesso aos serviços de saúde e participação social (figura 4, gráfico 2 e tabela 2).

FIGURA 4
Dendograma com a porcentagem de textos e de palavras dos DeCS da produção em saúde do Ipea associados a cada classe (1982-2018)



Elaboração da autora.

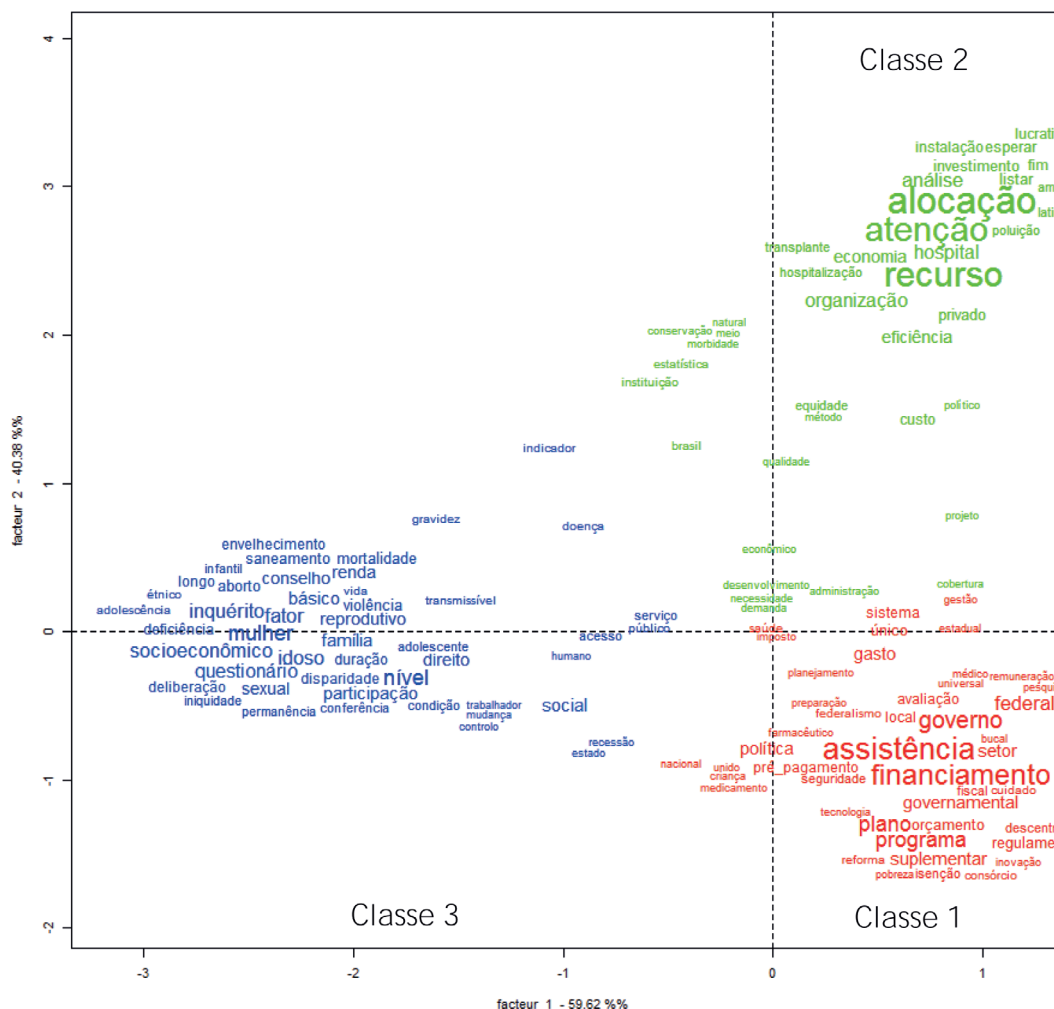
Obs.: 1. Iramuteq foi o aplicativo utilizado.

2. Figura cujos lajeate e textos não puderam ser padronizados e revisados em virtude das condições técnicas dos originais (nota do Editorial).

A associação das palavras com as respectivas classes fica mais visível graficamente no gráfico 2, enquanto na tabela 2 detalham-se as palavras que foram associadas à classe, apresentando a participação (%) de cada uma delas na respectiva classe em relação ao total de ocorrências desta palavra em todo o *corpus* analisado, isto é, nos 349 textos ou conjunto de DeCS de cada documento. Também se apresentam o valor do teste qui-quadrado (χ^2) e o valor de p para a associação de cada palavra com a respectiva classe.

GRÁFICO 2

AFC das classes de palavras dos DeCS da produção em saúde do Ipea (1982-2018)



Elaboração da autora.

Obs.: 1. Iramuteq foi o aplicativo utilizado.

2. Gráfico cujos leiaute e textos não puderam ser padronizados e revisados em virtude das condições técnicas dos originais (nota do Editorial).

TABELA 2
DeCS da produção em saúde do Ipea (1982-2018)

Aproveitamento de 349 de 449 textos do <i>corpus</i> (77,73%)											
Classe 1 Financiamento do SUS, gastos em saúde e regulação governamental 161 de 349 textos (46,13%)				Classe 2 Alocação de recursos e gestão em saúde 85 de 349 textos (24,36%)				Classe 3 Desigualdades nos níveis de saúde, no acesso aos serviços de saúde e participação social 103 de 349 textos (29,51%)			
Palavras	Participação (%)	χ^2	Valor de <i>p</i>	Palavras	Participação (%)	χ^2	Valor de <i>p</i>	Palavras	Participação (%)	χ^2	Valor de <i>p</i>
Assistência	76,8	71,6	< 0,0001	Alocação	96,9	100,6	< 0,0001	Mulher	100,0	40,1	< 0,0001
Financiamento	88,6	63,5	< 0,0001	Recurso	85,0	90,2	< 0,0001	Nível	79,3	37,7	< 0,0001
Governo	81,0	50,0	< 0,0001	Atenção	93,3	84,8	< 0,0001	Fator	100,0	37,4	< 0,0001
Plano	89,1	39,4	< 0,0001	Análise	92,9	37,2	< 0,0001	Socioeconômico	100,0	34,8	< 0,0001
Programa	94,4	37,7	< 0,0001	Hospital	91,7	30,6	< 0,0001	Idoso	100,0	34,8	< 0,0001
Federal	80,0	36,9	< 0,0001	Organização	91,7	30,6	< 0,0001	Inquérito	100,0	34,8	< 0,0001
Governamental	93,1	28,1	< 0,0001	Economia	90,0	24,1	< 0,0001	Questionário	100,0	32,3	< 0,0001
Suplementar	100,0	27,4	< 0,0001	Eficiência	75,0	23,4	< 0,0001	Participação	84,2	28,9	< 0,0001
Setor	82,9	25,3	< 0,0001	Listar	100,0	19,0	< 0,0001	Família	92,9	28,1	< 0,0001
Política	66,3	23,4	< 0,0001	Investimento	100,0	19,0	< 0,0001	Social	56,7	25,7	< 0,0001
Gasto	62,6	22,9	< 0,0001	Esperar	100,0	19,0	< 0,0001	Básico	92,3	25,6	< 0,0001
Regulamentação	94,7	19,1	< 0,0001	Privado	80,0	17,3	< 0,0001	Renda	86,7	24,6	< 0,0001
Único	60,1	18,0	< 0,0001	Custo	62,5	13,2	0,00027	Sexual	100,0	24,6	< 0,0001
Orçamento	94,1	16,6	< 0,0001	Instalação	100,0	12,6	0,00039	Reprodutivo	100,0	24,6	< 0,0001
Avaliação	74,4	15,8	< 0,0001	lucrativo	100,0	12,6	0,00039	Direito	79,0	23,6	< 0,0001
Pré-pagamento	85,7	14,1	0,00017	Fim	100,0	12,6	0,00039	Conselho	100,0	22,1	< 0,0001
Sistema	57,9	13,9	0,00019	Equidade	60,0	10,8	0,00101	Violência	90,9	20,6	< 0,0001
Local	88,2	12,8	0,00035	Poluição	100,0	9,4	0,00217	Saneamento	100,0	19,6	< 0,0001
Isenção	100,0	12,0	0,00052	latino	100,0	9,4	0,00217	Aborto	100,0	19,6	< 0,0001
Fiscal	91,7	10,4	0,00128	América	100,0	9,4	0,00217	Mortalidade	83,3	17,3	< 0,0001
Descentralização	86,7	10,4	0,00128	Sistema	32,4	8,7	0,00310	Longo	100,0	14,6	0,00013
Seguridade	77,3	9,2	0,00246	Hospitalização	80,0	8,5	0,00350	Deficiência	100,0	14,6	0,00013
Saúde	47,9	7,4	0,00636	Transplante	80,0	8,5	0,00350	Disparidade	100,0	14,6	0,00013
Consórcio	100,0	7,1	0,00758	Brasil	47,8	7,4	0,00666	Envelhecimento	100,0	14,6	0,00013
Federalismo	80,0	4,8	0,02926	Estatística	60,0	7,1	0,00770	Duração	100,0	14,6	0,00013
Reforma	100,0	4,7	0,02972	Instituição	55,6	4,9	0,02714	Deliberação	100,0	14,6	0,00013
Cuidado	85,7	4,5	0,03382	-	-	-	-	Iniquidade	100,0	12,1	0,00050
-	-	-	-	-	-	-	-	Serviço	43,7	11,2	0,00082
-	-	-	-	-	-	-	-	Conferência	77,8	10,3	0,00129
-	-	-	-	-	-	-	-	Infantil	100,0	9,7	0,00187
-	-	-	-	-	-	-	-	Permanência	100,0	9,7	0,00187
-	-	-	-	-	-	-	-	Adolescente	83,3	8,5	0,00355
-	-	-	-	-	-	-	-	Acesso	51,5	8,5	0,00358
-	-	-	-	-	-	-	-	Condição	75,0	8,1	0,00432
-	-	-	-	-	-	-	-	Indicador	58,8	7,4	0,00659
-	-	-	-	-	-	-	-	Étnico	100,0	7,2	0,00718
-	-	-	-	-	-	-	-	Vida	100,0	7,2	0,00718
-	-	-	-	-	-	-	-	Adolescência	100,0	7,2	0,00718
-	-	-	-	-	-	-	-	Transmissível	71,4	6,0	0,01404
-	-	-	-	-	-	-	-	Público	40,6	4,7	0,03101
-	-	-	-	-	-	-	-	Gravidez	75,0	4,0	0,04484
-	-	-	-	-	-	-	-	Doença	53,9	3,8	0,04994

Elaboração da autora.

Obs.: Iramuteq foi o aplicativo utilizado.

Na tabela 3, para cada uma das classes temáticas, apresentam-se as variáveis e seus conteúdos associados, a frequência de sua ocorrência na classe em relação ao total de ocorrências no *corpus*, o valor do teste qui-quadrado (χ^2) e o valor de *p*.

TABELA 3
Variáveis associadas às classes de temas da produção em saúde do Ipea (1982-2018)

Classes de temas	Variáveis associadas	Frequência (%)	χ^2	Valor de <i>p</i>	
Classe 1 – financiamento do SUS, gastos em saúde e regulação governamental	Ano	1982	100,00	4,72	0,02972
		2000	85,71	4,50	0,03382
	Produto editorial	Outras monografias não seriadas	71,43	5,75	0,01645
		Capítulos de boletim	61,19	7,57	0,00593
Classe 2 – alocação de recursos e gestão em saúde	Ano	1995	75,00	5,63	0,01762
		1997	66,67	5,93	0,01486
	Produto editorial	<i>Textos para discussão</i>	32,58	7,79	0,00526
		Comunicados do Ipea	54,55	5,62	0,01776
Classe 3 – desigualdades nos níveis de saúde, no acesso aos serviços de saúde e participação social	Ano	2008	62,50	8,77	0,00305
	Produto editorial	Relatórios de pesquisa	80,00	6,22	0,01266

Elaboração da autora.
Obs.: Iramuteq foi o aplicativo utilizado.

4 DISCUSSÃO

O primeiro aspecto que deve ser considerado ao se analisar a produção em saúde do Ipea é o seu público-alvo principal, que se revela a partir dos enunciados de sua missão institucional, das finalidades e das competências estabelecidas para o instituto. O órgão tem por missão “aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro, por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas”.¹¹ Logo, seu público-alvo principal é constituído por gestores e servidores públicos, bem como por segmentos diversos da sociedade. Compete ao Ipea produzir conhecimento e disseminar informação que possa ser utilizada na tomada de decisão sobre políticas e programas públicos e no debate com e na sociedade sobre questões relevantes a respeito dessas políticas e programas, bem como sobre o nível e os entraves do desenvolvimento socioeconômico nacional. Também lhe cabe assessorar os agentes do Estado no cumprimento de suas funções, dentro das atribuições do instituto.

11. Para mais informações, ver: <<https://bit.ly/2Taud45>>. Acesso em: 8 jan. 2019.

O segundo aspecto importante é que a produção do Ipea é fruto de pesquisa aplicada, uma vez que o órgão se dedica a estudar temas concretos relacionados à economia e às condições sociais no país, tendo por fio condutor de seu trabalho o diagnóstico dos problemas e a apresentação de soluções para estes. Portanto, os estudos e as pesquisas realizados têm propósito específico, bem definido. Destaca-se que a prestação de assessoria governamental pelo instituto, que é considerada muito relevante desde a sua criação (D'Araújo, Farias e Hippolito, 2005), possibilita maior apropriação pelos pesquisadores das principais questões enfrentadas na administração pública federal, em razão da proximidade entre os pesquisadores e os gestores de diferentes áreas de atuação. Tal proximidade e o conhecimento decorrente dela influenciam a agenda de pesquisa, fazendo com que os diagnósticos sejam mais precisos e as possíveis soluções possam ser apontadas com mais propriedade.

No tocante ao campo da saúde, o Ipea tem dado contribuição significativa. À primeira vista, pode parecer estranho que um instituto de pesquisa econômica tenha acúmulo em termos de conhecimento nesta área. Entretanto, em uma análise mais aprofundada, verifica-se que esta é uma das áreas de pesquisa mais tradicionais do instituto. Um dos primeiros documentos identificados sobre saúde ligados à história do Ipea é datado de 1965, antes mesmo da formalização do órgão como fundação pública, quando existia como Epea. Trata-se de relatório que apresenta um diagnóstico sobre a situação de saúde no Brasil, no qual ficam explícitos: *i)* o entendimento da saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS); *ii)* a compreensão de que existe uma relação complexa entre saúde e desenvolvimento; e *iii)* a necessidade de atuação estatal no setor, seja para regulá-lo, seja para enfrentar os entraves ao desenvolvimento do país, decorrentes das elevadas taxas de incidência e prevalência de doenças, especialmente das transmissíveis (Epea, 1965).

Mais tarde, nos anos 1970, a área de saúde do então Centro Nacional de Recursos Humanos (CNRH) participou decisivamente da elaboração de importantes e inovadores programas, como o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan), de características completamente distintas dos programas de distribuição de alimentos então existentes, e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), que, de certa forma, inovou aspectos como: a focalização da expansão de atendimento primário de saúde em pequenas localidades e áreas rurais; a ampla

utilização de pessoal auxiliar; a ação descentralizada para estados e municípios; e a condução articulada entre os ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, e do Interior no âmbito federal. O protagonismo relevante das áreas sociais do Ipea (saúde, educação, previdência e assistência) voltou a se manifestar, em cooperação com outras instituições, na elaboração de análises e propostas para a Constituição de 1988 (D'Araújo, Farias e Hippolito, 2005).

A atuação de pesquisadores do Ipea também foi fundamental para o desenvolvimento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), sistema de informação mantido pelo Ministério da Saúde que possibilita o acompanhamento do gasto público em saúde dos entes da Federação (Brasil e Opas, 2013). O sistema foi lançado em 2000 e, atualmente, deve ser utilizado obrigatoriamente pelos gestores do SUS para declaração das despesas com ações e serviços públicos de saúde da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal (Brasil, 2012). Esse sistema é fundamental tanto para a elaboração das contas de saúde (IBGE, 2017; Brasil e Fiocruz, 2018) quanto para o debate sobre o financiamento do sistema. Pesquisadores do Ipea vêm colaborando com o desenvolvimento desse sistema desde 1993, quando o seu precursor foi idealizado nas discussões ocorridas em reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

No tocante à apuração do gasto em saúde, o instituto também foi importante para o desenvolvimento do projeto Contas de Saúde do Brasil, de março de 2004 a março de 2005, um esforço interinstitucional realizado por um núcleo executivo formado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por pesquisadores do Ipea e por duas assessoras técnicas. Neste projeto, analisaram-se as principais metodologias de contas de saúde – Conta-Satélite, da Organização das Nações Unidas (ONU), e Contas Nacionais de Saúde, da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) –, sendo debatidos aspectos operacionais para a sua implementação (Perocco, Raggio e Vianna, 2007). A partir deste trabalho, os grupos gestor e executivo de contas de saúde do Brasil (Brasil, 2006) decidiram pela implementação, inicialmente, da metodologia de Conta-Satélite.

Na pesquisa, o reconhecimento da importância do Ipea para a área da saúde, em especial da economia da saúde, não é recente. A relevância e o pioneirismo do instituto para o desenvolvimento do campo da economia da saúde no Brasil foram mencionados

por Mendes e Marques (2006, p. 259-293), que ressaltaram a importância do Ipea na elaboração de uma metodologia que ajudasse na apuração do gasto social federal ainda no fim dos anos 1980, quando não havia sistemas de informação que facilitassem a realização deste trabalho.

Também é importante mencionar a primeira publicação brasileira, e em língua portuguesa, sobre economia da saúde. Publicado em 1995, o livro *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*,¹² organizado por Piola e Vianna (2002), pesquisadores do Ipea, conceitua o termo economia da saúde e discute a contribuição deste campo para a gestão em saúde.

Nesse livro, a economia da saúde foi definida como “o ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados” (Del Nero, 2002, p. 20). Este trabalho merece destaque por sua contribuição para o desenvolvimento deste campo do conhecimento no país, ainda incipiente no Brasil naquele momento, especialmente no âmbito do sistema de saúde.

De grande importância para o desenvolvimento da área de economia da saúde foi a parceria entre o Ipea e o Ministério da Saúde, a qual possibilitou um projeto de cooperação técnica, financiado pelo Departamento para o Desenvolvimento Internacional (DFID) do Reino Unido entre 2002 e 2005. O projeto tinha por objetivos: *i*) incrementar a utilização das ferramentas de economia da saúde na tomada de decisão de políticas; *ii*) fortalecer tanto a oferta (inter-relação das instituições acadêmicas, do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde) como a demanda (sensibilização de gestores do SUS e treinamento de técnicos e gerentes na utilização das ferramentas da economia da saúde, a fim de aumentar a efetividade, a eficiência e a equidade do sistema de saúde brasileiro); e *iii*) reforçar a atuação dos governos federal, estadual e municipal

12. Essa publicação foi, na verdade, um dos resultados de trabalho de cooperação entre técnicos do Ipea, Fiocruz, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), escritório do Brasil, com docentes da Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa. Outros resultados anteriores desse trabalho cooperativo foram a realização dos primeiros cursos e *workshops* internacionais sobre economia da saúde, que contaram com a colaboração das Associações Portuguesa (Apes) e Espanhola (AES) de Economia da Saúde e a própria criação da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), em novembro de 1989.

no desenvolvimento do setor saúde, por meio da capacitação nacional em economia da saúde, em nível acadêmico e institucional (Ipea e DFID, 2007).

Também é preciso lembrar o papel decisivo do instituto para o desenvolvimento dos primeiros núcleos de economia da saúde no SUS. Esses núcleos são unidades de economia da saúde integrantes da estrutura organizacional das secretarias de saúde dos estados, do Ministério da Saúde e eventualmente de municípios que se dedicam à realização de atividades relacionadas a este campo, entre as quais a elaboração de estudos e a participação em projetos de implantação de ferramentas voltadas à produção de dados e informação, a fim de subsidiar o processo decisório sobre tecnologias, políticas e programas de saúde (Vieira *et al.*, 2017).

Ainda como parte do reconhecimento do papel do Ipea nesta área, a instituição tem assento no Comitê Consultivo da Biblioteca Virtual em Saúde – Economia da Saúde Brasil (BVS Ecos), que foi criada em 2005 pelo Departamento de Economia da Saúde do Ministério da Saúde, com o apoio técnico da Bireme, para proporcionar acesso e promover o uso da informação científica e técnica na área de economia da saúde no país. Este comitê, constituído por representantes de diferentes instituições (universidades, institutos de pesquisa, conselhos de saúde, entre outras), estabelece diretrizes para o desenvolvimento das atividades desta rede temática (Brasil e Opas, 2015).

O reconhecimento da relevância do Ipea no âmbito da saúde no Brasil é consequência da atuação dos pesquisadores do instituto e de sua produção nesta área. Como pode ser constatado na presente pesquisa, os documentos produzidos pelo instituto no período de 1982 a 2018 revelam foco em questões do sistema de saúde brasileiro, especialmente no que se refere ao SUS e às políticas nacionais.

Como apresentado anteriormente, dois grupos de temas se destacam nesta produção, conforme demonstra a CHD realizada (figura 4, gráfico 2 e tabela 2): *i*) o primeiro grupo é constituído por duas classes temáticas: classe 1 – financiamento do SUS, gastos em saúde e regulação governamental e classe 2 – alocação de recursos e gestão em saúde; e o segundo grupo é composto pela classe 3 – desigualdades nos níveis de saúde, no acesso aos serviços de saúde e participação social.

Analisando-se a classe 1, verifica-se que os descritores gastos em saúde e financiamento da assistência à saúde estão muito associados. Entretanto, em relação à produção de trabalhos, o primeiro é mais frequente. Em parte, isso se justifica pela sua maior abrangência. Eles abordam, em linhas gerais, o gasto social e neste o gasto do governo com saúde; as despesas públicas com saúde por esfera de governo, especialmente as do governo federal; o gasto com bens e serviços de saúde, a exemplo dos medicamentos; e também os gastos das famílias com saúde, os chamados desembolsos diretos, gasto direto do bolso ou *out-of-pocket*. Isso explica as conexões de descritores apresentadas nas figuras 2 e 3 como alocação de recursos para a atenção à saúde, política pública, orçamento, seguridade social, setor de assistência à saúde, isenção fiscal, preparações farmacêuticas, família e renda.

Alguns exemplos ilustram essa produção. Vianna *et al.* (1987; 1989) inauguraram a linha de pesquisa de acompanhamento do gasto social, com o objetivo de *i*) verificar em que medida a conjuntura desfavorável do período analisado repercutiu nos recursos federais alocados para os setores sociais; e *ii*) discutir o comportamento das fontes de financiamento, especialmente uma nova fonte que vinculava recursos para a área social, o Fundo de Investimento Social (Finsocial). Posteriormente, Ribeiro e Fernandes (2000) desenvolveram uma metodologia para apuração e dimensionamento do gasto social federal dos anos 1990, sendo os gastos em saúde um componente desse gasto. Estes trabalhos são especialmente importantes na medida em que não havia, à época, disponibilidade de sistemas de informação que permitissem o acesso público ao orçamento federal e, também, porque os autores desenvolveram e explicitaram os métodos empregados em sua mensuração, os quais poderiam ser replicados por outros pesquisadores.

O acompanhamento do gasto em saúde por esfera de governo passou a ser realizado a partir da criação do Siops, o qual possibilitou o monitoramento das despesas executadas pelos estados e municípios. São particularmente importantes, no que se refere a esta temática, os capítulos sobre saúde do *Boletim políticas sociais: acompanhamento e análise* editados a partir de 2000, que apresentam a trajetória do gasto público no setor. Como são vários os capítulos que abordam o tema, não cabe citá-los um a um. Destacam-se o documento publicado no nº 17 desse boletim, uma edição comemorativa dos vinte anos do SUS (Piola *et al.*, 2009), e o *Texto para discussão* nº 2439, publicado recentemente (Piola, Benevides e Vieira, 2018).

No tocante ao gasto com medicamentos, o instituto tem se dedicado à realização de análise sobre o gasto federal com os programas de assistência farmacêutica. Ilustram esta linha de atuação o trabalho que analisa as despesas federais do período de 2005 a 2008, inclusive a eficiência das aquisições feitas pelo Ministério da Saúde (Aurea *et al.*, 2011), e outro estudo que descreve a evolução deste gasto nas três esferas de governo para o período de 2010 a 2016 (Vieira, 2018). Aspectos que conectam o gasto com medicamentos às patentes farmacêuticas também são explorados. Na análise de similitude apresentada neste trabalho (figura 2), pode-se verificar a ligação entre o descritor *gasto em saúde e preparações farmacêuticas*, que, por sua vez, liga-se ao descritor *propriedade intelectual, biotecnologia e pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico*. Estas investigações são exemplificadas por meio de três trabalhos: *i*) o primeiro trata sobre a regulamentação do setor farmacêutico no Brasil, que relaciona empiricamente o preço de medicamentos com algumas variáveis explicativas (Fiuza e Lisboa, 2001); *ii*) o segundo apresenta resultados de inquérito sobre as estratégias de ciclo de vida dos laboratórios farmacêuticos inovadores (Pereira e Fiuza, 2013); e *iii*) o terceiro discute a propriedade intelectual e os aspectos regulatórios em biotecnologia (Zucoloto e Freitas, 2013).

Os estudos sobre o gasto público com medicamentos são relevantes como forma de contribuição ao debate e ao aperfeiçoamento da política de assistência farmacêutica. Análises realizadas pelo Ipea vêm mostrando que o gasto direto do bolso das famílias para a compra de produtos farmacêuticos é o principal gasto direto com saúde e que ele compromete, proporcionalmente, maior parcela da renda das famílias mais pobres (Silveira, Osorio e Piola, 2007; Garcia *et al.*, 2013).

Ainda quanto ao gasto das famílias com saúde, importante contribuição ao debate foi dada com a mensuração do gasto catastrófico em saúde no Brasil. Os gastos diretos do bolso com saúde são chamados catastróficos quando são superiores a 40% da capacidade de pagamento das famílias (Diniz *et al.*, 2007). Este tipo de estudo é relevante para medir o impacto destes gastos no empobrecimento das famílias, assim como para identificar as desigualdades socioeconômicas associadas à sua ocorrência. Também foram estudados os gastos das famílias com planos de saúde de uma forma geral (Ocké-Reis, Andreazzi e Silveira, 2002).

No tocante aos trabalhos sobre financiamento da assistência à saúde, os pesquisadores do Ipea começaram a esboçar preocupações quanto ao assunto antes da criação do SUS (MacGreevey *et al.*, 1984) e continuaram a tratar do tema ao longo de todos os

anos até os dias de hoje. São vários os trabalhos que discutem a sua insuficiência, bem como os impactos de medidas legais e administrativas adotadas em todo o período sobre a disponibilidade de recursos do sistema público (Piola *et al.*, 2013; Vieira e Benevides, 2016). Desde os anos 2000, o Ipea publica a série *Boletim políticas sociais: acompanhamento e análise*, que pode ser consultada para uma compreensão mais abrangente sobre o tema, em especial o capítulo *Saúde*, presente na série desde sua sexta edição. A frequência da discussão do tema se explica pelo simples fato de que o financiamento do SUS continua sendo um gargalo à garantia do direito constitucional de acesso aos bens e serviços de saúde de forma universal, igualitária e integral.

Em relação à regulação governamental, outro tema integrante da classe 1, a maioria dos trabalhos tem focado a regulamentação do setor de saúde suplementar e os impactos deste subsetor sobre o SUS. Observa-se na análise de similitude (figura 2) forte conexão entre os descritores correspondentes. Em algumas publicações nesta área, *i*) demonstrou-se que ações governamentais acabam incentivando o mercado de planos e seguros privados no Brasil, em uma relação sistemática entre o mercado e o Estado na área da saúde (Ocké-Reis, Andreazzi e Silveira, 2005); *ii*) apresentou-se uma proposta de realização de reforma institucional do mercado de planos de saúde, a fim de restringir o movimento de concentração das operadoras (Ocké-Reis e Souza, 2006); e *iii*) discutiram-se, recentemente, as implicações possíveis de uma proposta apresentada pelo governo federal para ampliar a oferta de planos de saúde mais baratos no Brasil (Sá, 2018).

A palavra *avaliação*, também associada à classe 1, ocorre em 74,4% dos documentos analisados. O descritor *avaliação em saúde* é definido como “processo crítico-reflexivo, contínuo e sistemático sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito da saúde, sintetizados por indicadores de natureza quantitativa e/ou qualitativa. Sua finalidade é proporcionar informações para auxiliar processos de tomada de decisão”.¹³ Na figura 2, observa-se a conexão entre ele e o descritor Sistema Único de Saúde. Nessa perspectiva, revela-se a contribuição do Ipea por meio da reflexão crítica, especialmente sobre o gasto público em saúde, sobre o financiamento do SUS e a regulação governamental. Ilustram bem esta produção os capítulos do *Boletim políticas sociais: acompanhamento e análise*, que tem até o momento 26 números publicados.

13. Consultar a definição em: <<https://is.gd/Ors3gt>>.

Quanto à classe 2, nota-se na figura 3 que o descritor *alocação de recursos para a atenção à saúde* está vinculado ao descritor *isenção fiscal*. Os trabalhos sobre gastos tributários em saúde, também chamados de gastos indiretos, que são gastos realizados pelo governo por meio da redução da carga tributária, contribuem para a discussão sobre o conflito, mas também para a equidade na distribuição dos recursos públicos (Piola *et al.*, 2010; Ocké-Reis e Fernandes, 2018). Esta é uma perspectiva macro da alocação dos recursos do Estado.

Também se incluem nessa classe os documentos que exploram a eficiência e a equidade na alocação de recursos no âmbito do sistema de saúde, com foco na gestão dos serviços e na implementação das políticas públicas. A classe pode ser exemplificada com trabalhos que *i)* abordam a necessidade de aprimoramento na alocação de recursos públicos para investimentos em hospitais (Marinho, 2015); *ii)* apresentam melhorias na gestão das filas para atendimento no SUS (Marinho, 2009); *iii)* tratam da possibilidade de mensuração do estágio de desenvolvimento dos sistemas de saúde municipais brasileiros, a partir de indicadores de cobertura dos programas e de atendimento nos serviços de saúde (Oliveira Neto e Pires, 2006); e *iv)* discutem sobre o planejamento em saúde e as transferências de recursos do governo federal para as demais esferas de governo (Barros, 2012).

Quanto ao grupo 2, originado a partir da classificação hierárquica descendente (figura 4, gráfico 2 e tabela 2) e constituído pela classe 3 – desigualdades nos níveis de saúde, no acesso aos serviços de saúde e participação social – verifica-se uma série de trabalhos que discutem as diferenças nos níveis de saúde e no acesso aos serviços. Nesta temática, incluem-se adicionalmente os estudos que tratam da participação social na saúde.

Na classe 3, são particularmente proeminentes os trabalhos sobre violência e mortalidade por causas externas, especialmente por homicídios e acidentes de trânsito, que descrevem as condições sociais das vítimas e analisam os fatores socioeconômicos associados aos óbitos. Alguns exemplos sobre esta produção são: um estudo sobre o crescimento dos homicídios de crianças e adolescentes no Brasil (Ferreira, 2005); sobre a violência, os homicídios e a discriminação em desfavor da população afrodescendente brasileira (Lima Junior *et al.*, 2015); o mapeamento das mortes violentas nos municípios brasileiros com base nos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade

do Ministério da Saúde e a discussão da interação entre o desenvolvimento humano e esse tipo de morte, a partir da apresentação de alguns indicadores socioeconômicos selecionados (Cerqueira *et al.*, 2018); um estudo sobre a violência contra a mulher e a cultura de estupro no Brasil (Engel, 2017); e uma pesquisa sobre as mortes por acidente de transporte terrestre no país (Carvalho, 2016). Trabalhos sobre os custos da violência para o SUS (Rodrigues *et al.*, 2007); sobre os custos dos acidentes de trânsito (Carvalho *et al.*, 2015); sobre o nível de saúde do Brasil comparado ao dos demais países do BRICS (Nogueira, 2013); a respeito dos efeitos diretos do clima na saúde (Souza *et al.*, 2013); e sobre a emergência, a evolução e as políticas adotadas para o enfrentamento da epidemia pelo vírus Zika e a microcefalia no Brasil (Garcia, 2018) também ilustram esta produção.

No tocante ao acesso aos serviços de saúde e ao nível de saúde, as análises têm considerado grupos populacionais específicos e a discussão da equidade em saúde. No âmbito desta temática, encontram-se trabalhos sobre direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e a respeito do aborto, da gravidez na adolescência e da saúde da mulher (Pinheiro *et al.*, 2016). De maneira mais ampla, estes assuntos têm sido discutidos em alguns números do *Boletim políticas sociais: acompanhamento e análise*, no capítulo *Igualdade de gênero*. Nesse capítulo, também se aborda a problemática envolvendo a violência contra a mulher e as políticas públicas para seu enfrentamento. Questões relativas à gravidez na adolescência têm sido discutidas de forma aprofundada, bem como as políticas públicas implementadas pelo Estado para lidar com mães e pais jovens (Fontoura e Pinheiro, 2009).

No caso dos idosos, tem-se tratado da relação entre envelhecimento e dependência e do papel das políticas sociais considerando as suas condições de vida (Camarano, 2015), assim como se tem discutido a necessidade de ampliação dos cuidados de longa permanência para atendimento a este grupo populacional (Batista *et al.*, 2009; Pasinato e Kornis, 2009).

Por fim, os trabalhos sobre participação social, em linhas gerais, tratam do papel desempenhado pelo CNS (Silva e Abreu, 2002), do perfil dos conselheiros nacionais (Alencar e Fonseca, 2012) e da ampliação da participação social na gestão pública por meio das conferências de saúde (Souza *et al.*, 2013).

Quanto à associação entre as variáveis dos documentos e as classes temáticas, no caso da classe 1, tem-se que os anos de maior número de documentos vinculados foram 1982 e 2000 e que os produtos editoriais mais empregados foram os capítulos de boletim e outras monografias não seriadas (tabela 3). Na discussão sobre o financiamento e gasto em saúde, este achado faz sentido, na medida em que nos anos anteriores ao SUS, criado em 1988, grande esforço se fez para apurar os gastos e fomentar o debate sobre o financiamento da saúde no país. Àquela época, os boletins não existiam. Já 2000 é o ano de aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 29, que estabeleceu aplicações mínimas de recursos pelos entes da Federação. Logo, é totalmente plausível que os documentos buscassem discutir os assuntos *financiamento da assistência à saúde e gasto em saúde*. Também se nota a associação da classe 2 com os anos 1995 e 1997. Tal vinculação também parece razoável porque estes foram anos de crise no financiamento do SUS, e, portanto, a discussão sobre a eficiência na alocação de recursos e na gestão dos serviços acaba ganhando espaço.

Sobre os exemplos apresentados, vale lembrar que constituem apenas parte da produção do Ipea nos temas citados. As classes temáticas geradas na análise feita com o suporte do Iramuteq agrupam a maioria dos documentos, mas não todos. Parte dos documentos produzidos pelo instituto não foi classificada, tendo em vista que o aproveitamento dos textos do *corpus* foi de 77,7%. Este percentual é considerado suficiente para a realização da CHD, pois, no geral, esta análise requer uma retenção mínima de 75% dos segmentos de textos (Camargo e Justo, 2018).¹⁴

Contudo, isso significa que 22,3% dos documentos não foram classificados. Destacam-se dois assuntos que podem ser observados na figura 2, a qual apresenta o resultado da análise de similitude: *transtornos relacionados ao uso de substâncias* que se vincula ao descritor *comunidade terapêutica*. A contribuição do Ipea neste caso tem sido fundamental para a compreensão das comunidades terapêuticas. Instituições que se organizam em residências coletivas temporárias, criadas por iniciativas não governamentais, onde os indivíduos passam a residir, por certo tempo, com a finalidade de abandonarem o uso de drogas (Santos, 2016; 2018). Trata-se, portanto, de tema da atualidade. A abordagem terapêutica adotada por essas instituições, geralmente de cunho religioso, vem sendo muito criticada, especialmente porque tem foco na abstinência dos usuários de drogas, opondo-se à política de redução de danos – até recentemente adotada.

14. No caso deste trabalho, o número de segmentos de textos é igual ao número de textos.

Outra observação é sobre os descritores *política pública* e *política de saúde*. Verificou-se uma associação da palavra *política* à classe 1, com frequência de 66% em relação à totalidade dos documentos em que ela ocorre, no universo de textos aproveitados. Portanto, 34% dos documentos retidos que contêm esses descritores não foram vinculados de forma estatisticamente significativa às classes 2 e 3, embora possam ocorrer nessas classes, assim como podem ocorrer nos documentos que não foram aproveitados na análise de CHD. Tendo isso em consideração e analisando a figura 2, chama-se atenção ainda para as contribuições do Ipea, no tocante às políticas públicas, em assuntos como direitos humanos, violência contra a mulher, saúde bucal, saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e pessoas com deficiência.

Dessa forma, de uma maneira geral, constata-se que o Ipea tem atuado em diversos temas de política pública, ofertando não apenas aos técnicos, aos gestores e aos governantes, mas também à sociedade contribuições significativas no campo da saúde.

Quanto às limitações deste trabalho, é importante destacar três que estão relacionadas ao processo de mapeamento da produção em saúde. A primeira diz respeito aos mecanismos de busca das próprias ferramentas de gestão dos acervos, seja o da biblioteca, seja o do Repositório do Conhecimento do Ipea, o que pode ter contribuído para uma possível perda de documentos no levantamento. A segunda, ao elevado peso do componente humano no julgamento dos documentos de interesse, que, em seu conjunto, representam o que foi chamado de produção em saúde do Ipea. Ainda que esta limitação possa ter sido mitigada, visto que a autoria tem conhecimento nas áreas de saúde coletiva e economia da saúde, sempre há riscos de que este julgamento tenha sido mais rígido do que o próprio campo das ciências da saúde (saúde humana) em sua interface com outras áreas, especialmente com o campo da economia. E, a terceira limitação está ligada à relação de DeCS, que seria insuficiente para descrever, de maneira apropriada, assuntos de documentos da área de economia da saúde. Por exemplo, não existe entre os descritores um termo que tenha o mesmo sentido que *desenvolvimento socioeconômico* tem para a área de economia.

No tocante ao uso do Iramuteq, tem-se destacado na literatura as vantagens da utilização do *software*, o que também foi constatado neste trabalho. Entre os benefícios estão *i)* a possibilidade de se realizar diferentes tipos de análises, inclusive multivariadas, com o suporte de gráficos; *ii)* a facilidade de uso do aplicativo, na organização dos

dados e na recuperação do texto para análise do material; *iii*) o seu rigor estatístico; e *iv*) o fato de se tratar de um *software* livre. Mas também se chama atenção para o fato de que praticamente não se tem reportado limitações quanto à utilização do aplicativo, o que seria algo preocupante (Salvador *et al.*, 2018). Neste trabalho, entretanto, a impossibilidade de realizar a CHD utilizando todos os descritores constituídos por várias palavras unidas com subtraço foi uma limitação percebida durante uso do *software*. O aplicativo não foi capaz de ler o banco de dados, mas apenas para esta análise. Tentou-se obter informação sobre a mensagem de erro na internet, no entanto, mesmo seguindo as recomendações encontradas para sanar o problema, não se obteve sucesso. Contudo, de uma forma geral, o *software* foi muito útil para a compreensão da relação entre os assuntos tratados nos documentos produzidos pelo Ipea.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, conclui-se que os pesquisadores do instituto têm produzido conhecimento e oferecido informação relevante sobre aspectos relacionados à saúde da população e ao setor saúde que impactam os fatores do desenvolvimento mencionados na introdução deste texto. Vale lembrar que a maioria dos documentos foi produzida sob a vigência da Constituição Federal de 1988, portanto, acompanham o processo de implantação e consolidação do SUS, assim como o da aplicabilidade da garantia do direito à saúde no Brasil pelo Estado.

Nessa perspectiva, os descritores mais frequentes dessa produção, apresentados na nuvem de palavras, já sinalizam que a contribuição do instituto está muito centrada na discussão da política de saúde, especialmente de sua avaliação, em aspectos relativos aos gastos em saúde, financiamento do SUS, serviços de saúde e ao setor de assistência à saúde, que envolve tanto o subsistema público quanto o privado, observando os princípios e as diretrizes do direito à saúde no país.

Sem um financiamento suficiente e uma alocação eficaz e eficiente dos recursos para garantir o acesso universal, igualitário e integral ao SUS em uma dinâmica federativa funcional e cooperativa, tanto a disponibilidade dos serviços quanto sua qualidade são comprometidos, fazendo com que parte da população recorra aos planos privados de saúde; incorra em gastos direto do bolso, com consequências como a redução da renda disponível das famílias para suprimento de outras necessidades e seu empobrecimento; ou

simplesmente fique sem acesso a bens e serviços de saúde. Nesse circuito, adicionam-se, ainda, as desigualdades geradas pelas renúncias fiscais do Estado, o que favorece as operadoras de planos privados de saúde e a parcela da população com maior poder aquisitivo.

Outra linha de contribuição importante está relacionada às desigualdades nos níveis de saúde e no acesso aos serviços. O Brasil é um dos países mais desiguais do mundo do ponto de vista socioeconômico. Os trabalhos realizados mostram números impactantes de óbitos por causas externas, afetando, especialmente, a população mais vulnerável socioeconomicamente. Além disso, esses dados também apresentam a persistência dos altos índices de violência contra a mulher, a prevalência ainda elevada de algumas doenças transmissíveis e as dificuldades enfrentadas pelo Estado para garantir o acesso aos serviços de saúde em meio a um processo de transição demográfica, de surgimento de novas tecnologias de alto custo para o sistema de saúde e de crise econômica.

Grande parte dessa produção é intersetorial e revela interface entre os campos de conhecimento da saúde e da economia. Vincula-se, portanto, ao campo da economia da saúde, o que já se podia esperar, tendo em vista a natureza do Ipea. Nesse aspecto, destaca-se a relevância do trabalho para esta área, que, embora tenha se expandido nas últimas duas décadas, ainda permanece pouco reconhecida, especialmente entre gestores públicos de saúde.

O fato de a maioria dos textos ser publicada em língua portuguesa favorece a disseminação dos documentos na sociedade e entre os agentes do Estado. Outra característica também interessante é que, dada a natureza da maioria dos objetos de análise – quais sejam, políticas e programas públicos –, o tempo para a publicação das pesquisas é uma variável fundamental se o objetivo é influir sobre essas políticas e programas. Isso explica, em parte, o fato de que os *Textos para discussão* e as notas técnicas se sobressaíam entre os produtos editoriais do instituto em detrimento dos artigos. Esses últimos geralmente têm processos editoriais mais demorados, que não acompanham os tempos da tomada de decisão na esfera pública.¹⁵

15. É claro que os pesquisadores publicam artigos em periódicos não vinculados ao instituto, mas, neste trabalho, consideraram-se apenas os documentos produzidos e publicados pelo Ipea.

Para finalizar, considerando a relevante contribuição dada pelo instituto à área da saúde e ao ciclo das políticas públicas, constata-se o foco dos trabalhos no diagnóstico dos problemas, no acompanhamento, no monitoramento e na avaliação das políticas e programas, produzindo subsídios para o seu aprimoramento. Há uma lacuna de produção, sobretudo a partir dos anos 2000, sobre a formulação de propostas ou que apresente propostas, o que, em parte, explica a baixa influência da instituição nos processos de formação da agenda e formulação de políticas. Assim, é oportuno retomar aqui uma reflexão de Velloso (2004), primeiro presidente do Ipea, sobre o papel do instituto. Segundo ele, a instituição foi criada para pensar o país no médio e longo prazos, estando voltada à realização de pesquisa aplicada, orientada à formulação de políticas públicas e ao planejamento governamental. Além disso, ele afirmou que o Ipea foi responsável por introduzir no planejamento do governo a ideia de crescimento econômico com redistribuição de renda, enfrentando o desafio de pensar o desenvolvimento com enfoque nas questões econômicas e sociais. Com esta reflexão e com as considerações apresentadas neste trabalho, espera-se que a constatação a respeito das contribuições do instituto em relação ao ciclo das políticas públicas seja menos vista como uma crítica ao trabalho realizado por seus pesquisadores e mais como uma oportunidade, pensando-se que a contribuição da instituição na área da saúde pode ser potencializada, com participação mais ativa do seu corpo técnico na elaboração de propostas, formulação de políticas e no planejamento de médio e longo prazos, em prol do desenvolvendo socioeconômico nacional.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M. **Saúde e desenvolvimento local**: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica. 4. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.
- AKERMAN, M. *et al.* As novas agendas da saúde a partir de seus determinantes sociais. *In*: GALVÃO, L. A. C.; FINKELMAN, J.; HENAO, S. **Determinantes ambientais e sociais da saúde**. Washington: Opas; Fiocruz, 2011.
- ALENCAR, J. L. O.; FONSECA, I. F. Participação social e inclusão política nos conselhos nacionais. *In*: IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA . **Boletim de Análise Político-Institucional**, Brasília, n. 2, p. 87-95, 2012.
- AUREA, A. P. *et al.* **Programas de assistência farmacêutica do governo federal**: estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008. Brasília: Ipea, 2011. (Texto para Discussão, n. 1658).

BARROS, E. **Planejamento em saúde: encontros e desencontros**. Brasília: Cepal Escritório no Brasil/Ipea, 2012. (Textos para Discussão Cepal-Ipea, n. 49).

BATISTA, A. S. *et al.* **Os idosos em situação de dependência e a proteção social no Brasil**. Brasília: Ipea, 2009. (Texto para Discussão, n. 1402).

BRASIL. Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da administração federal, estabelece diretrizes para a reforma administrativa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 fev. 1967, retificado em 17 jul. 1967.

_____. Portaria Interministerial nº 437, de 1ª de março de 2006. Institui um comitê gestor e um grupo executivo com o objetivo de viabilizar a realização das atividades de implementação e manutenção das contas de saúde no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, n. 42, p. 21-22, 2 mar. 2006.

_____. Decreto nº 7.142, de 29 de março de 2010. Aprova o estatuto e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, n. 60, p. 18-20, 30 mar. 2010.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, n. 11, p. 1-4, 16 jan. 2012.

_____. Decreto nº 9.660, de 1ª de janeiro de 2019. Dispõe sobre a vinculação das entidades da administração pública federal indireta. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, edição especial, p. 13-15, 1ª jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde; FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional: Brasil, 2010-2014**. Brasília: MS; Fiocruz, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops**. Brasília: MS; Opas, 2013. Eixo 2, v. 1. (Série Ecos, Economia da Saúde para a Gestão do SUS).

_____. **Estratégias para disseminação da informação em Economia da Saúde no SUS**. Brasília: MS, 2015. Eixo 1, v. 2. (Série Ecos, Economia da Saúde para a Gestão do SUS).

BROC, G. *et al.* Decision-making in rectal and colorectal cancer: systematic review and qualitative analysis of surgeons' preference. **Psychology, Health & Medicine**, Abingdon, v. 22, n. 4, p. 434-448, 2017.

CAMARANO, A. A. **Brazilian population ageing differences in well-being by rural and urban areas**. Rio de Janeiro: Ipea, 2015. (Discussion Paper, n. 113).

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Iramuteq: um *software* gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

_____. **Tutorial para uso do *software* Iramuteq**. Santa Catarina, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2Y3r882>>. Acesso em: 9 fev. 2019.

CARVALHO, C. H. R. *et al.* **Estimativa dos custos dos acidentes de trânsito no Brasil com base na atualização simplificada das pesquisas anteriores do Ipea**. Brasília: Ipea, 2015. (Relatório de Pesquisa).

_____. **Mortes por acidentes de transporte terrestre no Brasil**: análise dos sistemas de informação do Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. (Texto para Discussão, n. 2212).

CASTRO, J. A. Política social e desenvolvimento no Brasil. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, número especial, p. 1011-1042, 2012.

_____. Saúde e desenvolvimento no Brasil. *In*: COHN, A. (Org.). **Saúde, cidadania e desenvolvimento**. 1. ed. Rio de Janeiro: E-papers; Centro Internacional Celso Furtado, 2013.

CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da violência 2018**: políticas públicas e retratos dos municípios brasileiros. Rio de Janeiro: Ipea, 2018.

D'ARAÚJO, M. C.; FARIAS, I. C.; HIPOLITO, L. (Orgs.). **Ipea: 40 anos apontando caminhos**. Rio de Janeiro: Ipea, 2005.

DEL NERO, C. R. O que é economia da saúde. *In*: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Orgs.). **Economia da saúde**: conceitos e contribuição para a gestão em saúde. Brasília: Ipea, 2002.

DELGADO, G. C.; THEODORO, M. Desenvolvimento e política social. *In*: JACCOUD, L. (Org.). **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: Ipea, 2005.

DINIZ, B. P. C. *et al.* Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. *In*: SILVEIRA, F. G.; OSORIO, R. G.; PIOLA, S. F. (Orgs.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2007. v. 2.

ENGEL, C. L. **As atualizações e a persistência da cultura do estupro no Brasil**. Rio de Janeiro: Ipea, 2017. (Texto para Discussão, n. 2339).

EPEA – ESCRITÓRIO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Diagnóstico preliminar da situação de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Epea, 1965. Disponível em: <<https://bit.ly/2GPNiSg>>. Acesso em: 26 dez. 2018.

FERREIRA, H. O crescimento dos homicídios de crianças e adolescentes no Brasil: 1980 a 2003. *In*: IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise, n. 11, p. 178-185, 2005.

FIUZA, E. P. S.; LISBOA, M. B. **Bens credenciais e poder de mercado**: um estudo econométrico da indústria farmacêutica brasileira. Rio de Janeiro: Ipea, 2001. (Texto para Discussão, n. 846).

FONTOURA, N. O.; PINHEIRO, L. S. Síndrome de Juno: gravidez, juventude e políticas públicas. *In*: CASTRO, J. A.; AQUINO, L. M. C.; ANDRADE, C. C. (Orgs.). **Juventude e Políticas Sociais no Brasil**. Brasília: Ipea, 2009.

GARCIA, L. P. **Epidemia do vírus Zika e microcefalia no Brasil**: emergência, evolução e enfrentamento. Brasília: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2368).

GARCIA, L. P. *et al.* **Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil**: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1839).

GUTIERRES, L. S. *et al.* Boas práticas para segurança do paciente em centro cirúrgico: recomendações de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 6, p. 2940-2947, 2018.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde Brasil**: 2010-2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; DFID – DEPARTMENT FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT. **Projeto Economia da Saúde – PES**: reforçando sistemas de saúde para reduzir desigualdades (2002-2005): relatório de atividades. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

IFLA – INTERNATIONAL FEDERATION OF LIBRARY ASSOCIATIONS AND INSTITUTIONS. **Declaração de Santiago**: o acesso à informação para alcançar o desenvolvimento sustentável na América Latina e no Caribe. Disponível em: <<https://bit.ly/2P2Z8sA>>. Acesso em: 9 fev. 2019.

KAMI, M. T. M. *et al.* Trabalho no consultório na rua: uso do *software* Iramuteq no apoio à pesquisa qualitativa. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160069, 2016.

LIMA JUNIOR, A. T. *et al.* Igualdade racial. *In*: IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise, Brasília, n. 23, p. 429-499, 2015.

LOWEN, I. M. V. *et al.* Inovação na prática assistencial do enfermeiro: ampliação do acesso na atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 945-951, 2017.

MAC GREEVEY, W. P. *et al.* **Política e financiamento do sistema de saúde brasileiro**: uma perspectiva internacional. Brasília: Ipea, 1984. (Série Estudos para o Planejamento, n. 26).

MARINHO, A. **A economia das filas no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro**. Brasília: Ipea, 2009. (Texto para Discussão, n. 1390).

_____. **The process of public resources allocation for investment in hospital capacities.** Brasília: Ipea, 2015. (Discussion Paper, n. 121).

MENDES, A.; MARQUES, R. M. Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva.** Rio de Janeiro: Hucitec: Fiocruz, 2006.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Análise qualitativa do aleitamento materno com o uso do *software* Iramuteq. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 567-577, 2016.

NOGUEIRA, R. P. **As condições de saúde nos BRICS entre 1990 e 2010: diversidade e crise.** Brasília: Ipea, 2013. (Nota Técnica Diest, n. 9).

OCKÉ-REIS, C. O.; ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. **O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado?** Rio de Janeiro: Ipea, 2005. (Nota Técnica, n. 1094).

OCKÉ-REIS, C. O.; SILVEIRA, F. G.; ANDREAZZI, M. F. S. **Avaliação dos gastos das famílias com a assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde.** Rio de Janeiro: Ipea, 2002. (Texto para Discussão, n. 921).

OCKÉ-REIS, C. O.; FERNANDES, A. M. P. **Descrição do gasto tributário em saúde: 2003 a 2015.** Brasília: Ipea, 2018. (Nota Técnica Disoc, n. 48).

OLIVEIRA NETO, J. C. C.; PIRES, M. C. C. Indicador municipal de saúde: uma análise dos sistemas municipais de saúde no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 29, p. 79-99, 2006.

PASINATO, M. T. M.; KORNIS, G. E. M. **Cuidados de longa duração para idosos: um novo risco para os sistemas de seguridade social.** Rio de Janeiro: Ipea, 2009. (Texto para Discussão, n. 1371).

PEREIRA, D. G.; FIUZA, E. P. S. Os direitos de propriedade intelectual nas estratégias de ciclo de vida para medicamentos de segunda geração: resultados parciais do inquérito brasileiro sobre a concorrência do setor farmacêutico. **Radar**, Rio de Janeiro, n. 29, p. 27-37, 2013.

PEROCCO, A. M. L.; RAGGIO, A. M. B.; VIANNA, S. M. (Orgs.). **Projeto Economia da Saúde – PES: reforçando sistemas de saúde para reduzir desigualdades (2002-2005).** Brasília: MS, 2007. (Relatório de Atividades).

PINHEIRO, A. L. L. *et al.* Igualdade de gênero. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n. 24, p. 481-531, 2016.

PIOLA, S. F. *et al.* Vinte anos da constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n. 17, p. 97-172, 2009.

PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S.; VIEIRA, F. S. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2439).

PIOLA, S. F. *et al.* Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. *In*: CASTRO, J. A.; SANTOS, C. H. M.; RIBEIRO, J. A. C. (Orgs.). **Tributação e equidade no Brasil: um registro da reflexão do Ipea no biênio 2008-2009**. Brasília: Ipea, 2010.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Orgs.). **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão em saúde**. 3. ed. Brasília: Ipea, 2002.

PNUD – PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. O que é desenvolvimento humano. **PNUD**, [s.d.]. Disponível em: <<https://bit.ly/2EC17ne>>. Acesso em: 18 fev. 2019.

QUEIROZ, A. A. F. L. N.; SOUSA, A. F. L. Fórum PrEP: um debate *on-line* sobre uso da profilaxia pré-exposição no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, e00112516, 2017.

RIBEIRO, J. A.; FERNANDES, M. A. Acompanhamento e dimensionamento do gasto social federal: considerações metodológicas e resultados gerais para os anos 90. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n. 1, p. 49-53, 2000.

RODRIGUES, R. I. *et al.* **Custo da violência para o sistema público de saúde no Brasil**. Brasília: Ipea, 2007. (Texto para Discussão, n. 1295).

SÁ, E. B. **O público e o privado no sistema de saúde: uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível**. Brasília: Ipea, 2018. (Nota Técnica Disoc, n. 47).

SALVADOR, P. T. C. O. *et al.* Uso do *software* Iramuteq nas pesquisas brasileiras da área da saúde: uma *scoping review*. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, p. 1-9, 2018.

SALVIATI, M. E. **Manual do aplicativo Iramuteq**. Brasília: 2017. Disponível em: <<https://is.gd/17IN2t>>. Acesso em: 31 jan. 2019.

SANTOS, M. P. G. (Org.). **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018.

SANTOS, M. P. G. Comunidades terapêuticas: unidades de privação de liberdade? **Boletim de Análise Político-Institucional**, Brasília, n. 10, 2016.

SCIELO – SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE. **Crêterios, política e procedimentos para a admissão e a permanência de periódicos científicos na Coleção SciELO Brasil**. São Paulo: Scielo, 2014. Disponível em: <<https://is.gd/2lcWQh>>.

SHIMIZU, H. E. *et al.* O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1131-1140, 2017.

SILVA, F. A. B.; ABREU, L. E. L. **Saúde** – Capacidade de luta: a experiência do Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ipea, 2002. (Texto para Discussão, n. 933).

SILVA, M. R.; HAYASHI, C. R. M.; HAYASHI, M. C. P. I. Análise bibliométrica e cientométrica: desafios para especialistas que atuam no campo. **InCID: Revista de Ciência da Informação e Documentação**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 110-129, 2011.

SILVEIRA, F. G.; OSORIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com saúde. *In: _____*. (Org.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2007. v. 1.

SOUZA, E. C. *et al.* Impactos das mudanças climáticas sobre o bem-estar relacionado à saúde no Brasil. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, v. 43, n. 1, p. 49-87, 2013.

SOUZA, C. H. L. *et al.* **Ampliação da participação na gestão pública**: um estudo sobre conferências nacionais realizadas entre 2003 e 2011. Brasília: Ipea, 2013. (Relatório de Pesquisa).

SOUZA, M. A. R. *et al.* O uso do *software* Iramuteq na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, e03353, 2018.

THELWALL, M. Bibliometrics to webometrics. **Journal of Information Science**, Thousand Oaks, v. 34, n. 4, p. 605-621, 2008.

TRIGUEIRO, D. R. S. *et al.* Aids e cárcere: representações sociais de mulheres em situação de privação de liberdade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 554-561, 2016.

VELLOSO, J. P. R. Na criação do Ipea, uma visão e seus desafios. **Desafios do Desenvolvimento**, Brasília, v. 1, n. 2, 2004.

_____. Capítulo 1 – Os fundadores. João Paulo dos Reis Velloso (entrevista). *In: D'ARAÚJO, M. C.; FARIAS, I. C.; HIPOLITO, L.* (Orgs.). **Ipea – 40 anos apontando caminhos**. Rio de Janeiro: Ipea, 2005.

VIANA, A. L. A.; SILVA, H. P. Saúde e desenvolvimento no Brasil: argumentos para promover a cidadania em tempos difíceis. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 49, p. 85-107, 2017.

VIANNA, S. M. *et al.* **Recessão e gasto social**: a conta social consolidada, 1980 a 1986. Brasília: Ipea, 1987.

VIANNA, S. M. *et al.* A conta social revisitada, 1980/1987. **Acompanhamento de Políticas Públicas**, Brasília, n. 11, maio 1989. Mimeografado.

VIEIRA, F. S. **Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2356).

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica, n. 28).

VIEIRA, F. S. *et al.* **Núcleos de economia da saúde: estrutura e percepção dos seus gerentes sobre o uso de estudos econômicos no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2017. (Nota Técnica Disoc, n. 36).

VIEIRA, F. S.; SANTOS, J. D. F. **Gestão da informação em saúde produzida e/ou publicada pelo Ipea**. Brasília: Ipea, 2019. (Relatório Institucional). No prelo.

ZUCOLOTO, G. F.; FREITAS, R. E. **Propriedade intelectual e aspectos regulatórios em biotecnologia**. Rio de Janeiro: Ipea, 2013.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

MELO, C. F. 1. **Iramuteq** – instalação. Disponível em: <<https://bit.ly/2H7ZGvQ>>. Acesso em: 31 jan. 2019.

_____. 2. **Preparando banco de dados textuais do Iramuteq**. Disponível em: <<https://bit.ly/2HnmHdp>>. Acesso em: 31 jan. 2019.

_____. 3. **Funcionamento do Iramuteq**. Disponível em: <<https://bit.ly/2J9PyoD>>. Acesso em: 31 jan. 2019.

_____. 4. **Estatísticas textuais no Iramuteq**. Disponível em: <<https://bit.ly/2J9PS6P>>. Acesso em: 31 jan. 2019.

_____. 5. **Iramuteq**: classificação hierárquica descendente. Disponível em: <<https://bit.ly/2VVYuE5>>. Acesso em: 31 jan. 2019.

_____. 6. **Análise de especificidades e análise fatorial de correspondências (AFC)**. Disponível em: <<https://bit.ly/30aovz0>>. Acesso em: 31 jan. 2019.

_____. 7. **Iramuteq**: análise de similitude. Disponível em: <<https://bit.ly/2Hackuk>>. Acesso em: 31 jan. 2019.

_____. 8. **Iramuteq**: nuvem de palavras. Disponível em: <<https://bit.ly/3095a15>>. Acesso em: 31 jan. 2019.

_____. **9. Iramuteq**: análise de matriz. Disponível em: <<https://bit.ly/2V970LG>>. Acesso em: 31 jan. 2019.

PIOLA, S. F. *et al.* **Financiamento público da saúde**: uma história à procura de rumo. Brasília: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1846).

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Assessoria de Imprensa e Comunicação

EDITORIAL

Coordenação

Reginaldo da Silva Domingos

Assistente de Coordenação

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Supervisão

Everson da Silva Moura

Camilla de Miranda Mariath Gomes

Revisão

Ana Clara Escórcio Xavier

Clícia Silveira Rodrigues

Idalina Barbara de Castro

Olavo Mesquita de Carvalho

Regina Marta de Aguiar

Alice Souza Lopes (estagiária)

Amanda Ramos Marques (estagiária)

Ana Luíza Araújo Aguiar (estagiária)

Hellen Pereira de Oliveira Fonseca (estagiária)

Ingrid Verena Sampaio Cerqueira Sodré (estagiária)

Isabella Silva Queiroz da Cunha (estagiária)

Lauane Campos Souza (estagiária)

Editoração

Aeromilson Trajano de Mesquita

Bernar José Vieira

Cristiano Ferreira de Araújo

Danilo Leite de Macedo Tavares

Herllyson da Silva Souza

Jeovah Herculano Szervinsk Júnior

Leonardo Hideki Higa

Capa

Danielle de Oliveira Ayres

Flaviane Dias de Sant'ana

Projeto Gráfico

Renato Rodrigues Bueno

*The manuscripts in languages other than Portuguese
published herein have not been proofread.*

Livraria Ipea

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo

70076-900 – Brasília – DF

Tel.: (61) 2026-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Missão do Ipea

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DA
ECONOMIA



ISSN 1415-4765

