



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA GENDA
PRESIDENCIAL BRASILEIRA (2006-2022)**

Saú da Silva Souza

**JEQUIÉ/BA
2022**

SAÚ DA SILVA SOUZA

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA AGENDA
PRESIDENCIAL BRASILEIRA (2006-2022)**

Dissertação apresentada no
Programa de Pós-Graduação Stricto
Sensu em Enfermagem e Saúde -
linha de pesquisa Educação em
Saúde e Sociedade, como requisito
avaliativo.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Donha Yarid

Coorientador: Prof. Dr. Temístocles Damasceno Silva

Jequié/BA
2022

S729p Souza, Saú da Silva.

A promoção da saúde na Agenda Presidencial Brasileira (2006-2022) /
Saú da Silva Souza. - Jequié, 2022.
103f.

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia -
UESB, sob orientação do Prof. Dr. Sérgio Donha Yarid e coorientação
do Prof. Dr. Temístocles Damasceno Silva)

1.Promoção da Saúde 2. Política Pública 3. Formação da Agenda
I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 362.10981

Rafaella Cância Portela de Sousa - CRB 5/1710. Bibliotecária – UESB - Jequié

FOLHA DE APROVAÇÃO

SOUZA, Saú da Silva. A promoção da Saúde na agenda Presidencial Brasileira (2006-2022). 2022. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Sérgio Donha Yarid

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia


Prof. Dr. Ismar Eduardo Martins Filho

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia


Prof. Dr. Fernando Augusto Starepravo

Programa de Pós-Graduação em Educação Física - Universidade Estadual de Maringá

Jequié-Bahia, 13 de outubro de 2022.

Dedicatória

Agradecimentos

Agradeço a Deus e a todos que intercederam junto a ele durante minhas inúmeras orações. Em especial a minha mãe, por tudo que representa na minha vida. Ao meu pai e irmãos, em especial meu irmão Jefferson Souza, por todo amor e carinho proporcionados durante a caminhada.

A minha esposa Hosana Maria Santos Rodrigues e meus filhos Théo Souza e Davi Souza.

Ao meu orientador e amigo o professor Dr. Sérgio Donha Yarid pela oportunidade e todos os ensinamentos nessa jornada.

Ao meu amigo e coorientador professor Dr. Temístocles Damasceno Silva, por acreditar incansavelmente em meu potencial.

Aos membros dos grupos de pesquisas ao qual faço parte, o Núcleo de Pesquisa em Bioética e Espiritualidade (NUBE) e o Centro de Estudos em Gestão de Esporte e Lazer (CEGEL).

Escrever esta dissertação de mestrado foi uma conquista pessoal enorme, fruto de um trabalho exaustivo e da superação de diversas barreiras pessoais. Não trato, aqui, apenas das dificuldades gerais de se produzir um trabalho de qualidade, mas, sobretudo, do reconhecimento e do enfrentamento de dificuldades pessoais e acadêmicas que precisaram ser superados para que esse trabalho pudesse ser concluído.

Gratidão é a palavra que resume meu sentimento.

Salmo 118. Deem graças ao Senhor porque ele é bom; o seu amor duro para sempre. Na minha angústia clamei ao Senhor; e o Senhor me respondeu, dando-me ampla liberdade. O Senhor está comigo, não temerei.

SOUZA, SAÚ DA SILVA. **A promoção da saúde na agenda presidencial brasileira (2006-2022)**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié/BA, 2022.

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar a atenção dada a promoção da saúde na agenda presidencial brasileira, no período de 2006 a 2022. Trata-se de uma pesquisa exploratória, documental e quanti-qualitativa. O estudo foi delineado com base nos pressupostos teóricos da Ciência Política, especificamente, o modelo teórico do Equilíbrio Pontuado. Os dados foram organizados a partir das seguintes categorias: agenda retórica; agenda administrativa; agenda legislativa. Em relação a primeira categoria, coletou-se dados nos planos de governo dos candidatos eleitos ao cargo de presidência da república nos anos de 2006, 2010, 2014 e 2018. Além disso, os discursos de posse, mensagens presidenciais e orçamentárias enviadas anualmente ao Congresso Nacional também foram utilizadas como fonte de coleta de dados da agenda supracitada. Na segunda categoria, utilizou-se os decretos e peças orçamentárias (Planos Plurianuais e Leis Orçamentárias Anuais) elaboradas pelo Poder Executivo Federal como indicadores de atenção ao tema investigado. Na última categoria, analisou-se os projetos de lei relacionados a promoção da saúde, levando-se em consideração a produção legislativa do Poder Executivo Federal. Os resultados evidenciaram que a atenção dada a promoção da saúde encontra-se de maneira incremental na maior parte do período analisado. Contudo, foi possível observar momentos de ruptura dessa atenção. Na agenda retórica, a imagem política foi concebida por meio da percepção de hábitos de vida saudáveis e oferta de medicamentos como vetores da promoção da saúde. Além disso, associou-se o fomento dessa política com outros setores, a saber: Educação; Esporte; Juventude. Vale destacar que nem todas propostas realizadas no plano de governo foram consideradas pelos atores políticos após assumirem o cargo do poder executivo. Na agenda administrativa verificou-se o processo de regulamentação da promoção da saúde com base em decretos e ao mesmo tempo, pontos de ruptura orçamentária dinâmica alocativa anual. Na agenda legislativa evidenciou-se indicativos de alterações no aparato institucional da promoção da saúde por meio da elaboração de projetos de leis. A análise comparativa entre os governos possibilitou a compreensão do processo de seleção e priorização das pautas correlatas ao esporte ao longo do tempo, evidenciando assim, ações incrementais e momentos de pontuação. Desta forma, pode-se concluir que fatores endógenos (mudanças de atores políticos) e exógenos (Pandemia Covid-19) influenciaram a formação da agenda presidencial brasileira para promoção da saúde.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Política Pública; Formação da Agenda.

SOUZA, SAÚ DA SILVA. **Health promotion in the Brazilian presidential agenda (2006-2022)**. Dissertation (Master's in Nursing and Health). State University of Southwest Bahia, Jequié/BA, 2022.

Abstract

The objective of this study was to analyze the attention given to health promotion in the Brazilian presidential agenda, from 2006 to 2022. This is an exploratory, documentary and quantitative-qualitative research. The study was designed based on the theoretical assumptions of Political Science, specifically, the theoretical model of Punctuated Equilibrium. Data were organized according to the following categories: rhetorical agenda; administrative agenda; legislative agenda. Regarding the first category, data were collected on the government plans of candidates elected to the presidency of the republic in 2006, 2010, 2014 and 2018. In addition, inaugural speeches, presidential and budget messages sent annually to Congress were also used as a source of data collection for the aforementioned agenda. In the second category, the decrees and budget pieces (Multiannual Plans and Annual Budget Laws) prepared by the Federal Executive Power were used as indicators of attention to the investigated topic. In the last category, the bills related to health promotion were analyzed, taking into account the legislative production of the Federal Executive Branch. The results showed that the attention given to health promotion is found incrementally in most of the analyzed period. However, it was possible to observe moments of rupture of this attention. In the rhetorical agenda, the political image was conceived through the perception of healthy lifestyle habits and the supply of medicines as vectors of health promotion. In addition, the promotion of this policy was associated with other sectors, namely: Education; Sport; Youth. It is worth noting that not all proposals made in the government plan were considered by political actors after taking over the executive branch. On the administrative agenda, there was the process of regulating health promotion based on decrees and, at the same time, budgetary breakpoints in the annual allocation dynamics. In the legislative agenda, there were indications of changes in the institutional apparatus of health promotion through the elaboration of bills. The comparative analysis between governments made it possible to understand the process of selection and prioritization of guidelines related to sport over time, thus showing incremental actions and scoring moments. In this way, it can be concluded that endogenous (changes in political actors) and exogenous (Covid-19 Pandemic) factors influenced the formation of the Brazilian presidential agenda for health promotion.

Keywords: Health Promotion; Public policy; Agenda formation.

Lista de figuras

Figura 1 – Ciclo da política	23
------------------------------------	----

Lista de quadros

Quadro 1 - Propostas para promoção da saúde - VIII Conferência de Helsinque	31
Quadro 2 – Estratégias para estimular a Política Nacional de Promoção da Saúde.	44
Quadro 3 - Temas prioritários para promoção da saúde na PNPS.....	49
Quadro 4 - Categorias e elementos de análise da pesquisa	50
Quadro 5 – Lista de códigos <i>CodeBook</i>	54
Quadro 6 – Subcódigos da área de saúde	56

Lista de tabelas

Tabela 1 – Dados brutos de menções ao código saúde e subcódigo prevenção e promoção da saúde nos planos de governo dos candidatos à presidência da república – 2006 a 2018.....	60
Tabela 2 – Dados brutos de menções ao código saúde e subcódigo prevenção e promoção da saúde nos discursos de posse dos presidentes brasileiros – 2007 a 2019	63
Tabela 3 – Dados brutos das menções à promoção, prevenção e saúde nas mensagens presidenciais enviadas ao Congresso Nacional – 2007 a 2022	66
Tabela- 4 Dados Brutos do Código Saúde e do Subcódigo a prevenção e promoção da saúde das mensagens orçamentárias.	69
Tabela 5 – Dados brutos da agenda legislativa saúde e promoção da saúde – 2006 a 2022	71
Tabela 6 – Leis relacionadas a promoção da saúde por período	74
Tabela -7 Dados Bruto da Atenção dada ao código saúde e subcódigo prevenção e promoção da saúde nos Decretos presidenciais de 2007-2022.....	77
Tabela-8 Decretos relacionados a promoção da saúde por período	79
Tabela 9 – Dados brutos do orçamento anual da prevenção e promoção da saúde por objetivo – 2012 a 2022 – em R\$.....	87

Lista de gráficos

Gráfico 1 – Percentual de atenção ao subcódigo prevenção e promoção da saúde nos planos de governo dos candidatos à presidência da república – 2006 a 2018	61
Gráfico 2 – Percentual de atenção ao subcódigo prevenção e promoção da saúde nos discursos de posse dos presidentes brasileiros – 2007 a 2019.....	64
Gráfico 3 - Percentual de atenção ao subcódigo prevenção e promoção da saúde nas mensagens presidenciais enviadas ao Congresso Nacional – 2007 a 2019	67
Gráfico 4- Percentual de atenção ao subcódigo prevenção e promoção da saúde nas mensagens orçamentarias.	70
Gráfico 5 - Percentual de atenção à saúde e promoção da saúde	74
Gráfico 6 - Percentual de atenção dada a saúde e a prevenção e promoção da saúde nos decretos presidenciais.	78
Gráfico 7 - A promoção da saúde no plano plurianual 2008-2011 presidencial	80
Gráfico 8 – Dados brutos do orçamento anual da função saúde no Brasil	81
Gráfico 9 – Dados brutos do orçamento anual por subfunção da saúde – 2007 a 2022	82
Gráfico 10 - Dados brutos do orçamento para o programa implementação da política de promoção da saúde - 2008 a 2011	83
Gráfico 9 – Percentual de atenção à saúde por subfunção – 2007 a 2022	85
Gráfico 10- Dados brutos do orçamento para o programa implementação da política de promoção da saúde - 2008 a 2011	86
Gráfico 11 – Percentual de atenção ao programa de implementação da política de promoção da saúde na função saúde – 2008 a 2011	86
Gráfico 12 - Dados brutos do orçamento para o programa Vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos - 2008 a 2011	87
Gráfico 13 - Dados brutos do orçamento para o programa Vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos por subfunção - 2008 a 2011	87
Gráfico 14 – Percentual de atenção ao programa vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos na função saúde – 2008 a 2011	88

Gráfico 15 - Dados brutos do orçamento para o programa implementação da política nacional de promoção da saúde por ação - 2007 a 2012.....	88
Gráfico 16 – Percentual de atenção a promoção da saúde por ação programática – 2007 a 2022	89
Gráfico 17– Percentual de atenção a promoção da saúde por objetivo da política – 2007 a 2022	92

Abreviaturas e siglas

ADM	Administração Geral
CEGEL	Centro de Estudos em Gestão do Esporte e Lazer
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CGDANT	Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONAS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CGPNPS	Comitê Gestor da Política de Promoção da Saúde
DI	Disponibilidade Interna
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EC	Emenda Constitucional
EJA	Educação de Jovens e Adultos
FHC	Fernando Henrique Cardoso
GTVS	Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde
IGP	Índice Geral de Preços
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LIE	Lei de Incentivo ao Esporte
LOA	Lei Orçamentária Anual
ME	Ministério do Esporte
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
MEP	Modelo de Equilíbrio Pontuado
NUBE	Núcleo de Pesquisa em Bioética e Espiritualidade
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OS	Promoção da Saúde
PFL	Partido da Frente Liberal
PIB	Produto Interno Bruto
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSL	Partido Social Liberal
PT	Partido dos Trabalhadores
PPA	Plano Plurianual
PAS	Programa Academia da Saúde
PVPVS	Piso Variável em Vigilância e Promoção da Saúde
PAB-V	Piso de Atenção Básica Variável
PAC	Programa Academia da Cidade
PSE	Programa Saúde na Escola
PVT	Projeto Vida no Trânsito
PT	Partido dos Trabalhadores
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SIOP	Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância e Saúde
TSE	Tribunal Superior Eleitoral
UNESCO	Organização das nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO DE ANÁLISE	22
2.1 As políticas públicas e o processo de formação da agenda	24
2.2 A promoção da saúde como pauta política no contexto global.....	33
2.3 A promoção da saúde como pauta política no contexto brasileiro.....	40
3 ENCAMINHAMENTOS METODOLÓGICOS	50
3.1 As categorias de análise da pesquisa	50
3.2 Os Instrumentos e procedimentos de coleta de dados	54
3.3 A análise dos dados	57
4. A ATENÇÃO DADA À PROMOÇÃO DA SAÚDE NA AGENDA PRESIDENCIAL BRASILEIRA (2006-2022)	58
4.1 A atenção dada a promoção da saúde na agenda retórica	58
4.2 A atenção dada a promoção da saúde na agenda legislativa.....	70
4.3 A atenção dada a promoção da saúde na agenda administrativa	75
5. RESULTADOS	90
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	94

1. INTRODUÇÃO

A promoção da saúde é definida como um processo que capacita a população com intuito de aumentar o controle sobre a sua saúde e conseqüentemente, o bem-estar individual e coletivo. Logo, apresenta-se como um direito fundamental relacionado ao princípio da busca pelo mais alto nível de saúde para o contínuo desenvolvimento social e melhoria da qualidade de vida da população (ALMA-ATA, 1978; OTTAWA, 1986).

A promoção da saúde se constitui por meio de políticas públicas e ações coletivas e individuais com o intuito de melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas a partir da redução de fatores de risco à saúde. Essas políticas públicas podem favorecer a implantação de ações que efetivem a promoção da saúde como também a atenção elencada pelos atores políticos (IVO et al., 2019).

De acordo com Heidemann (2006), a partir de 1960, países europeus passaram a debater a situação econômica e social da saúde. Conseqüentemente, essa dinâmica contribuiu para o surgimento de uma nova abordagem para a saúde com o objetivo de superar o modelo focado no controle ou combate das patologias ou enfermidades. A nova concepção teve como premissa, a promoção da saúde, por meio de ações que possibilitassem uma vida mais saudável para os seres humanos (BRASIL, 2002).

O ano de 1974 tornou-se um dos marcos históricos que contribuíram para essa nova abordagem de saúde a partir do Movimento de Promoção à Saúde iniciado no Canadá. Esse movimento desencadeou a construção de um documento conhecido como Informe de Lalonde. Segundo Terris (1992, pág 4), "a primeira declaração teórica abrangente na Saúde Pública como resultado dos desconhecimentos de epidemiologia de doenças não infecciosas".

Em 1978 aconteceu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em Alma-Ata, República do Cazaquistão. Logo, definiu-se a promoção da saúde como processo de capacitação da população com o propósito de aumentar o controle sobre a sua saúde, pensando no bem-estar individual e coletivo (OMS, 1986).

A realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que aconteceu em Ottawa, no Canadá, em novembro de 1986, possibilitou a construção de uma carta com as intenções que pudessem colaborar para um novo modelo de

saúde. Essa Conferência foi uma resposta às crescentes expectativas por um novo modelo de saúde pública, movimento que acontecia por todo o mundo (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Segundo Ferraz (1994), a Carta de Ottawa possibilitou a ampliação do conceito de promoção da saúde, englobando a importância e o impacto da política social, econômica e cultural sobre as condições de saúde da população. Com isso, ocorreu um reconhecimento de que a promoção da saúde não é exclusivamente ao setor saúde, mas sim, perpassa por ações intersetoriais. Para Buss et. al. (1998), a Carta de Ottawa afirma que a equidade em saúde é um dos focos primordiais da promoção da saúde, no qual as ações possibilitam diminuir as diferenças no estado de saúde da população, e também objetivam o acesso a recursos para um estilo de vida mais saudável.

Além dos documentos supracitados, outros materiais foram elaborados em torno do tema, dentre eles: Declaração de Adelaide, na Austrália em 1988, a Declaração de Sundsvall na Suécia em 1991, a Declaração de Bogotá na Colômbia em 1992, a Declaração de Jacarta na Indonésia em 1997, Relatório da Conferência do México no ano 2000, a Carta de Bangkok na Tailândia em 2005, Carta de Nairobi em Kenya em 2009 e a declaração sobre o tema saúde em Todas as Políticas em Helsinki em 2013 (LOPES, 2010).

No Brasil, a década de 1980 foi um marco histórico quando se retrata a promoção da saúde tendo em vista que nessa década ocorreram vários movimentos para que uma nova filosofia fosse incorporada às políticas de saúde (CASTRO et. al., 2010). Dentre eles, destaca-se a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), com a temática “Democracia é Saúde”. Foi nesse espaço que começou a luta pela descentralização do sistema de saúde e pela inserção de políticas sociais que pudesse defender e cuidar das pessoas.

Outro acontecimento marcante no país refere-se ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, provocando influências sociais e históricas na formulação da promoção da saúde. Para Campos et. al. (2004), esse movimento possibilitou a promoção da saúde como política que deve ser incorporada em todos os níveis da gestão e atenção à saúde.

O movimento da reforma Sanitária¹ também influenciou a incorporação da atenção à saúde na Constituição Federal de 1988 e possibilitou o Estado brasileiro assumir como um dos seus objetivos a redução da desigualdade social e regional. A nova constituição permitiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que distribuiu as responsabilidades entre as entidades federal, estadual e municipal. Essas responsabilidades incluem receber recursos, gerenciar, coordenar e avaliar os serviços ofertados (STEDILE, 2014).

A partir da promulgação da lei 8.080 de 1990 que regulamenta o SUS, o Ministério da Saúde propôs um movimento que pudesse induzir a definição da Política Nacional de Promoção da Saúde-PNPS. Para Castro et. al. (2010), a construção da PNPS, no Brasil, aconteceu a partir de um processo amplo de arranjos institucionais entre Ministério da Saúde, gestores dos SUS, Universidades e diferentes atores sociais.

Vale salientar que a Política de Nacional Promoção da Saúde pode ser analisada de acordo a concepção do ciclo da política, nesse caso específico, o processo de formação da agenda da temática em questão. Do ponto de vista conceitual, Capella (2018) define agenda como conjunto de questões que reúnem a atenção de atores dentro e fora do governo, por tempo determinado, envolvendo problemas e soluções. Ao considerar que atenção é um recurso restrito e que tanto pessoas quanto organizações priorizam campo de atuação, pesquisar o processo de formação da agenda possibilita identificar como os atores políticos priorizaram determinado tema entre diversos existente (JONES; BAUMGARTNER, 2003; BAUMGARTNER; JONES, 2015).

Cohen (2012) relata que a agenda presidencial se constitui a partir de três tipos de agenda: agenda retórica; agenda legislativa; agenda administrativa. Para o autor a agenda retórica é definida como atenção dada a determinado tema nos discursos ou documentos oficiais direcionados a grupos de interesse ou público que integram a política pública. A Agenda legislativa é definida como temas que são priorizados em toda produção de projetos de leis vinculada ao Poder Executivo. A Agenda administrativa retrata o conjunto de pautas elencadas em atos autorizativos pelos gestores, comprovando as prioridades escolhidas pela administração.

¹ Segundo Arouca (2003), o Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro (MRSB) foi o processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização da saúde no país. Esse movimento evidenciou a revolta da sociedade com as desigualdades e a mercantilização da saúde, o MRSB tornou-se ação política com objetivo de uma sociedade inclusiva e solidária.

Cobb e Elder (1971;1972) iniciaram as análises sobre a formação da agenda como alvo para entender como as questões são criadas e como ocorre o processo de formação da agenda. Em 1993, Baumgartner e Jones elaboraram o modelo Equilíbrio Pontuado no qual é utilizado para análise de continuidade e mudança na agenda governamental. Essa teoria possibilita a compreensão da mudança política comparada ao longo de grandes períodos de estabilidade que sofrem alterações pontuais em relação ao cotidiano (CAPELLA, 2018). Todavia, Baumgartner e Jones (1993) buscaram um avanço importante sobre o modelo de múltiplos fluxos ¹a partir da influência dos arranjos institucionais na explicação da referida dinâmica. Com isso, os atores, ideias e arranjos institucionais são elementos centrais para compreensão da atenção dada a determinado tema e as prioridades destacadas no processo de formação da agenda.

Ao analisar a produção científica internacional sobre a formação da agenda, Jhon (2013) identificou a utilização do modelo equilíbrio pontuado em onze diferentes linhas de pesquisa, dentre eles, educação, saúde, segurança e assistência. No Brasil, até a década de 1980, os estudos estavam relacionados ao desenvolvimento de análise acerca do Estado e a compreensão do processo político nas várias esferas que compõem a sociedade brasileira. Neste contexto, Educação, Saúde, Assistência, Desenvolvimento Regional, Segurança e Defesa somam 25% do total de trabalhos mapeados e aparecem como áreas setoriais importantes na aplicação desses modelos.

Na produção científica brasileira, Capella e Soares (2014) revelaram a utilização desses quadros conceituais por parte dos pesquisadores brasileiros. Desta forma, os autores indicam que em apenas dez anos foram encontrados oitenta e sete trabalhos que utilizaram tais quadros, com ênfase para o período de 2010 a 2013. Entretanto, constata-se poucos estudos que buscaram uma aproximação entre a Ciência Política e a análise das políticas públicas voltadas para promoção da saúde.

Fialho e Moreira (2018) revelaram um aumento significativo sobre a formação da agenda no Brasil, porém, os autores ainda demonstram uma grande escassez de estudos no contexto nacional, inclusive com a temática promoção da saúde.

¹ O modelo de múltiplos fluxos segundo Kingdon (2003) e Zahariadis (2007), surge com origem no modelo de decisão em organizações. Os autores preconizam a presença da ambiguidade na tomada de decisão em função dos múltiplos fluxos: (o fluxo do problema; fluxo de soluções; fluxo político; empreendedores políticos; janela de oportunidade) influenciando na formulação, implementação e avaliação da política.

Heidemann et. al. (2012) analisaram as publicações sobre promoção da saúde no período de 2000 a 2010, no qual encontraram trinta e um artigos, todavia, apenas dois tratavam dos conceitos de promoção da saúde de forma explícita, os outros foram encontrados apenas a temática qualidade de vida. Petermann et al. (2020) analisaram a produção acadêmica brasileira sobre a temática Política Nacional de Promoção da saúde desde a sua implantação em 2006 até 2019, no qual identificaram vinte e seis artigos. O método prevalente observado foi do tipo estudo teórico e correlato a avaliação de política de promoção da saúde.

Diante do exposto, a compreensão da atenção dada à promoção da saúde na agenda presidencial se apresenta como um campo a ser explorado pelos pesquisadores. As pesquisas sobre formação da agenda decorrem da compreensão de como alguns problemas são considerados mais importantes do que outros e passando assim motivando a ação governamental (ZAHARIADIS, 2016).

Ao levar em consideração os fatos supracitados, elencou-se a seguinte questão-problema: qual a atenção dada à promoção da saúde na agenda presidencial brasileira no período de 2006 a 2022? Desse modo, acredita-se que o surgimento da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) pode ter influenciado o processo de formação da agenda para o setor com base no delineamento de novas ideias e arranjos institucionais. Além disso, as mudanças dos atores políticos podem ter influenciado a organização administrativa e orçamentária da política abordada.

Do ponto de vista profissional, o interesse em pesquisar a promoção da saúde está ligado diretamente com a formação Profissional de Educação Física. Desde 2011, desenvolve-se ações de promoção da saúde através das práticas corporais e exercício físico. A partir da inserção no Núcleo de Pesquisa em Bioética e Espiritualidade-NUBE, pôde-se constatar a importância da Educação em Saúde para promoção da saúde. A participação no Centro de Estudos em Política e Gestão do Esporte e Lazer-CEGEL ampliou o contato com as políticas públicas enquanto objeto de estudo. Logo, desenvolveu-se o interesse em pesquisar as ações de Promoção da Saúde. Do ponto de vista científico nota-se a necessidade de ampliação dos estudos sobre a formação da agenda ao levar em consideração que John (2013) relata a utilização de modelos teóricos oriundos da Ciência Política em onze diferentes linhas de pesquisa.

Por conseguinte, a presente pesquisa justifica-se pela possibilidade de inovação da produção do conhecimento correlato a área, ao levar em consideração a

busca pelo entendimento acerca da dinâmica e os padrões de mudança na execução das políticas públicas de promoção da saúde ao longo do tempo. Outro ponto importante a ser elencado encontra-se relacionado à importância política brasileira na busca por uma melhor qualidade de vida.

Sublinhados os pontos supracitados, despertou-se o interesse em compreender de que forma o modelo teórico do Equilíbrio Pontuado pode ser utilizado enquanto ferramenta de análise da formação da agenda para a temática em questão. Ao delinear as influências das ideias, atores e arranjos institucionais no processo de formação da agenda presidencial, acredita-se que a utilização do modelo teórico do Equilíbrio Pontuado pode colaborar para a compreensão em torno das prioridades estabelecidas pelo Poder Executivo no que diz respeito a promoção da saúde e, ao mesmo tempo, contribuir para o entendimento acerca das mudanças no processo de constituição da agenda.

Logo, definiu-se como objetivo desta dissertação, analisar a atenção dada à promoção da saúde na agenda presidencial brasileira no período entre 2006 e 2022. De forma complementar, elencou-se os seguintes objetivos específicos:

- Investigar a atenção dada a promoção da saúde na agenda retórica presidencial;
- Examinar a atenção dada à promoção da saúde a agenda legislativa do Poder Executivo Federal;
- Analisar as ações para promoção da saúde na agenda administrativa presidencial.

2. REFERENCIAL TEÓRICO DE ANÁLISE

A política pública é definida por Schmitter (1965) como resolução de conflitos ou conjunto de ações formais e informais que expressam relação de poder e destinam à resolutividade de conflitos quanto a bens públicos de forma pacífica. De forma mais simples política pode ser definida como ato de governar um Estado ou Nação e uma arte de negociação para compatibilizar interesses, ou seja, políticas públicas estão diretamente associadas às questões políticas e governamentais que mediam a relação entre Estado e sociedade (CAPPELA, 2018).

O processo de produção de políticas públicas ocorre quando os governos definem e priorizam determinados problemas e soluções, essa dinâmica acontece na formação da agenda, sendo assim identificados possíveis problemas e alternativas. Segundo Dearing e Rogers (1996), o processo de políticas públicas altera de acordo a atenção dada a determinado problema que conseqüentemente muda a formação da agenda. Os autores afirmam que ocorre uma disputa de poder em torno dos tomadores de decisão, com isso os formuladores agem na busca de solucionar os problemas em evidência na agenda.

Destarte, Baumgartner e Jones (2005) consideram que a atenção a determinado tema é um recurso escasso e que tanto organizações quanto atores políticos estabelecem prioridades de exercício, analisar a agenda e estudar a formação da agenda tem como objetivo identificar como os governos priorizam a atenção entre os diversos temas existentes, estabelecendo quais problemas terão mais atenção (BAUMGARTNER; JONES, 2015). Desse modo, o principal ponto dos estudos de agenda é compreender de que forma certos problemas são abalizados mais importantes do que outros em um determinado período, atraindo a ação governamental (ZAHARIADIS, 2016).

As pesquisas que envolvem a formação da agenda têm como objetivo compreender a atenção dada por parte dos governantes aos diversos temas durante a tomada de decisão. Para Capella (2013), a agenda é definida como várias questões que são priorizadas por atores governamentais e não governamentais pode ocorrer dentro ou fora do governo, tendo duração limitada, abrangendo problemas, soluções, ideias sobre possíveis causas, como também outras condições

que o governo e a sociedade cogitem ter determinada atenção fazendo assim o ciclo da política.

O ciclo da política é definido por Capella (2018) em seis etapas: a primeira é a percepção e identificação do problema, segunda é a inclusão do tema na agenda, terceira é compreender as soluções para o problema, quarta é a decisão se o tema abordado entrará na agenda, a quinta passo é o planejamento para possível implementação e pôr fim a avaliação da política implantada.

Figura 1 – Ciclo da política



Fonte: imagem da internet

Na formação da agenda presidencial deve-se considerar que a entrada e saída de alguns temas torna a formação complexa e dinâmica, isso ocorre por: grupos de pressão, opinião pública, mídia, articulação político partidária etc. esses conflitos e consensos que compõem esse processo de atenção (CAPELLA, 2013). Segundo Shattsneider (1975), afirma que a desentonação de perspectivas pode difundir a atenção e a forma de conduzir a temática para definição das alternativas políticas.

No campo científico, Weible (2014) reitera que investigar esses processos deve considerar a correlação dos atores, eventos, políticas, resultados e contextos. Com essa afirmação do autor, identifica-se a existência de uma diversidade de fatores que influenciam na análise da formação da agenda.

Os estudos acerca da a formação da agenda, passam a se desenvolver a partir da relação entre as agendas: midiática, pública e governamental. Agenda midiática (informações que são divulgadas pela mídia em um determinado período), agenda pública (está ligada a hierarquia de temas que tem uma atenção da opinião pública por um período) e pôr fim a agenda governamental (tenta entender como alguns temas recebem a atenção dos atores governamentais), (DEARIG; ROGERS, 1996).

Para Cobb e Elder (1971) conceituam agenda como uma série de debates políticos que despertam o interesse dos atores inseridos no sistema político. Ademais, os autores afirmam a existência de dois tipos de agenda. Uma é a agenda sistêmica, no qual está relacionado ao conjunto de problemas reconhecidos socialmente e que merece atenção governamental. A outra refere-se a agenda governamental, esse espaço é composto por problemas que são notados pelos atores como mais importantes.

Kindgon (2003) adicionou a discussão a respeito da formação da agenda, o conceito de agenda decisória considerando um espaço exclusivo para a tomada de decisão na agenda governamental, devido o reconhecimento que poucos temas serão analisados pelos atores. Para mais, o autor apresentou a existência de agendas especializadas que representam ações setoriais do processo de formação de políticas públicas.

De acordo com Calmon e Costa (2007), no Brasil quase não existe produção acadêmica sobre a formação da agenda quando comparado com a grande quantidade de produção na literatura internacional. Dessa forma, é perceptível que a agenda governamental brasileira se apresenta como um campo a ser explorado com novas pesquisas.

2.1. As políticas públicas e o processo de formação da agenda

O percurso percorrido pela racionalização da política e do Estado tiveram grande influência para o surgimento de teorias e produção do conhecimento na área de políticas públicas. A teoria da racionalidade considerava os problemas enquanto acontecimentos mensuráveis e solúveis, com isso, o problema social estava condicionado ao objetivo de resolver através da capacidade técnica que a gestão

poderia desenvolver no diagnóstico e na busca por estratégias de políticas eficientes (PEARSON, 2007)

O teórico Anthony Downs traz em sua obra “uma teoria econômica da democracia” de 1957, uma das bases para a teoria da escolha racional. Em conformidade com Downs, toda decisão perpassa pela racionalidade da escolha, a busca é por decisões eficientes e com menor custo possível. Com isso, toda tomada de decisão dos atores políticos seria influenciada pela crença na transformação social e nos objetivos políticos e econômicos planejados (DOWNS, 1957).

Capella (2018) questiona o modelo racional quando leva em consideração que os problemas são construções sociais compostas por elementos objetivos e subjetivos. Nessa perspectiva, seria improvável compreender a definição dos problemas e soluções sem refletir a influência desses elementos na formulação da política.

Shattschneider (1960) desenvolveu estudos de grande importância para a atual percepção e definição do que são problemas e alternativas, ele definiu o conceito de mobilização de viés como fator primordial para a composição da agenda, revelando enquanto ação política. Esse conceito tem relação direta com a audiência dada por formuladores de política por um determinado problema, conquistando assim a atenção de todos envolvidos na formulação da política. Conforme Capella (2018), os atores políticos tendem a explorar o conflito e transformá-lo em questões políticas através do apoio popular, com intuito de tornar o tema mais politizado com o apoio da população, que inicialmente não estava envolvida na formulação da política. Desse modo, é possível perceber que a mobilização popular é combinada aos agentes interessados na inclusão do tema ou problema específico na agenda política.

Cobb e Elder (1971) utilizaram do comportamento desses atores políticos para desenvolver novas análises sobre a formulação de política. Para os autores seria necessário compreender o porquê um determinado problema passa a ter mais importância e quais os fatores que tendem a influenciar nesse processo. A definição da agenda começou a ser vista como um processo reduzido a alguns grupos, os perdedores e os ganhadores. Os vencedores seriam compostos por atores que buscam diminuir o conflito proposto pelos perdedores, esses almejam mobilizar a atenção dando maior audiência a um problema.

Cobb e Elder mostram que as estratégias pensadas para a expansão dos conflitos são condicionadas ao perfil do problema. Dessa forma, é necessário conhecer a natureza do problema com base em alguns elementos: procedência do problema, perfil técnico, alcance social, especificidade e temporalidade do problema. A especificidade está ligada à especialidade do problema, o alcance social trata-se do tamanho do problema, seja por reconhecimento ou percepção dos atores inseridos na tomada de decisão. A temporalidade está relacionada ao caráter emergencial do problema no qual demanda uma intervenção imediata do poder público. O perfil técnico está ligado ao grau de complexidade do problema e a procedência refere-se ao nível de entendimento sobre o problema.

Para Kingdom (2003), existe uma distinção entre os conceitos de condições e problemas, o autor traz em seus estudos que uma condição pode ser representada por um fato casual, porém, esses fatos só serão transformados em problema público se for levado em consideração os aspectos mostrados anteriormente pelos atores inseridos no processo de definição de problemas e alternativas. Dessa forma, nem todo problema será considerado problema público e alguns problemas não terão a atenção do governo.

Nesta perspectiva, a representação estratégica de situações é um conceito fundamental para compreensão do problema. Segundo Stone, esse processo é basicamente político, visto que a definição do problema percorre pelos interesses estabelecidos entre as alianças políticas. Os atores utilizam de várias estruturas explicativas de uma questão ou contra-argumento em situações de conflito materializado no contexto dos microssistemas ou macrossistema (STONE, 2002).

Stone conceitua duas linguagens fundamentais no processo de definição do problema, a linguagem simbólica e a narrativa numérica. Os grupos políticos utilizam dos discursos produzidos através das linguagens simbólicas antagônicas (capitalismo x socialismo; direita x esquerda; conservadores x progressistas) e também utilizam das narrativas numéricas (indicadores socioeconômicos e demográficos; relatório de execução orçamentária) sempre pensando nos seus próprios interesses e ataque aos posicionamentos contrários (STONE, 2002). De acordo com a autora, a linguagem simbólica tem base nos discursos de declínio ou progresso, retratando o problema de acordo o interesse dos atores, entretanto, a narrativa numérica retrata a utilização de informações técnicas para justificar o

problema. Outro ponto importante a ser considerado na formação da agenda está relacionado aos tipos de problemas públicos.

Os tipos de problemas públicos estão relacionados a algumas especificidades, a delimitação do problema, quanto maior o tamanho do problema mais atores estão inseridos no processo de tomada de decisão. Os problemas que são condicionados a ação governamental são considerados problemas enquanto bens públicos, ações que demandam a intersectorialidade e que têm um grau de complexidade elevado, a imprevisibilidade do problema, os efeitos colaterais das alternativas e os interesses em jogo das ações políticas tais como renúncia fiscal, concessões de apoio financeiro e etc. (PETERS, 2015).

O conceito utilizado por Rittel e Webber para explicar a existência de um planejamento governamental e sobretudo de interesses particulares sobreponha as escolhas científicas, no que caracteriza a definição do problema, essa explicação está ligado ao wicked problems, que tem como premissas básicas a inexistência de uma formulação definitiva; ausência de previsibilidade; instabilidade; conexão com outro problema. Essa ausência de uma formulação eficaz e a dificuldade de resolução da definição do problema desdobram-se por um grande número de atores envolvidos no processo. Posto isso, a ausência de soluções para os problemas também se apresenta como ação que dificulta a entrada do tema na agenda governamental, ao levar em consideração o esgotamento de alternativas para os temas destacados. A especificidade do problema é outro destaque, pois impossibilita de generalizar os problemas distintos. Além do que, para cada solução deve ser calculado os possíveis efeitos colaterais nas alternativas elencadas.

Os problemas são frutos de escolhas definidas por atores ou determinados grupos sociais através das suas percepções ou interesse. A definição do problema está ligada a tais elementos: gravidade; casualidade; novidade; crise; proximidade; meios *versus* fins; soluções; público-alvo; incidência (ROCHERFORT; COBB, 1994).

A gravidade está relacionada ao nível de importância e percepção sobre determinado tema e o grau de atenção dos atores centrais na tomada de decisão na arena política. A causalidade tem a ver com as causas do problema se for elemento objetivo e suscetível à comprovação científica. A novidade está relacionada à atenção dada a determinado problema de forma cíclica, ou seja, os problemas tendem a ganhar espaço na arena decisória quando não têm envolvimento em

situações usuais. A incidência é determinada pela possibilidade de transformação do problema em pauta na agenda política. Com isso, quanto maior a frequência e intensidade de um problema, maior será a chance do poder público estabelecer ação para esse problema (ROCHERFORT; COBB, 1994).

Há situações no cotidiano que estão relacionadas com frequência e intensidade de determinados problemas, dentre eles: falta de saneamento básico, mobilidade urbana, aumento do número de obesos, aumento do número de portadores de doenças crônicas não transmissíveis e várias outras. A aproximação dessas situações pode interferir diretamente na percepção das pessoas, tornando assim, problemas possíveis de serem resolvidos. A crise se manifesta habitualmente nos discursos dos agentes políticos com a ideia de justificar a implementação de ações corretivas para determinados problemas (ROCHERFORT; COBB, 1994).

O público-alvo pode influenciar o reconhecimento de problemas específicos como situações direcionadas à ordem política. Porém, vai depender dos grupos sociais envolvidos no processo, a depender, um problema terá maior ou menor atenção na agenda decisória. O meio *versus* fins diz respeito a maneira como o problema é diagnosticado e de que forma se configura o tratamento dado a ele. Já a solução refere-se a compreensão política sobre as alternativas que serão utilizadas para resolução do problema. Outros elementos fundamentais são: a disponibilidade de recursos, a viabilidade e capacidade técnica-operacional, pois são fatores primordiais para a tomada de decisão na resolução do problema (ROCHERFORT; COBB, 1994).

Para maior compreensão faz-se necessário esclarecer as diferenças dos tipos de agenda. Segundo Kingdon (2003) a agenda decisória em relação à agenda governamental é considerada uma sequência de assuntos inseridos na agenda governamental e construída com ideias dos formuladores de políticas. Para Sudano (2018), existem análises que separam a agenda governamental e decisória em agenda especializada, no qual diferencia agenda do legislativo e do executivo.

Cohen (2012) estabelece três categorias que fazem parte da agenda governamental, são elas: agenda retórica, agenda administrativa e agenda legislativa. De acordo com o autor, a agenda retórica são os discursos oficiais, as falas públicas realizadas pelo governo para grupos específicos. Essa ação busca o alinhamento da agenda pública com pautas prioritárias do governo, a construção do

apoio popular em volta de temas específicos e o reconhecimento da responsabilidade do governo na divulgação das ações a serem desenvolvidas ao público. A agenda administrativa relaciona-se com a construção das decisões através dos instrumentos executivos, como a elaboração do orçamento para execução. Por fim a agenda legislativa, diz respeito a ações voltadas ao Poder Legislativo almejando as possíveis resoluções, dentre eles os projetos de leis (COHEN,2012).

Considerando o que foi exposto, é perceptível que os discursos e ações políticas podem ser investigados com objetivo de compreender o processo de formulação da política. Contudo, torna-se necessário relacionar as estruturas narrativas com a posição dos atores que formulam a definição dos problemas e alternativas classificadas e analisadas de acordo com a compreensão das variáveis que tendem a influenciar no processo político.

Para Capella (2018), as pesquisas foram de grande importância para evidenciar a produção do conhecimento sobre o tema, retratando a definição dos problemas e a triagem das alternativas como elementos fundamentais na análise da formação da agenda. Assim sendo, a formação da agenda perpassa pela identificação dos problemas a serem inseridos como tema na agenda política, como também o planejamento das alternativas buscando a resolução dos problemas identificados, seguindo para tomada de decisão, a implementação e pôr fim à avaliação da política. Porém, é necessário esclarecer todos os processos que contém na definição da agenda com objetivo de compreender a influência dos atores, dos arranjos e das ideias nesse processo.

Os estudos sobre o processo de formação da agenda, aponta vários teóricos na busca por explicar essa dinâmica, com isso é necessário evidenciar os principais conceitos e modelos teóricos de análise que contornam o tema apresentado. As pesquisas utilizando o termo agenda começaram a ser desenvolvidas no início da década de 1970.

Os autores Cobb e Elder (1971) concebem a agenda como uma sucessão de debates políticos que provocam interesses dos atores envolvidos no sistema político. Os autores definem dois tipos de agenda: agenda sistêmica e governamental. A primeira trata-se de um conjunto de problemas reconhecidos socialmente e que merecem atenção do governo. A segunda diz respeito ao espaço constituído de

problemas que são estabelecidos pelos atores como fundamentais (COBB; ELDER, 1972).

Os autores Cobb e Ross (1976) criaram três modelos para esclarecer o processo de transição entre a agenda sistêmica e governamental. O primeiro modelo é conhecido como Iniciativa Externa, ocorre quando grupos externos ao governo influenciam na composição da agenda. O modelo de Mobilização define a utilização dos trâmites como instrumento para inserção de pautas na agenda e a busca por mobilização pública e de vários setores da sociedade em prol de um bem comum, elaborando assim, o percurso inverso do jogo político no qual o problema passa da agenda governamental para agenda sistêmica. Por fim, o modelo de Iniciação Interna que confirma o aparecimento das questões pela própria estrutura do governo, isto significa que as pautas são definidas pelos atores governamentais sem levar em consideração a opinião de grupos externos ao governo. Entretanto, os autores ressaltam que esses três modelos estão ligados a especificidade do sistema político no qual se constrói a agenda governamental.

A agenda decisória é definida por Kingdon (2003) como espaço específico para a tomada de decisão na agenda governamental, devido a poucos temas serem analisados pelos atores. O autor afirma que a existência de agendas especializadas demonstra o caráter setorial do processo de formação da política pública.

A formação da agenda percorre pelo conceito de questões de valência trazido por Baumgartner e Jones (1993). A ideia desse conceito remete a existência de questões consideradas concretas pela grande parte dos atores que compõem o processo decisório da política. Segundo os autores, quando isso ocorre prejudica a constituição de posicionamentos contrários, pois ocorre um consenso de grande parte dos atores na arena política.

Dearning e Rogers (1996) definem a hierarquia de importância como elemento de explicação do processo de definição das prioridades por partes de determinados governos. Birkland (2005) conceitua o universo da agenda incluindo as agendas sistêmica, governamental e decisória, as quais agregam as mais variadas questões a serem discutidas no espaço democrático.

Zahariadis (2016) descreve o conceito de agenda como conjunto de prioridades do governo. Nesta perspectiva, o autor especifica quatro elementos de análise da agenda, sendo eles: contexto; ação, prioridade e agenda governamental.

Para o autor, o contexto demonstra a real necessidade de relacionar a agenda ao cenário social, político e econômico do local de investigação. A ação é definida como processo seletivo das questões com base nos valores e crenças e nível de capacidade estatal. A prioridade é definida como identificação da forma de dedicação dos governos aos diversos problemas existentes na sociedade. O nível de percepção sobre os problemas e como esses são inseridos na agenda passam a ser elementos de análise. O último elemento é a agenda governamental que Zahariadis (2016), apontada como principal referência para os estudos de políticas públicas.

Os estudos desenvolvidos por Frank Baumgartner e Bryan Jones proporcionaram avanços para a análise sobre agenda no campo da Ciência Política. Na intenção de compreender de que forma se configura o decurso de formação da agenda governamental e os fatores que influenciam esse processo, Baumgartner e Jones (1993) elaboraram o modelo de Equilíbrio Pontuado. O modelo surgiu enquanto uma nova possibilidade de explicação das mudanças na agenda, levando em consideração que as alterações ocorridas na política podem ser processuais ou lépidas.

O modelo foi apresentado como ferramenta de compreensão da mudança política, levando em consideração longos períodos de estabilidade que sofrem alterações pontuais em relação ao cotidiano político. Os estudos desenvolvidos por Kingdon (2003) sobre a formação da agenda foram essenciais para a elaboração dos conceitos que permeiam o modelo em questão. A racionalidade limitada, os processos baseados na incerteza e as informações imperfeitas foram elementos absorvidos para a constituição do modelo (CAPELA, 2018, p. 50).

Por outro lado, Baumgartner e Jones (1993) propuseram um avanço significativo sobre os pressupostos de Kingdon (2003), além da inserção de novos atores e novas ideias prosuseram a influência dos arranjos institucionais na explicação da referida dinâmica. Para os autores, os elementos centrais para a compreensão da dinâmica da formação de agenda são: os atores, as ideias e as instituições. Os atores constituem as tomadas de decisão e ao mesmo tempo estabelecem disputas de poder na arena decisória (instituições), sendo motivados por interesses particulares ou conduzidos por fatores externos. As ideias se apresentam como valores políticos que revestem os posicionamentos e justificam as ações do poder público. Os arranjos institucionais são ações desenvolvidas pelos

atores em relação às diversas variáveis que influenciam o processo de formulação da política, tais como: o aspecto ideológico e o contexto socioeconômico vigente.

Em relação às decisões adotadas no subsistema, os autores indicam a baixa visibilidade e o número reduzido de atores que participam desse processo. As decisões no subsistema geralmente são guiadas pela lógica incremental e se constituem como uma barreira para a implementação de mudanças. Enquanto isso, as decisões no macrossistema são caracterizadas pela alta visibilidade e envolvem um amplo número de atores. Sendo assim, a dinâmica de transição das questões no subsistema passa a ser explicada pelo conceito de monopólio de política

De acordo com Capella (2018, p. 51), dois elementos balizam esse conceito “[...] uma ideia fortemente associada com os valores políticos daquela comunidade e uma estrutura institucional definida, pela qual o acesso de indivíduos ao processo decisório é garantido (ou restringido)”. Sendo assim, o processamento de informação torna-se salutar para a constituição da estabilidade ou ruptura da política. Logo, os governos intensificam a informação em série através dos subsistemas estabelecidos.

Para Baumgartner e Jones (1993), a tutela dos problemas e soluções da política passam pelo crivo de especialistas das diversas áreas da gestão pública e a manutenção do equilíbrio por meio de ajustes incrementais e arranjos constitucionais fica a critério dos subsistemas. O subsistema passa a conduzir os problemas políticos de maneira significativa quando estabelece o domínio sobre os mesmos. O monopólio político torna-se uma ideia sustentada por um arranjo institucional e imagem consolidada que acarretará no longo período de estabilidade.

O Modelo do Equilíbrio Pontuado aponta os atores, as ideias e as instituições como fatores que influenciam o processo decisório relacionado a definição dos problemas, a escolha das alternativas e a formação da agenda (BAUMGARTNER; JONES, 1993). Sendo assim, as várias maneiras como o problema passa a ser reconhecido pelos atores e sociedade constituem a definição de percepção. Neste sentido, é possível identificar a percepção dos problemas por parte dos formuladores de política e ao mesmo tempo, evidenciar as contradições existentes entre o discurso e a prática política.

Assim sendo, o advento da utilização do modelo do Equilíbrio Pontuado possibilitou a configuração de um novo cenário para os estudos sobre políticas públicas. Segundo Fischer e Forester (1993), as explicações científicas passaram a

levar em consideração a influência das ideias e os múltiplos aspectos que interferem na política.

2.2 A promoção da saúde como pauta política no contexto global

A valorização da promoção à saúde foi considerada, na história sanitária, o pensamento social do século XIX, tendo como foco a relação das condições de vida com a saúde. No início do século XX, o conceito de promoção da saúde foi definido, a princípio o modelo de Leavell & Clark, na década de 40, com a história natural da doença, como um dos elementos da atenção primária e da medicina preventiva. Este conceito começou a se modificar na década de 70, em que surgem novas correntes para promoção da saúde, sobretudo no Canadá, Estados Unidos e nos países da Europa (CZERESNIA, 2003; BUSS, 2000; BUSS, 2003).

A partir da década de 60, os países da Europa começaram a discutir a situação social e econômica da saúde. Esses debates contribuíram para o surgimento de uma nova abordagem para a saúde, com intuito de substituir o modelo centrado na doença. Desta forma, a nova concepção de saúde, passou a buscar ações que possibilitassem uma vida mais saudável para a população, em vez de se preocupar em tratar apenas os doentes como pregava o modelo assistencialista (BRASIL, 2002)

Essa nova concepção de saúde internacional começou a ser debatida nos anos 70, porém essa construção apareceu na década anterior, no qual já se discutia sobre os determinantes sociais e a economia da saúde e concepção não centrada na doença. Desta forma, apontam-se dois marcos importantes: a abertura da China Nacionalista ao mundo externo, com intuito de observar os especialistas ocidentais da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o movimento canadense desenvolvido por Marc Lalonde, que buscava uma nova perspectiva para a saúde dos canadenses (CARVALHO, 2002; FERREIRA, 2002).

O Movimento de Promoção à Saúde iniciado no Canadá em 1974 tornou-se o marco histórico da temática, devido ter contribuído para essa nova abordagem da saúde. Esse movimento desencadeou a construção de um documento conhecido como Informe de Lalonde (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Para Terris (1992), foi o primeiro documento oficial a receber a denominação de promoção à saúde. O informe afirma que a saúde era determinada por uma gama de fatores que são agrupados em categorias a saber: Biologia humana, inclui

sua herança genética e seus processos de maturação, fatores que envolvem e se manifestam como consequência da construção orgânica do indivíduo; Ambiente, que são os fatores externos ao organismo, tanto em sua dimensão física e social, no qual os indivíduos possuem pouco ou nenhum controle; Estilo de vida, hábitos que o indivíduo realiza a respeito da sua saúde, principalmente ações voltadas para alimentação e atividades de lazer, ações que estão ao seu controle; por fim, organização da atenção à saúde, recursos investidos aos cuidados com a saúde (FERRAZ, 1994; CARVALHO, 1996).

Marc Lalonde, Ministro da Saúde do Canadá na década de 1970 estabeleceu que, os gastos até aquele momento, para melhorar a saúde, se resumiam na organização do cuidado médico. Ainda assim, no Canadá buscava identificar as causas principais de adoecimento e morte, apurando-se que na maioria das vezes a origem estava interligada com as três principais categorias: a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida. Lalonde (1974) constatou que 80% das causas das doenças estavam relacionadas a o ambiente e estilo de vida. Para Westphal (2006), essa relação entre meio ambiente e estilo de vida levou Lalonde a atribuir ao governo responsabilidade por ações que pudessem melhorar os fatores externos aos seres humanos tais como: água potável, poluição do ar, eliminação de desejos humanos. Para Demarzo (2008), o Informe Lalonde teve motivação política, técnica e econômica com intuito de enfrentar os aumentos dos custos com a saúde.

Seguindo esses mesmos princípios, em 1978, foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em Alma-Ata, República do Cazaquistão (OMS, 1986). Mesmo com essa evolução, os objetivos das ações estavam voltados para mudanças no estilo de vida, principalmente nas ações individuais, com ênfase no comportamento para prevenir o adoecimento. Robertson (1998) e Labonte (1993), fazem inúmeras críticas a esse pensamento, justamente por negligenciar o contexto político, econômico e social, colocando a culpa nos seres humanos e responsabilizando alguns grupos sociais pelos seus problemas de saúde, no qual, na maioria das vezes as causas estão fora de sua governabilidade.

Em meados dos anos 80, os países desenvolvidos começaram a debater um discurso alternativo de promoção da saúde. Em 1984, a OMS apresentou um documento preliminar com elementos primordiais para essa nova concepção de

promoção da saúde, reforçando os determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2002; CARVALHO, 2002). Neste mesmo ano é realizada na cidade de Toronto, no Canadá, a Conferência Beyond Health Care (Além do Cuidado da Saúde), que teve objetivo de divulgar as bases do movimento das cidades saudáveis (BUSS, 2000; CARVALHO, 2002).

O ministro canadense Jake Epp foi responsável pela conferência denominada “Além do Cuidado da Saúde”, que contou com a participação da Organização Mundial da Saúde e do Escritório Europeu (OMS/EURO). Nessa conferência os atores envolvidos introduziram dois novos conceitos: o de política pública saudável e o de cidade saudável. Com esses novos conceitos percebeu-se a influência das decisões políticas fora do setor saúde e com a ideia de cidade saudável, aumentou a participação social e o empoderamento da população para promoção da saúde através da descentralização do poder a todas as comunidades. Dessa forma o enfoque passou a ser multi - setorial e com envolvimento da comunidade nesse processo de promoção da saúde (OTTAWA, 1986)

Os dois movimentos que se tornaram ponto chave para a nova concepção de promoção da saúde (Informe Lalonde (1974) e Alma-Ata (1978)) serviram de base para outros arranjos institucionais e uma nova proposta, a de Saúde Para Todos no Ano 2000, além das estratégias de Atenção Primária de Saúde, que obteve destaque na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que aconteceu no Canadá em 1986 em Ottawa. Foi nesta Conferência que foi promulgado a Carta de Ottawa, que antes de tudo foi a resposta para as expectativas por uma nova saúde pública, que vinha acontecendo em todo mundo (BRASIL, 2002).

Nessa circunstância, surgiu na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que aconteceu no ano de 1986 no Canadá, na cidade de Ottawa, promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa conferência teve a participação de trinta e cinco países, e foi uma resposta dada a nova demanda por uma concepção de saúde pública no mundo, que fugisse do modelo assistencialista utilizado até aquele momento (CARVALHO, 2002; FERREIRA, 2002; OTTAWA, 1986). Era necessária uma nova concepção de saúde que vinculasse as condições de vida e o meio ambiente com as questões determinantes à saúde (WESTPHAL,2006).

A publicação da Carta de Ottawa, confirma o conjunto de valores que estão vinculados à promoção da saúde, a saber: Paz, habitação, educação, alimentação, renda, justiça social, equidade, ecossistema sustentável e recursos sustentáveis.

Segunda a Carta de Ottawa (1986) a promoção da saúde é o processo de capacitação individual e coletiva para melhoria da qualidade de vida e saúde. Para atingir o completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo e grupos devem aprender a identificar a influência do meio ambiente nesse processo. Para Heidmam et.al., (2006) as estratégias publicadas na Carta de Ottawa são as principais referências para promoção da saúde em todo mundo, como reconheceram outros eventos nacionais e internacionais realizado com a temática promoção da saúde.

Além da Carta de Ottawa, outros eventos aconteceram no mundo para debater a temática Promoção da saúde. Em 1988 na Austrália aconteceu Declaração de Adelaide, em 1991 a declaração de Sundsvall na Suécia, no ano de 1992 na Colômbia a Declaração de Bogotá, em 1997 na Indonésia a Declaração de Jacarta, no ano 2000 o Relatório da Conferência do México, no ano de 2005 a Carta de Bangkok na Tailândia, no ano de 2009 a Carta de Nairobi em Kenya e em 2013a declaração sobre saúde em Todas as Políticas em Helsinki. Passados três anos, em 2016, ocorreu IX Conferência em Shangai. (LOPES, 2010; BUSS et. al., 2020).

A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde aconteceu na Austrália na cidade de Adelaide em abril de 1988, seu tema central foi às políticas públicas voltadas para saúde, confirmando as ações propostas pela Carta de Ottawa e da Declaração de Alma-Ata. Para Organização Panamericana de Saúde (1993), as ações de políticas saudáveis, demonstra a preocupação de todas as políticas na busca pela equidade em saúde, e pelo compromisso com impactos gerados sobre a saúde da população, com foco principal na criação de ambientes favoráveis à qualidade de vida. Dentre essas políticas foram identificadas quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas de promoção da saúde, são elas: Alimentação e nutrição, saúde da mulher, tabaco e álcool e criação de ambientes favoráveis. Esta Conferência afirma que existem diferenças entre países quanto ao nível de saúde, os países desenvolvidos têm por obrigação assegurar que suas políticas públicas devam impactar nas ações de saúde dos países em desenvolvimento (BRASIL, 2002; OPAS, 1993).

A III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde aconteceu em 1991 em Sundsval na Suécia, o tema central foi a criação de ambientes favoráveis à saúde. Devido a situação de grande parte da população que vivia em situação de extrema pobreza e privação, em ambiente de risco. Com isso, a Declaração de Sundsval, propõe ações em diversos segmentos da sociedade a se empenharem no

desenvolvimento de ambientes físicos, sociais, econômicos e políticos mais favoráveis à saúde (BRASIL, 2002; OPAS, 1993). Além dos setores públicos, outros setores oriundos das comunidades, das ONGs e outras organizações internacionais, têm responsabilidades na criação de ambientes favoráveis e de promoção da saúde. Para criação de espaços favoráveis à saúde, é necessário englobar quatro aspectos fundamentais: a dimensão social, política, econômica e a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, principalmente nos setores político e econômico (BRASIL, 2002).

Santafé de Bogotá, na Colômbia, também foi palco para Conferência Internacional sobre Promoção da saúde no ano de 1992. Este evento discute a promoção da saúde na América Latina possibilitando a criação de condições que garantam o bem-estar geral como foco principal do desenvolvimento e assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento (BRASIL, 2002). Essa região, com grande desigualdade que se agrava pela crise econômica e pelos programas de políticas, enfrentava deterioração das condições de vida de grande parte da população, conseqüentemente o aumento de riscos à saúde e uma redução de recursos para enfrentá-los. A situação de desigualdade da saúde nos países da América Latina reitera a necessidade de buscar novas alternativas para saúde pública, com intuito de combater o sofrimento causado pelas enfermidades e pela pobreza (BRASIL, 2002; OPAS, 1993). O principal ponto do debate nessa Conferência foi o direito e o respeito à vida e a paz devido ser valores éticos fundamentais da cultura e da saúde. Esses valores são indispensáveis para que ocorra promoção da saúde na América Latina.

A IV Conferência Internacional sobre Promoção da saúde foi realizada em Jacarta, em 1997 na Indonésia. O tema central foi a Promoção da Saúde no Século XXI, através dos arranjos institucionais que, pela primeira vez, participaram representantes do setor privado. O principal ponto do debate foi sobre o resgate das ações de “reforço da ação comunitária” definido na Carta de Ottawa. No qual o enfoque está relacionado às ações com a população, pensando na melhoria da qualidade de vida das comunidades e promover saúde, é importante que os indivíduos tenham direito a voz e participação na tomada de decisão e ter conhecimento e habilidades para reconhecer as mudanças essenciais (BRASIL, 2002). Além de afirmar que a saúde é um direito fundamental do ser humano e de extrema importância para o desenvolvimento social e econômico, sendo a promoção da saúde o ponto

chave para o desenvolvimento da saúde.

Em 1998, a Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveu em Genebra, Suíça, a Rede de Megapaíses para Promoção da Saúde. Essa rede nasceu da necessidade e do potencial para possibilitar um impacto maior na saúde mundial, através da formação de uma aliança entre os países mais populosos do mundo. Estimava-se que no ano 2000, 11 países teriam uma população de 100 milhões ou mais, juntos eles representavam 60% da população mundial, entre esses países estavam Bangladesh, Brasil, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados Unidos da América. Foi proposto como meta, melhorar a base de informações da promoção e desenvolvimento da saúde, aumentando as ações intersetoriais e parcerias para melhorar a distribuição dos recursos para a saúde. Com a diversidade de países engloba todos os níveis de desenvolvimento, experimentando diferentes estágios nos novos padrões de morbidade e mortalidade. Os megapaíses trabalhando juntos poderiam construir uma voz poderosa na agenda mundial de políticas de promoção da saúde (Brasil, 2002; BUSS, 2006).

No ano 2000, aconteceu, no México, a V Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Essa Conferência veio reforçar a importância das ações de promoção à saúde através das políticas e programas governamentais, tanto no nível local, regional, nacional e internacional. Além de confirmar a importância das ações intersetoriais, com intuito de assegurar a implementação das ações de promoção e também ampliar as parcerias na área da saúde (HEIDMAM, 2006).

Com os mesmos objetivos das outras Conferências, no ano de 2005, na Tailândia- cidade de Bangkok, aconteceu a VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Nesta conferência, o debate reforçou as mudanças no contexto da saúde global, com atenção ao grande crescimento das doenças crônicas não transmissíveis, incluindo às doenças cardíacas, câncer e diabetes. Também foi discutida a necessidade de controlar os efeitos da globalização na saúde como também o aumento da desigualdade, a rápida urbanização e a degradação do meio ambiente. Almeja dar uma nova direção para a Promoção da Saúde, tentando alcançar a saúde para todos através de ações como: desenvolvimento da agenda global, responsabilidade de todos os governos, boa administração das práticas e meta principal da comunidade e sociedade civil (BANGKOK, 2005).

No ano de 2009 ocorreu a VII Conferência em Nairobi a primeira Realizada no

continente africano. A discussão do evento foi denominada *Call to Action* reforçou a importância da promoção da saúde, fortalecer lideranças, de investir na força do trabalho em saúde e de capacitar a população realizando o processo participativo. Quatro anos mais tarde, aconteceu a VIII Conferência de Helsinque, teve como tema “Saúde em Todas as Políticas”. Esse evento teve a intenção de mostrar as autoridades políticas sobre as decisões para melhoria do bem-estar e saúde da população. Logo, foram propostas algumas ações (quadro 1).

Quadro 1 – Propostas para promoção da saúde - VIII Conferência de Helsinque

➤ Adotar o enfoque da Saúde em Todas as Políticas;
➤ Assegurar estruturas e processos sustentáveis que efetivem o referido enfoque;
➤ Fortalecer a capacidade dos Ministérios da Saúde para envolver outros setores do governo, por meio de liderança, parceria, advocacia e mediação, para alcançar resultados de saúde;
➤ Desenvolver recursos humanos, capacidade institucional e habilidades técnicas que facilitem o objetivo de Saúde em Todas as Políticas;
➤ Adotar auditoria transparente e mecanismos de responsabilização que construam a confiança entre governos e cidadãos;
➤ Estabelecer salvaguardas contra os conflitos de interesse que prejudiquem a saúde nos investimentos comerciais;
➤ Fomentar o engajamento público e da sociedade civil no desenvolvimento, implementação e monitoramento da Saúde em Todas as Políticas

Fonte (BUSS et. al., 2020). Quadro elaborado pelo autor.

Em 2016, ocorreu IX Conferência em Shangai. Seu objetivo foi de promover a saúde mediante a adoção de critérios condizentes com os princípios dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Nessa conferência foi proposto quatro compromissos: Adoção de decisões políticas em favor dos direitos das mulheres, das populações deslocadas e do crescente número de pessoas afetadas por crises humanitárias e ambientais; Utilização de estratégias de governança para promover o bem-estar; Reconhecimento das cidades e comunidades como ambientes essenciais à saúde; Reconhecimento do saber em saúde como elemento fundamental para a promoção da equidade em saúde (BUSS et. al., 2020).

O documento produzido nesta conferência encerra enfatizando para que os compromissos assumidos pelos países possam contribuir para implantação das ODS tanto por compromisso político como também sejam realizados investimentos financeiros para programas e projetos voltados a promoção da saúde.

2.3 A promoção da saúde como pauta política no contexto brasileiro

No Brasil, a década de 80 foi um marco histórico quando se retrata a promoção da saúde. Nessa década ocorreram vários movimentos para que uma nova filosofia fosse incorporada às políticas de saúde (CASTRO et. al., 2010). Dentre os acontecimentos nessa década, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com a temática “Democracia é Saúde”. Foi nesse espaço que começou a luta pela descentralização do sistema de saúde e pela inserção de políticas sociais que pudesse defender e cuidar das pessoas.

Outro acontecimento marcante no Brasil foi o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que sofreu grandes influências sociais e históricas na formulação da promoção da saúde em nível internacional. Para Campos et. al. (2004), esse movimento possibilitou a promoção da saúde como política que deve ser incorporada em todos os níveis da gestão e atenção à saúde. O movimento da reforma Sanitária também influenciou para que a atenção à saúde fosse incorporada à Constituição Federal de 1988.

No Brasil, a concepção de promoção da saúde começa a surgir na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). A partir dessa conferência que o entendimento sobre a saúde começou a avançar, até então, o conceito de saúde era limitado como ausência de doenças. Desta maneira, foi substituído por um conceito mais amplo que define doença como consequência das condições de alimentação, habitação, educação, renda, ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. Sendo assim, é resultado de como é feita a organização social de produção, no qual pode gerar uma imensa desigualdade na população. Esse conceito, por mais amplo que seja, não abarca todos os determinantes das condições de saúde, porém amplia o conceito que era visto apenas como ausência de doenças (BRASIL, 1986).

Assim, o conceito de saúde definido na VIII Conferência revelava a relação entre ambiente e saúde. Dessa forma, um ambiente saudável retrata a qualidade de vida e está diretamente ligado com a saúde da população. A relação entre ser humano e ambiente é essencial, um influencia o outro para prováveis graus de qualidade de vida. Ou seja, se o ambiente influencia na qualidade de vida, a ação humana também influencia no ambiente, sendo assim essa ação precisa ser protetiva, pois pode

impactar negativamente sobre a saúde e assim ameaçar o equilíbrio necessário para manutenção da vida e da biosfera.

Para a OMS, a relação entre saúde e ambiente consiste em aspectos da saúde humana, incluindo qualidade de vida, que são determinados por fatores físicos, biológicos, sociais, químicos e psicológicos no meio ambiente. Essa relação demonstra como a qualidade de vida, condições de vida, condições de saúde e preservação ambiental influenciam de forma dinâmica e complexa na vida do ser humano (OMS, 1986).

O relatório da VIII CNS de 1986 serviu de base para a saúde passar a ser um direito de todos e dever do Estado. A promulgação da Constituição Federal de 1988 foi um marco histórico para que fosse implantada a concepção de saúde não só como ausência de doenças, mas também propôs estratégias para a recuperação, proteção e promoção da saúde, e assim, garantir políticas públicas de saúde a toda população. Contudo, existem desafios políticos, culturais e sociais que tornaram essas mudanças do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas que foram fatores que influenciaram para essa nova concepção de promoção da saúde (CAMPONOGARA, 2008).

Mesmo com esses avanços ainda é perceptível a resistência à adoção dessa nova concepção de promoção da saúde pela própria pasta saúde, como também os princípios do novo modelo de promoção da saúde trazidos pela Carta de Ottawa (BRASIL, 2017).

A promoção da saúde é uma ferramenta significativa na busca da prevenção de riscos à saúde. Para garantir o modelo de promoção da saúde se faz necessário a construção de uma política de saúde através de organizações e diretrizes (SHIMIZU et al., 2018).

A promoção da saúde no Brasil, quando incorporada como política pública, propôs a criação de mecanismos para defender a participação e o controle social, além da intersetorialidade e tornou-se uma estratégia integrada e transversal, visibilizando os condicionantes e determinantes da saúde da população (PINTO, et al, 2019).

O novo conceito de saúde só se configurou no Brasil como direito universal com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual passou a priorizar a saúde como “um direito de todos e um dever do Estado”. Na Carta Magna, adotou-se, também, o princípio da igualdade trazida no seu artigo 5º “todos são iguais perante a

lei, sem distinção de qualquer natureza”. No artigo 3º, trata dos objetivos fundamentais do estado, “erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais”, como também, “promover o bem de todos sem preconceitos de origem, cor, raça, sexo, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (CF, 1988).

A CF de 1988 serviu de base para dois anos depois ser promulgada a Lei 8.080 de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde. Esta lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências do Sistema Único de Saúde (SUS) (LEI 8080, 1990).

De acordo com a Lei 8080, o Sistema Único de Saúde tem como objetivo: identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular política de saúde destinada a promover, nos campos social e econômico condições indispensáveis ao pleno exercício da saúde; conceder assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Os princípios do SUS estão pautados na promoção, proteção e recuperação da saúde. A promoção da Saúde está ligada às ações que buscam atuar sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença. A prevenção das doenças e a proteção da saúde, priorizam ações específicas com objetivo de controlar os riscos à exposição às doenças. A recuperação da saúde, está ligada às ações que evitam mortes das pessoas doentes diminuindo ou evitando sequelas, atuando sobre o diagnóstico e tratamento dos seres humanos (LEI 8080, 1990).

Além da Lei 8.080, foi instituído também no ano de 1990 a Lei 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (LEI 8.142, 1990).

A luta pelo direito à saúde no Brasil é indissociável da luta da democracia pela garantia dos direitos humanos constitucionalmente (PACHE, 2006). O SUS é resultado de arranjos institucionais e de várias ações sociais e políticas em defesa da saúde como bem público, ao mesmo tempo, é a forma como o Brasil passou a se organizar com intuito de efetivar as políticas públicas de saúde (VASCONCELOS et.al., 2006). Para Malta (2006), o SUS compreende a saúde de forma ampliada, objetivando superar a perspectiva hegemônica desta como ausência de doenças, passando a analisar os efeitos dos condicionantes sociais, culturais, econômico e

bioecológicos e sempre vinculado às ações Inter setoriais, para diminuir a vulnerabilidade e riscos se comprometendo com a promoção da saúde (VASCONCELOS, 2006).

A partir da promulgação da lei 8080 de 1990 que regulamenta o SUS e dos resultados obtidos nas conferências nacionais de Saúde, o Ministério da Saúde intencionou um movimento que pudesse induzir a definição da Política Nacional de Promoção da Saúde-PNPS. As ações de promoção à saúde apresentam uma característica de diversificação, quando se considera a diversidade de conjuntura para sua execução. Podendo ser direcionadas a diversos públicos, de forma coletiva ou individual, com possibilidade de se considerar circunstâncias de grupos específicos ou populações (PINTO, et al, 2019).

A promoção da saúde combina políticas públicas e ações coletivas e individuais com o intuito de melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas com o objetivo maior de reduzir fatores de risco à saúde. Essas políticas públicas podem favorecer a implantação de ações que efetivem a promoção da saúde, como também as prioridades elencadas pelos atores políticos (MALTA, 2009).

Nesta perspectiva, no ano de 1998/1999 o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Políticas de Saúde, efetivou em cooperação com o Programa das Nações Unidas a implantação do projeto “Promoção da saúde, um novo modelo de atenção”, com intuito de criar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que pudesse organizar e divulgar outro modelo de políticas públicas além de proporcionar a construção de parcerias para além do setor sanitário, expandindo a discussão dos determinantes sociais (CASTRO, 2005; BUSS, 2009).

Com essa iniciativa os primeiros movimentos foram ampliar o debate no país acerca da Promoção, principalmente através de publicações e tradução das Cartas da Promoção da Saúde e averiguando, sistematizando e dando visibilidade as experiências que já eram desenvolvidas no país, com o lançamento da Revista da Promoção da Saúde (BUSS, 2009).

Muitas iniciativas nacionais e internacionais para promoção da saúde estavam vinculadas à redução das principais causas de morbimortalidade, e já ocupavam a agenda política em saúde. Com isso, foram elaborados documentos e projetos com intuito de inserir temas sobre Promoção Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), dentre eles: alimentação saudável, atividade física, violência no trânsito, saúde na escola, comunidades saudáveis e desenvolvimento local integrado e sustentável

(MALTA et. al., 2016).

A partir destas iniciativas no ano de 2002 ocorre a formalização de uma Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foram realizados esforços pela então existente Secretária de Políticas de Saúde do MS, que se concretizaram em um documento para discussão, documento esse que tinha como intenção o diálogo da teoria/prática, refletir/agir para criação de uma PNPS que ampliasse a capacidade da gestão pautada no compromisso ético em defesa da vida humana (BRASIL, 2002).

O diálogo proposto, não rompeu as margens da relação entre o MS e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e alguns atores da academia, porém colaborou para a análise de saúde do Brasil, para organização de boas ações em PS no SUS e, essencialmente, progrediu para esboço de algumas estratégias para estimular a política dentre essas ações estão no quadro abaixo.

Quadro 2 - Estratégias para estimular a Política Nacional de Promoção da Saúde.

➤ Gestão intersetorial dos recursos na abordagem dos problemas e potencialidades em saúde, ampliando parcerias e compartilhando soluções na construção de políticas públicas saudáveis.
➤ Capacidade de regulação dos Estados e municípios sobre os fatores de proteção e promoção da saúde.
➤ Reforçar os processos de participação comunitária no diagnóstico dos problemas de saúde e suas soluções, reforçando a formação e a consolidação de redes sociais e protetoras
➤ Promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, com ênfase no estímulo à alimentação saudável, atividade física, comportamentos seguros e combate ao tabagismo
➤ Promoção de ambientes seguros e saudáveis, com ênfase no trabalho com escolas comunidades.
➤ Reforço à reorientação das práticas dos serviços dentro do conceito positivo de saúde, atenção integral e qualidade, tendo a promoção como enfoque transversal das políticas, programas, projetos e ações, com prioridade para a atenção básica e o Programa de Saúde da Família
➤ Reorientação do cuidado na perspectiva do respeito à autonomia, à cultura, numa interação do cuidar/ser cuidado, ensinar/aprender, aberto à incorporação de outras práticas e Racionalidades

Fonte: (BRASIL, 2002). Quadro elaborado pelo Autor.

Contudo, entre os anos de 1999 e 2003, constatou-se grandes dificuldades na articulação entre os modelos, biomédico e o promotor da saúde, com divergências nas concepções teórico-conceituais do campo de promoção e a gestão de promoção da saúde dentro do próprio MS, isso devido a sete mudanças de atores que faziam parte

desse processo e acabou ocorrendo ruptura e descontinuidades importantes. Estes empecilhos na composição acabaram fragmentando o projeto e, ao mesmo tempo protelou a implantação da PNPS no Brasil (CAMPOS et. al., 2004; CASTRO, 2005).

Nos anos de 2003 e 2004, à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde passou a gerir o processo de promoção da saúde, executando a busca pelas principais iniciativas e experiências existente no país, além de realização de oficinas de trabalho para o debate e construção da PNPS em parceria com instituições de ensino e pesquisa e os gestores da saúde, como também a formulação do primeiro grupo redator da política de PS, que era constituído por representantes do MS, OPAS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e por gestores municipais com experiências exitosas (BRASIL, 2005).

Ainda no ano de 2004 ocorreram novas mudanças na gestão do MS, com isso a PNPS foi alocada na Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), na Secretaria de Vigilância e Saúde (SVS). Nesse período de institucionalização da Promoção da Saúde, ocorreram articulações importantes entre instituições de ensino e pesquisa dedicada a temática, ampliando assim, o debate entre gestores estaduais e municipais com intuito de priorizar os princípios básicos da Promoção da Saúde no SUS: autonomia, equidade, intersetorialidade, integralidade, participação social e cogestão no processo de trabalho (MALTA et. al., 2016).

No ano de 2005, a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), que pertencia a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), passou a coordenar todo processo de construção da PNPS seguindo todo marco teórico anterior, porém com a missão de produzir intervenções de PS nas três esferas de governo. Para tal fim, foi construído a primeira versão da PNPS com intuito de ser avaliada por um Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde (GTVS), com caráter tripartite, formado por representantes do MS, CONASEMS e CONAS. Nesse mesmo ano foi criado o Comitê Gestor da Política de Promoção da Saúde (CGPNPS), coordenado pela CGDANT e composto por diferentes departamentos e órgãos do MS (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007).

Enfim, em 2006, o CONASS e o CONASEMS aprovaram a PNPS, com objetivo de ser uma política transversal, construindo uma rede de corresponsabilidade para melhoria da qualidade de vida, comprovando a importância dos condicionantes e determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença, corroborando com a

mudança do até então modelo utilizado no SUS e inserindo a promoção da saúde (MALTA, 2009).

Com a promulgação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006, formalizou-se um compromisso do Estado brasileiro na ampliação e qualificação das ações nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), reafirmando os espaços de promoção da saúde como espaços fundamentais e os definindo como todos os locais onde se desenvolvem atividades de cuidado humano, sejam nos serviços de saúde ou outrosspaços, como praças, escolas, territórios comunitários, entre outros (BRASIL, 2018). Além de ter como principal objetivo a promoção da qualidade de vida, a redução da vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados ao modo de viver, habitação, condições de trabalho, educação, lazer, cultura, ambiente e acesso a bens e serviços (BRASIL, 2006).

Dessa forma, a PNPS foi agregada a uma Agenda Nacional de Promoção da Saúde no biênio 2007/2008, além de ser incluída na Agenda de Compromissos pela Saúde, nos Pactos em Defesa do SUS, em Defesa da Vida e de Gestão e também foi incorporada na agenda do MS e nos Planos Nacionais de Saúde dos anos seguintes (BRASIL, 2006; MALTA, 2009).

No período entre 2008 e 2011, A PNPS foi incorporada na agenda Inter federativa através do Pacto Pela Vida, com objetivo de monitorar os indicadores da redução de prevalência do sedentarismo e tabagismo nas capitais, e com a implantação dos núcleos de prevenção de violências e promoção da saúde. Foram inseridos também monitoramento das ações de descentralização de recursos para programas e projetos de promoção da saúde, tais esses com: promoção de atividade física e alimentação saudável, prevenção de tabagismo, implantação de núcleos de prevenção de violência e prevenção de acidente no trânsito (BRASIL, 2013)

Vale salientar, que essas ações foram inseridas tanto no Plano Nacional de Saúde como também no Planejamento Estratégico do MS do período (2011-2015), com destaque ao Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a expansão do Programa Saúde na Escola, implantação do Programa Academia da Saúde e o Projeto de Vida no Trânsito (BRASIL, 2013; MALTA et al., 2016).

Mesmo antes da promulgação da PNPS, o MS financiava Unidades Federativas com proposito de incentivar programas e projetos voltados para promoção da saúde, inzialmente foi apoiado as capitais dos vinte seis Estados e

Distrito Federal. Segundo Malta (2013), entre os anos de 2006 e 2010, foram repassados cerca de R\$ 171 milhões para as Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, esse repasse também chegou a 1.500 Secretarias Municipais de Saúde espalhada por todo Brasil que integravam a Rede Nacional de Promoção da Saúde. Estes repasses ocorreram por meio de editais ou portarias públicas através de envio de projetos pelos municípios, que passavam pela avaliação caso fosse selecionado recebia o repasse de acordo a disponibilidade orçamentária. A maioria dos projetos realizados pelos gestores públicos estavam voltados a ações de promoção da atividade física, prevenção de violência e cultura da paz e redução de morbimortalidade por trânsito, porém outras ações da PNPS também foram contempladas.

A PNPS seguiu avançando e novas modalidades de repasse de recursos foi implementada principalmente para ações de devolvidas de forma contínua, sustentável e universal. A ações de promoção das práticas corporais e atividade física, foi implantada como Programa Academia da Saúde (PAS) através dos recursos oriundos do Piso Variável em Vigilância e Promoção da Saúde (PVPVS) e do Piso de Atenção Básica Variável (PAB-Variável) pertencente a Secretaria de Atenção da Saúde, recursos esses para serem utilizados na construção dos polos e custear as atividades, além de ser apoiados programas similares ao PAC (BRASIL,2013).

Ainda nesse mesmo período foram definidas novas modalidades de financiamento do Programa Saúde na Escola (PSE), em 2008 foi ampliado os critérios para adesão ao PSE, o qual atendia 1,9 milhões de educandos e passando para 18,7 milhões em 2013 com adesão de 4.864 municípios, chegando em 2014 um repasse financeiro de R\$ 71 milhões (BRASIL, 2013).

Em relação aos programas de redução de morbimortalidade no trânsito, no ano de 2006 foram repassados recursos para 16 capitais inicialmente, gradualmente expandindo para as outras capitais e cidades com a população acima de 1 milhão de habitantes. Segundo Marais et. al. (2013), no ano de 2010 foi criado o Projeto Vida no Trânsito (PVT) com ações Intersetoriais. Em 2013, o PVT foi inserido no Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, oferecendo mais sustentabilidade a temática e confirmando o compromisso do SUS com as Unidades Federativas, entre 2006 – 2015 foram repassados cerca de R\$ 50 milhões para desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes no trânsito (BRASIL, 2013).

Foi criada em mais de 1000 municípios a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, rede essa que está interligada com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidente e Violência que objetiva a atenção integral do ser humano e da família em situação de violência. No período 2006-2012 foram repassados recursos para cerca de 1300 municípios para desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes, violência e cultura da paz. (Brasil, 2013)

No ano de 2011 foi lançado pelo MS o Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT 2011-2022, com objetivo de estabelecer o compromisso da gestão, privilegiando as ações e investimentos necessários para combater o grande avanço das DCNT e seus fatores de riscos (BRASIL, 2005; MALTA, 2013).

Com o passar dos anos ocorreram várias mudanças no cenário nacional e internacional indicando novas agendas e desafios no campo da Promoção da Saúde. Dessa forma, em 2013/2014 foi necessário a PNPS passar por uma revisão, com objetivo de tornar ainda maior sua efetivação era essencial a articulação com outras políticas públicas, principalmente por uma maior participação social e dos movimentos populares, devido a incapacidade do setor sanitário responder sozinho a todos os enfrentamentos dos determinantes e condicionantes da saúde, reconhecendo, que as ações de promoção e prevenção devem ser realizadas em articulação com outras políticas públicas, demais esferas do governo e com a participação efetiva da população com objetivo de obter sucesso (BRASIL, 2013)

Nesse mesmo período, acontece o reconhecimento da necessidade de potencializar a capacidade de divulgação dos temas prioritários da PNPS junto aos atores do SUS e a sociedade civil, expandindo os canais de diálogo. Dessa forma ocorre a criação de uma estratégia de publicidade e comunicação social especificamente para promover as principais diretrizes da PNPS. Segundo Malta (2013), essa estratégia de divulgação fortaleceu a ideia de universalização do sistema de saúde e conseqüentemente possibilitou a implantação de políticas públicas em defesa da vida, tornando a saúde um direito imprescindível para o ser humano. A revisão realizada no período mencionado anteriormente, vem provocar mudanças na forma de planejar, organizar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde e traz, como foco principal, o reconhecimento em estabelecer a relação com as políticas públicas já adquiridas pela sociedade. Os temas prioritários estabelecidos com esta revisão estão expostos no quadro 3.

Quadro 3 – Temas prioritários para promoção da saúde na PNPS

➤ I. Formação e educação permanente
➤ II. Alimentação adequada e saudável
➤ III. Práticas corporais e atividades físicas
➤ IV. Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados
➤ V. Enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas:
➤ VI. Promoção da mobilidade segura
➤ VII. Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos
➤ VIII. Promoção do desenvolvimento sustentável

Fonte (BRASIL, 2013). Quadro elaborado pelo autor.

A PNPS passou por diversos avanços e importantes desafios. As agendas de prioridade do Biênio 2006/2007 foi cumprida, com isso foram inseridas novas ações que não estavam na sua primeira versão. Dentre essas ações a articulação entre o Plano de Enfrentamento de DCNT e a PNPS potencializando as ações, prioridades e resultados. Vale salientar a importância do Comitê Gestor da PNPS na coordenação das ações intra e intersetoriais da promoção da saúde, mantendo as ações de forma contínua e sustentada facilitando assim a integração dos processos (MALTA et. al., 2016).

Da mesma forma no ano 2017/2018 a PNPS passou por uma nova revisão ampliando as ações consultando as regiões brasileiras e resultou em uma diversidade de expectativa e prioridades. No qual a Política Nacional seja um diretriz a ser seguida, porém deve-se respeitar a particularidades de (território, município, região, estado).

3. ENCAMINHAMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho se caracteriza enquanto uma pesquisa documental, de caráter exploratório com abordagem mista qualitativa e quantitativa (GIL, 2008). A presente pesquisa teve como referência empírica o governo brasileiro. O recorte temporal (2006-2022) justifica-se pela relação temporal com o surgimento da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), e a necessidade de compreensão das prioridades elencadas pelos atores políticos com a inserção na agenda governamental do Brasil.

3.1 As Categorias e os elementos de análise da pesquisa

Ao levar em consideração o caráter científico do método, buscou-se objetivamente descrever os procedimentos que foram utilizados para a obtenção dos dados com vistas a possibilidade de reprodução desses por parte de outros pesquisadores que se disponham a aplicá-los. O primeiro passo diz respeito a descrição das categorias, as fontes de coleta de dados e as bases teóricas que foram utilizadas na pesquisa. Desse modo, elaborou-se um quadro com o objetivo de sintetizá-las no intuito de facilitar a compreensão sobre as mesmas.

Quadro 4 – Categorias e elementos de análise da pesquisa.

CATEGORIA	FONTE DE COLETA DE DADOS	BASE TEÓRICA
AGENDA RETÓRICA	Planos de governo, Discursos de posse mensagens presidenciais e orçamentárias anuais enviadas ao Congresso Nacional.	Baumgartner e Jones (1993;1999; 2005) Cohen (2012)
AGENDA LEGISLATIVA	Projetos de leis relacionados a promoção da saúde	Baumgartner e Jones (1993;1999; 2005) Cohen (2012)
AGENDA ADMINISTRATIVA	Decretos, Planos Plurianuais (PPA) e Leis Orçamentárias Anuais (LOA)	Baumgartner e Jones (1993;1999; 2005) Cohen (2012)

Fonte: adaptado de Silva (2022).

Um dos processos importantes traçados desta dissertação está ligado a seleção dos indicadores de atenção mais exequíveis para compreensão da dinâmica da política de promoção da saúde. No referencial teórico utilizado foram apresentadas

algumas possibilidades de análises que já foram realizadas em vários países (SILVA, 2022; BRASIL, 2018; SUDANO, 2019; BAUGARTNER & JONES, 2006; GREEN-PEDERSEN, 2006).

Dessa forma, foram apresentados os indicadores utilizados na análise da atenção dada à promoção da saúde na agenda presidencial do Brasileira com base na perspectiva longitudinal de 2006 a 2022. Ao considerar o grande recorte temporal da pesquisa, foram utilizados documentos oficiais produzidos ao longo do período com objetivo de realizar uma análise comparativa.

Vale destacar a necessidade de adaptação dos indicadores elencados na literatura científica nacional e internacional devido a alguns aspectos que transpassam o sistema político brasileiro como também a ausência ou a limitação de acesso a determinados documentos. Cohen (2012) define os planos de governo, os discursos oficiais de posse e as mensagens do Poder Executivo que são encaminhadas anualmente ao Poder Legislativo e se caracterizam como indicadores de atenção à agenda retórica.

Assim sendo, foram utilizados os planos de governo, discursos de posse, mensagens anuais enviadas ao Congresso Nacional e mensagens orçamentárias como indicadores de atenção da agenda retórica que foram encontrados no site www.gov.br/mensagem-presidencial e no divulgacandcontas.tse.jus.br. Os planos de governo são publicados durante o período eleitoral e apresentam as prioridades dos candidatos para diversos setores. Os discursos de posse dos presidentes eleitos ao cargo de chefe do Poder Executivo do Brasil ocorrem no primeiro dia do mês de janeiro do ano subsequente ao período eleitoral. Esses discursos podem sinalizar para o público, quais foram as possíveis prioridades elencadas pelo gestor ao decorrer do mandato. Porém, a menção a determinado tema não garante a efetividade de implementação de ações para referida política pública, mas pode revelar a atenção dada do gestor a prioridades elencadas para cada setor.

O documento que compõe as mensagens é composto por duas partes: uma introdução, na qual o Presidente apresenta as principais questões para o Congresso Nacional, seguida de um plano de trabalho para o ano. A mesma lógica é seguida nas mensagens orçamentárias. A análise foi realizada de todo o documento, sem distinção entre introdução e plano de trabalho. Para os autores Brasil e Capella (2019), a análise do conteúdo dos discursos e mensagens do chefe do Poder Executivo são indicadores que a literatura mais utiliza para reconhecer os temas que

poderão entrar na agenda governamental. Esses documentos podem revelar a atenção do presidente e os documentos possuem periodicidade estabelecida.

No que se refere a agenda legislativa foram analisados os projetos de lei relacionados à promoção da saúde elaborado pelo Poder Executivo do brasileiro que foram encontrados no site www.lexml.gov.br. Estes documentos já foram alvo em diversos estudos internacionais (BAUMGARTNER; JONES; WILKERSON, 2011) como indicadores de atenção. Segundo Soroka (2002), esses indicadores podem apresentar um panorama das ações prioritárias do governo a ponto de motivarem um ordenamento legal para determinado setor. Portanto, foi possível examinar a agenda de discussões do Executivo com base no legislativo.

Se tratando da agenda administrativa, Cohen (2012) afirma que os decretos se caracterizam como atos administrativos do Poder Executivo levando em consideração o planejamento dos parâmetros e a regulamentação da aplicação de leis. Os decretos não precisam de aprovação parlamentar para sua entrada em vigor. Neste sentido, percebe-se que esse instrumento administrativo possibilita a investigação de atenção dada à promoção da saúde na agenda administrativa do governo federal. Logo, considerou-se as peças orçamentárias como possíveis indicadores de atenção na agenda administrativa dado o caráter exclusivo do planejamento orçamentário previsto na Constituição Federal de 1988, os documentos foram encontrados no site www.gov.br/orçamento/orçamento-anuais.

As peças orçamentárias produzidas pelos governos serviram de base para análise de atenção elencadas para promoção da saúde, levando em conta que os dispositivos legais elaborados pelo Poder Executivo representam um importante indicador das prioridades do governo (BAUMGARTNER; JONES; WILKERSON, 2011). Para Capella, Brasil (2014) e Sudano (2015), todo orçamento pode ser percebido como um indicador de atenção na agenda governamental, em que pode-se levar em consideração o sistema multipartidário que existe no Brasil.

Com a promulgação da CF de 1988, foi estabelecido uma nova dinâmica para o setor público gerir os recursos financeiros. Esta ação contribuiu para o controle dos recursos e de como esses recursos podem ser aplicados para desenvolver ações. A regulamentação do Plano Plurianual tornou-se obrigatória no planejamento dos gestores públicos e possibilitou o controle e acompanhamento por parte da sociedade civil e dos órgãos de fiscalização das ações implementadas com orçamento público.

A Lei Orçamentária Anual ²(LOA) e o Plano Plurianual³ (PPA) aparecem como etapas que constituem o processo orçamentário (BRASIL, 1988). Cada PPA tem duração de quatro anos e cada candidato eleito para o Poder Executivo deve executar em seu primeiro ano de mandato o planejamento do antigo gestor. As leis que constituem o processo orçamentário devem conectar-se, estruturando o processo entre o planejamento e a execução do orçamento. Portanto, a Lei de Diretrizes Orçamentárias⁴ é conhecida como a etapa de passagem do PPA para a LOA. De acordo com a CF de 1988, esse ordenamento possibilita elencar as prioridades e metas da administração pública, no qual incorpora as despesas de capital para o próximo exercício financeiro (BRASIL, 1988).

A LDO se estabelece como instrumento de planejamento operacional com objetivo de direcionar a elaboração dos orçamentos anuais buscando adequá-los às diretrizes, objetivos e metas da administração estipuladas no PPA. Além disso, é um documento normativo que subsidia a avaliação e execução orçamentária. Após elaboração da LDO, o gestor deverá instituir a LOA. Essa lei precisa mostrar a previsão de receita e a fixação da despesa pública com vistas ao indicativo da política econômico-financeira adotada e o programa de governo. A LOA deve ser elaborada com base no Plano Plurianual vigente, considerando o disposto na LDO (BRASIL, 1988).

As modificações orçamentárias na LOA são realizadas por meio de créditos adicionais, os quais se apresentam como autorizações para execução de despesas que não foram incluídas na LOA ou que foram incluídas, mas com valores insuficientes para concluir a ação as peças orçamentárias são encontradas no www.gov.br/orçamento/orçamento-anuais (BRASIL, 1988).

Para Carvalho (2017), analisar as políticas executadas no orçamento público com base na corrente teórica do equilíbrio pontuado, possibilita identificar as mudanças de larga escala ao longo processo constante de execução orçamentária, buscando a compreensão de mudanças bruscas ou continuidade nesse processo.

Desta forma, é possível uma análise comparativa entre os dados coletados por

² Lei Orçamentária Anual (LOA) é o documento que tem a função de estimar a receita e prevê gastos anuais de forma detalhada pelo gestor.

³ Plano Plurianual (PPA) é o documento que deve conter as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.

⁴ Lei de Diretrizes Orçamentárias é conhecida como a etapa de passagem do PPA para a LOA estabelece como instrumento de planejamento operacional com objetivo de direcionar a elaboração dos orçamentos anuais buscando adequá-los às diretrizes, objetivos e metas da administração estipuladas no PPA. Além disso, é um documento normativo que subsidia a avaliação e execução orçamentária (BRASIL, 1988).

meio destas categorias, com vistas ao entendimento de continuidade ou ruptura durante o processo de formação da agenda governamental, como também o grau de influência das ideias, atores, e arranjos institucionais.

3.2 Instrumentos de coleta de dados

Para organizar as informações coletadas por meio dos indicadores supramencionados, foi escolhido o método de análise de conteúdo, exclusivamente, a codificação de dados. Esse tipo de análise pode ser utilizado em vários contextos de informações, tais como: documentos escritos ou numéricos. A análise de conteúdo pode ser planejada por várias técnicas visando a compreensão da essência de determinada informação (BARDIN,1977; KRIPPENDORF, 1999).

Os estudos correlatos a formação da agenda utiliza a codificação para organizar as informações que dizem respeito a atenção dada a determinado tema na agenda. O *Comparative Agendas Project* elaborou por meio de um livro a codificação de informações conhecido por (*codebook*) códigos universais, o qual possibilita análises individuais e comparativas. Refere-se a um método de análise de conteúdo que busca padronizar informações originária de fontes distintas em diferentes formatos, em códigos padronizados e sistematizados (BRASIL, 2017).

O codebook foi adequado para a realidade brasileira por meio do Laboratório de estudos sobre agenda governamental brasileira que tem a coordenação da Professora Dra. Ana Claudia N. Capela e o Professor Dr. Felipe Gonçalves Brasil. Na adaptação feita o codebook brasileiro é composto por 21 macrocódigos, que tem relação com diversas áreas temáticas que integram a política pública, conforme está no quadro abaixo.

Quadro 5 – Lista de códigos codebook

LISTA DE CÓDIGOS	
1. MACROECONOMIA	13. POLÍTICAS SOCIAIS
2. DIREITOS CIVIS, POLÍTICOS, LIBERDADES E MINORIAS	14. HABITAÇÃO, INFRAESTRUTURA E REFORMA AGRÁRIA
3. SAÚDE	15. SETOR BANCÁRIO, INSTITUIÇÕES

	FINANCEIRAS E COMÉRCIO INTERNO
4. AGRICULTURA, PECUÁRIA E PESCA	16. DEFESA, FORÇAS ARMADAS, MILITARES E GUERRA
5. TRABALHO, EMPREGO E PREVIDÊNCIA	17. CIÊNCIA, TECNOLOGIA E COMUNICAÇÕES
6. EDUCAÇÃO	18. COMÉRCIO EXTERIOR, IMPORTAÇÕES E EXPORTAÇÕES
7. AMBIENTE	19. RELAÇÕES INTERNACIONAIS E POLÍTICA EXTERNA
8. ENERGIA	20. GOVERNO E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
9. IMIGRAÇÃO E REFUGIADOS	21. TERRITÓRIOS E RECURSOS NATURAIS
10. TRANSPORTES	23. CULTURA, ESPORTE E LAZER
12. JUDICIÁRIO, JUSTIÇA, CRIMES E VIOLÊNCIA	

Fonte: Adaptado do manual de codificação do *Brazilian Policy Agendas Project* (2019)

Esses macrocódigos tendem a colaborar com o desenvolvimento de uma concepção ampliada sobre as pautas prioritárias dos governos analisados. O *Codebook* brasileiro estipula mais de 211 subcódigos o quadro 6 apresenta os subcódigos vinculados ao código saúde. Com isso, é possível observar as continuidades ou rupturas na formação da agenda ao longo do tempo e a análise da movimentação da atenção acerca de algumas temáticas.

Ao preparar a primeira diretiva do *Comparative Agenda Project*, Bryan Jones expôs a necessidade de se criar novos macrocódigos e subcódigos no intuito de contemplar os novos interesses ou agrupar eventuais separação de códigos existentes. Com isso, deve-se considerar as possíveis limitações desse processo de codificação e também apontar novas possibilidades metodológicas (BEVAN; PALAU, 2020).

Quadro 6 – Subcódigos da área de saúde

300. Saúde – Geral	332. Saúde infantil e pré-natal
301. Sistema Nacional de Saúde	333. Saúde mental
302. Seguros, sistemas alternativos, privados	334. Cuidados continuados, doenças terminais e reabilitação
304. Cuidados primários de saúde	335. Despesas com medicamentos, tabelas e custos

321. Regulação da indústria farmacêutica, e laboratórios clínicos	336. Programas específicos
322. Hospitais	341. Tabagismo
323. Acordos	342. Alcoolismo
324. Deodontia médica, fraudes e abusos	343. Toxicodependência
325. Carreiras profissionais e formação	398. Pesquisa e Desenvolvimento
326. Regulação de farmácias	399. Saúde – Outros
331. Prevenção, e promoção da saúde	

Fonte: Adaptado do manual de codificação do *Brazilian Policy Agendas Project* (2019)

A saúde encontra-se classificado como macrocódigo 03, além disso, possui um subcódigo 331 “prevenção e promoção da saúde” que está relacionado diretamente com o tema investigado e foi utilizado nessa pesquisa.

Para coleta dos dados nos indicadores de atenção relacionado as agendas retórica, legislativa e administrativa (Decretos) foi utilizado o subcódigo “prevenção e promoção da saúde”. No sentido de análise da atenção dada a promoção da saúde no período pós promulgação da Política Nacional de Promoção da Saúde no país.

Os dados foram coletados e organizados com o auxílio do software de análise de conteúdo *Nvivo* versão 12, programa voltado a análise de informações qualitativa que agrupa ferramenta para o trabalho com documentos textuais, otimizando assim, a organização, a categorização e análise dos dados.

Na agenda administrativa utilizou-se a classificação funcional – programática que define as dotações orçamentárias por esfera (Fiscal; Seguridade Social; Investimentos), função (Saúde), subfunção (Administração Geral; Proteção e Benefícios ao Trabalhador; Formação de Recursos Humanos; Desenvolvimento Científico; Tecnologia da Informação; Comunicação Social; prevenção e promoção da saúde), unidades orçamentárias e programas com base na portaria n. 42, de 14 de abril de 1999, do Ministério do Orçamento e Gestão, possibilitando assim, a compreensão da atenção dada a determinada política no processo de planejamento orçamentário .

Após a coleta de dados foi criado um banco de dados contendo todas as informações necessária para individualização do conjunto de macrocódigos – subcódigos com base no tipo de documento codificado, no presidente em exercício,

partido político ao qual pertence, ano, a legislatura a qual se refere, a informação se há uma política pública destacada, além do texto ou dispositivo codificado. Posteriormente, foi organizado tais informações no sentido de identificar os resultados estatísticos como porcentagens, proporções e variações, sendo possível assim diagnosticar as mudanças de ano para ano e montar os gráficos e tabelas que embasaram as discussões e conclusões da dissertação.

3.3 Análise dos dados

No primeiro momento, realizou-se a descrição das pautas diagnosticadas com base nos governos investigados no intuito de possibilitar a compreensão da dinâmica de atenção para o tema ao longo do tempo. Neste sentido, foi possível verificar as prioridades elencadas na agenda presidencial por meio das recorrências das pautas, bem como, analisar as ideias e os arranjos institucionais delineados.

Os dados coletados sobre a produção legislativa, mensagens ao Congresso Nacional e o orçamento foram todos transformados em percentual de atenção a partir da frequência absoluta e relativa das pautas e alocações orçamentária no que se refere ao período analisado. No primeiro momento, relacionou-se o total de legislação existente ao percentual de legislação correlata ao tema. O mesmo se aplicou aos demais indicadores supracitados.

Outra ferramenta necessária para o tratamento dos dados selecionados foi a correção inflacionária, tendo em vista a necessidade de corrigir esses valores para um mesmo ano para que os dados sejam comparáveis. As fórmulas para ajuste inflacionário foram calculadas com base nas datas de aprovação da LOA de cada ano.

A análise de conteúdo foi feita através do processo de codificação (*coding process*) proposto por Baumgartner e Jones (2003). Tal codificação se apresenta como um procedimento viável ao agrupamento de informações oriundas de fontes distintas e originariamente apresentadas em formatos diferentes.

A codificação torna-se eficaz no que diz respeito ao processo de redução das falas, documentos escritos e números em unidades menores, simplificadas e de representação simbólica. Neste sentido, o código torna-se um símbolo que pode ser definido enquanto a essência do documento analisado (BRASIL, 2017).

Em relação ao método de correção dos valores referentes aos dados orçamentários foi utilizado o Índice Geral de Preços / Disponibilidade Interna – IGP/DI, ao considerar que tal índice expressa de maneira precisa, a variação do poder aquisitivo desses recursos. Nesta lógica, os dados coletados foram separados por meses e ano e posteriormente, foi aplicado os índices de correção correspondentes aos valores atualizados e fixados em setembro de 2022. Desta forma, espera-se minimizar os impactos dos períodos de inflação elevada.

4. A ATENÇÃO DADA À PROMOÇÃO DA SAÚDE NA AGENDA PRESIDENCIAL BRASILEIRA (2006-2022)

Após a apresentação dos aspectos conceituais e formativos da agenda governamental e o delineamento da dinâmica das políticas de promoção da saúde no Brasil, torna-se necessário compreender a atenção dada ao referido tema na agenda governamental brasileira. Desse modo, acredita-se que a compreensão das prioridades estabelecidas pelos diversos governos analisados possibilitará uma visão mais ampla sobre o objeto de estudo e, ao mesmo tempo, auxiliará o delineamento de evidências para a investigação ora abordada.

Do ponto de vista estrutural da dissertação, espera-se evidenciar a síntese e análise dos dados correlatos ao objeto de estudo com base na organização apresentada abaixo. Vale ressaltar que a proposta em questão encontra alicerce teórico no modelo utilizado na pesquisa.

4.1 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA AGENDA RETÓRICA PRESIDENCIAL BRASILEIRA

Ao analisar a atenção dada à promoção da saúde com base na agenda retórica presidencial foi possível compreender as continuidades e rupturas dessa dinâmica política e conseqüentemente, diagnosticar as ideias e arranjos institucionais ao longo do recorte temporal delineado na pesquisa.

Ao levar em consideração a necessidade de organização e sistematização dos dados optou-se pela apresentação dos resultados por meio de uma sequência pedagógica que possibilitasse a realização de análises comparativas entre os indicadores de atenção elencados para o processo de investigação.

No primeiro momento, evidenciou-se os dados correlatos aos planos de governo dos candidatos eleitos ao cargo de presidente da República. Na sequência, verificou-se os dados dos discursos de posse dos atores políticos supracitados e posteriormente, as mensagens presidenciais e orçamentárias encaminhadas anualmente ao Congresso Nacional. Vale ressaltar que os dados foram organizados e sistematizados por meio dos resultados relacionados ao código saúde e o subcódigo prevenção e promoção da saúde.

Ao considerar que a atenção dos gestores públicos é um recurso escasso e que tanto pessoas quanto organizações estabelecem prioridades de atuação, compreender a atenção dada a Promoção da Saúde pelo Governo Federal significa identificar como o governo delinea as prioridades para promoção da saúde no contexto nacional frente as diversas questões existentes, decidindo assim, quais problemas e soluções serão priorizados ao longo da gestão. Desta forma será possível identificar a atenção dada a temática pelos atores políticos em seus planejamentos.

Nesta perspectiva foi possível identificar o ideário que permeia a promoção da saúde no campo argumentativo dos presidentes e ao mesmo tempo, verificar a ambiguidade das narrativas políticas ao longo do tempo no que se refere ao tema investigado.

4.1.1 A promoção da saúde nos planos de governo dos candidatos eleitos ao cargo de presidente da República do Brasil

Em relação aos planos de governo os resultados apontaram a existência de pautas relacionadas ao código saúde nos diversos documentos analisados. Por outro lado, diagnosticou-se o reduzido número de pautas vinculadas ao subcódigo prevenção e promoção da saúde, conforme pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1 – Dados brutos de menções ao código saúde e subcódigo prevenção e promoção da saúde nos planos de governo dos candidatos à presidência da república – 2006 a 2018

Presidente	Saúde	Prevenção e promoção da saúde
Lula – 2006	15	1
Dilma – 2010	21	2
Dilma – 2014	17	0
Jair Bolsonaro – 2018	21	1
Total	74	4

Fonte: elaborado pelo autor

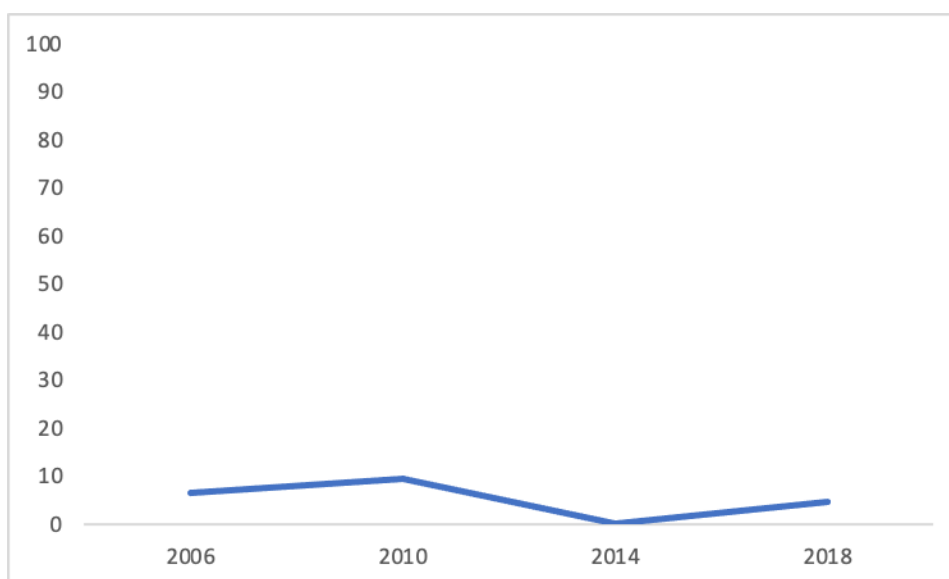
Diante do exposto, pôde-se identificar o total de setenta e quatro (74) menções ao código saúde, levando-se em consideração o período de 2006, 2010, 2014 e 2018. Vale destacar que esses anos se referem aos períodos eleitorais ocorridos no recorte temporal elencado na pesquisa.

Do ponto de vista quantitativo, o menor número de menções à saúde relaciona-se ao plano de governo de Luís Inácio Lula da Silva, o qual apresentou quinze (15) referências ao tema investigado. Em contrapartida, Dilma Rousseff e Jair Bolsonaro apresentaram o maior número de referências à saúde, vinte e uma (21) menções, ambos, nos anos de 2010 e 2018, respectivamente.

Em relação ao subcódigo prevenção e promoção da saúde foi possível identificar um total de quatro (4) menções no período investigado. Um dado relevante diz respeito a inserção e posterior supressão de menções ao subcódigo nos planos de governo de Dilma Rousseff nos anos de 2010 e 2014. A baixa atenção dada ao tema também foi recorrente nos planos de governo de Luiz Inácio Lula da Silva e Jair Bolsonaro, os quais fizeram apenas uma (1) menção em 2006 e 2018, respectivamente.

Para análise da dinâmica da promoção da saúde nos planos de governo identificou-se a frequência de menções ao termo prevenção e promoção da saúde e conseqüentemente, calculou-se o percentual de atenção no plano de governo com base nas menções ao código saúde, conforme observado no gráfico abaixo.

Gráfico 1 – Percentual de atenção ao subcódigo prevenção e promoção da saúde nos planos de governo dos candidatos à presidência da república – 2006 a 2018



Fonte: elaborado pelo autor, 2022

Diante do gráfico exposto, foi possível identificar que no ano de 2006 Luís Inácio Lula da Silva teve o percentual de atenção à promoção da saúde correspondente a 6,6%. Em 2010, observou-se um aumento na atenção dada por Dilma Rouseff ao referido tema com base no percentual de atenção de 9,5%. Entretanto, a ausência de pautas para PS em 2014 ocasionou uma ruptura na sequência de menções ao tema. Em 2018, a pauta retorna a agenda retórica com Jair Bolsonaro, o qual apresentou o percentual de 4,7% de atenção a PS.

O fortalecimento das ações de saúde e a ampliação do acesso aos serviços ofertados pelo SUS para toda população se apresentam como pautas recorrentes nos planos de governo dos atores políticos analisados. No plano de governo de Luís Inácio Lula da Silva foi possível identificar uma ação intersetorial através de articulação de programas de esporte e lazer como iniciativa de promoção da saúde por meio de parcerias entre estados e municípios (PT, 2006).

Por outro lado, Dilma Rouseff apresentou duas pautas relacionadas a promoção da saúde no primeiro mandato. A primeira pauta vinculou-se a promoção de ações de saúde articuladas com a Política Nacional de Juventude enquanto a segunda referiu-se à promoção da saúde da mulher através de ações que fortaleçam os direitos sexuais e direitos reprodutivos, reafirmando o direito das mulheres ao aborto nos casos já estabelecidos na legislação vigente (PT, 2010). Vale destacar a ausência de pautas para o tema no plano de governo da candidata publicado no TSE em 2014.

Jair Bolsonaro apresentou a inclusão do profissional de Educação Física nos Programas de Saúde da Família com a finalidade de ativar as Academias ao Ar Livre por meio de orientação profissional na prática regular de exercício físico na perspectiva de tornar a população mais ativa e combater o sedentarismo, obesidade e seus desdobramentos.

Devido ao aumento de pessoas portadores das doenças crônicas não transmissíveis, a inclusão do profissional de Educação Física pode colaborar com o controle e até mesmo no tratamento destas doenças. Segundo Paula et al. (2021), grande parte das mortes que ocorrem no mundo estão associadas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas (Hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares), um dos aliados ao combate a essas doenças é a prática regular de atividade física, pois, colabora para prevenção e também é um grande aliado no

tratamento. Desta forma, a atividade física deve ser estimulada em vários setores de saúde, principalmente na atenção básica, seja devido sua prática ter grande potencial preventivo e terapêutico, e pelo baixo custo de suas ações.

No contexto da PNPS, as principais ações relacionadas à prática corporal e atividade física são: a organização da vigilância de fatores de risco e proteção de doenças crônicas; ações de comunicação com a celebração dos dias da empresa Atividade Física e da Saúde; o financiamento de projetos de atividade física; e avaliações dos programas de prática de atividade física existentes nos municípios do Brasil (BRASIL, 2006; MALTA et al., 2016). Para Lago et. al. (2020), a classificação político partidária não se apresenta como variável capaz de explicar a atenção dada a determinada política.

Diante dos dados expostos, foi possível concluir que a atenção dada a promoção da saúde nos planos de governo dos candidatos eleitos ao cargo de presidente se apresenta de maneira embrionária, apesar das ações de promoção da saúde serem de extrema importância para manutenção e controle da saúde da população.

4.1.2 A promoção da saúde nos discursos de posse dos presidentes eleitos

Em relação aos discursos de posse dos presidentes eleitos, os resultados apontaram a existência de pautas relacionadas ao código saúde nos diversos documentos analisados. Por outro lado, diagnosticou-se o reduzido número de pautas vinculadas ao subcódigo prevenção e promoção da saúde, conforme poder ser observado na tabela 2.

Tabela 2 – Dados brutos de menções ao código saúde e subcódigo prevenção e promoção da saúde nos discursos de posse dos presidentes brasileiros – 2007 a 2019

Presidente	Saúde	Prevenção e promoção da saúde
Lula – 2007	2	0
Dilma – 2011	7	1
Dilma – 2015	3	0
Michel Temer – 2016	0	0
Jair Bolsonaro – 2019	1	0
Total	13	1

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pelo autor.

De acordo com a tabela 2 foi possível identificar treze (13) menções ao código saúde. Michel Temer foi o único que não mencionou o termo. Jair Bolsonaro fez uma

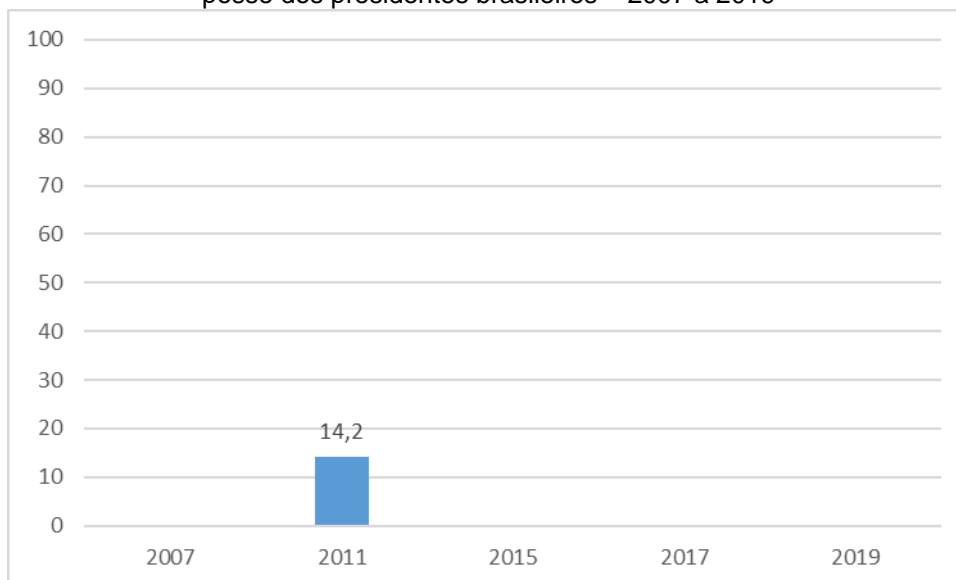
(1) menção seguido de Luís Inácio Lula da Silva com duas (2) menções. Por outro lado, Dilma apresentou o maior quantitativo de menções ao código saúde. Em 2011, mencionou sete (7) vezes no seu primeiro mandato e posteriormente, mencionou três (3) vezes no seu segundo mandato, especificamente, no ano de 2015.

A pauta recorrente nos discursos de posse relaciona-se ao acesso aos serviços essenciais, dentre eles, a saúde. Além disso, foi possível observar menções ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde por meio da alocação de recursos para capacitação de profissionais e parcerias com o setor privado no intuito de qualificação dos serviços de diagnóstico e tratamento de doenças.

No que diz respeito ao subcódigo prevenção e promoção da saúde apenas Dilma Rousseff mencionou o tema em 2011. A pauta elencada refere-se ao acesso da população aos medicamentos com objetivo de fortalecer as políticas de prevenção e promoção da saúde.

Ao levar em consideração o número total de menções a saúde no discurso de posse de Dilma Rousseff foi possível calcular o percentual de atenção a PS, o qual correspondeu a 14,2%, conforme observado no gráfico 2.

Gráfico 2 – Percentual de atenção ao subcódigo prevenção e promoção da saúde nos discursos de posse dos presidentes brasileiros – 2007 a 2019



Fonte: elaborado pelo autor

A análise longitudinal através do subcódigo prevenção e promoção da saúde aprofunda o estudo sobre a dinâmica das políticas públicas, neste caso sobre a política de saúde, especificamente, a PNPS. Logo, o gráfico acima denota a ausência da PS no campo argumentativo presidencial, revelando assim, a escassez

de atenção ao tema nos discursos de posse, fato esse que vai de encontro as diretrizes da PNPS.

O SUS deve ter como meta a solução real do problema que atinge a pessoa que o procura com o uso de todos os instrumentos de diagnóstico e tratamento disponíveis, tornando os medicamentos acessíveis a todos, além de fortalecer as políticas de prevenção e promoção da saúde (Brasil, 2011, p. 5).

A única menção encontrada foi no discurso de posse de Dilma Rousseff, no qual apenas trata da disponibilidade de medicamentos no SUS com objetivo de fortalecer as políticas de prevenção e promoção da saúde. Desta forma foi possível analisar que as propostas para promoção da saúde dos planos de governos não apareceram no discurso de posse dos presidentes. Ademais, é possível perceber que não existe uma consonância entre o que é proposto antes da eleição e os discursos de posse dos presidentes eleitos.

Segundo Lindblom (1979), as ações governamentais dificilmente partem do zero, ou seja, existe uma circularidade de ideias sobre determinado tema. Neste caso, a ausência de menção ao tema prevaleceu nos discursos de posse dos presidentes. Para Charques-Bonafont, Palau e Baumgartner, (2015), ocorre um constrangimento de inserção de políticas nesse tipo de agenda devido serem menores a escassez de barreiras institucionais que possam dificultar tal dinâmica. Essa ausência de menções à prevenção e promoção da saúde nos discursos de posse dos atores políticos, apontam a escassez de representação simbólica ao temas discursos.

Depois da análise feita no discurso de posse dos presidentes, será analisado as mensagens presidenciais enviada aos Congresso Nacional na abertura dos trabalhos anualmente.

4.1.3 A promoção da saúde nas mensagens presidenciais

Em relação as mensagens presidenciais enviadas ao Congresso Nacional os resultados apontaram a existência de pautas relacionadas ao código saúde nos diversos documentos analisados. Por outro lado, diagnosticou-se o reduzido número de pautas vinculadas ao subcódigo prevenção e promoção da saúde, conforme pode ser observado na tabela 3.

Tabela 3 – Dados brutos das menções à promoção, prevenção e saúde nas mensagens presidenciais enviadas ao Congresso Nacional – 2007 a 2022

Ano	Saúde	Prevenção e Promoção da Saúde
2007	110	8
2008	138	10
2009	---	---
2010	---	---
2011	330	28
2012	340	9
2013	280	13
2014	419	19
2015	345	25
2016	389	14
2017	164	4
2018	141	1
2019	157	14
2020	72	3
2021	1	0
2022	12	0
TOTAL	2.898	148

Fonte: elaborado pelo autor.

*Não foi possível coletar os dados dos anos de 2009 e 2010 devido a falta de acesso aos dados dos documentos abordados.

Jair Bolsonaro foi o presidente que menos mencionou o termo saúde nas mensagens enviadas ao Congresso Nacional nos quatro anos de mandato, totalizando 242 pautas. Luís Inácio Lula da Silva elencou duzentos e quarenta e oito (248) menções ao código saúde. Michel Temer mencionou o tema saúde trezentos e cinco (305) vezes nas duas mensagens enviadas ao Congresso Nacional nos anos de 2017 e 2018. Por outro lado, Dilma Rousseff apresentou o maior quantitativo de menções a saúde, totalizando dois mil cento e três (2.103) menções.

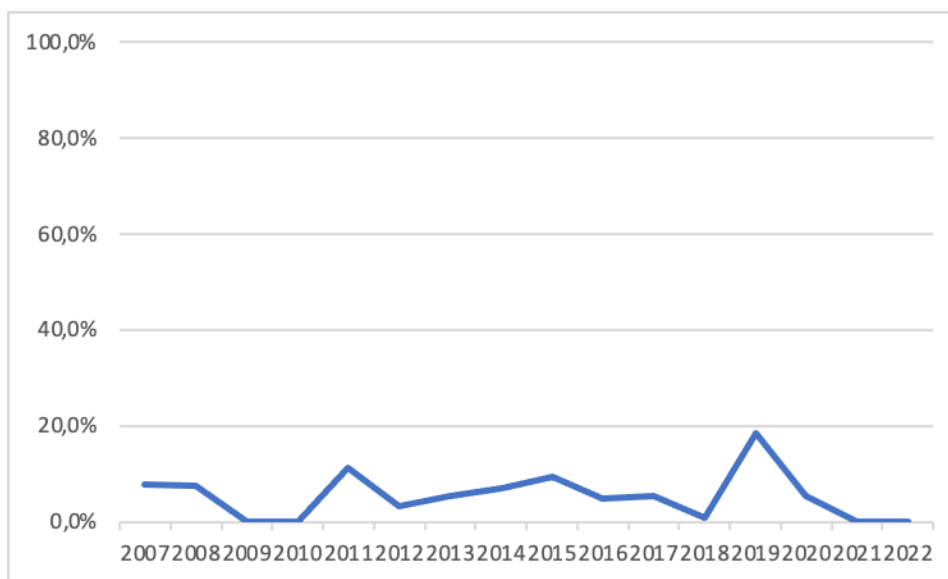
Fazendo a análise do subcódigo prevenção e promoção da saúde foi possível identificar que Michel Temer foi quem deu menos atenção com um total de cinco (5) menções, seguido por Jair Bolsonaro com dezessete (17) e Luís Inácio Lula da Silva com dezoito (18). Por outro lado, Dilma Rousseff foi quem deu maior atenção com cento e dezoito menções (118) ao código de prevenção e promoção da saúde.

Ao fazer uma análise longitudinal das mensagens ao Congresso Nacional é possível identificar que não há um padrão do quantitativo de menções a saúde e a prevenção e promoção da saúde nas mensagens presidenciais. Outro ponto a ser observado diz respeito aos maiores quantitativos de menções aparecem no período pós eleição em 2011, 2015 e 2019. Esse dado tem consonância com a Teoria do Equilíbrio Pontuado, apresenta em sua teoria que a entrada de novos atores, novas

ideias são implementadas e novos arranjos institucionais podem ocasionar continuidade ou ruptura das ações (BAUMGARTNER E JONES, 1993).

A seguir será apresentado o percentual de atenção dada ao subcódigo prevenção e promoção da saúde nas mensagens enviadas anualmente, com objetivo de identificar se essas menções são feitas de forma incremental ou se ocorre ruptura durante o período analisado corroborando com a teoria de análise utilizado no estudo.

Gráfico 3 - Percentual de atenção ao subcódigo prevenção e promoção da saúde nas mensagens presidenciais enviadas ao Congresso Nacional – 2007 a 2019.



Fonte Elaborado pelo autor, 2022.

De acordo ao gráfico acima, é possível perceber que ocorreu uma baixa atenção as menções do subcódigo prevenção e promoção da saúde. Michel Temer foi que menos deu atenção com percentual de 6,3%, seguido por Luís Inácio Lula da Silva com 15,47% e Jair Bolsonaro com 23,87%. Quem deu mais atenção foi Dilma Rousseff com um total de 36,47% de menções nos anos do seu mandato. O ano com menor atenção foi 2018 com Michel Temer, com apenas 0,89%. Por outro lado, Jair Bolsonaro foi quem mais deu atenção, em 2019 apresentou um percentual de 18,42% de menções ao subcódigo prevenção e promoção da saúde nas mensagens enviada ao Congresso Nacional.

De acordo com a Teoria do Equilíbrio Pontuado é possível perceber que durante os anos analisados as ações voltadas a prevenção e promoção da saúde ocorre de forma incremental com pico de atenção em 2019. Essa ruptura pode ter

ocorrido com a inserção de novos atores políticos, novas ideias e conseqüentemente novos arranjos institucionais. Dessa forma será analisado os dados qualitativamente para compreender a dinâmica da Política Nacional de Promoção da Saúde.

De acordo com a análise qualitativa dos dados foi possível identificar que o combate as doenças crônicas não transmissíveis foi pauta recorrente nas mensagens presidenciais de Luís Inácio Lula da Silva, Dilma Rouseff e Jair Bolsonaro. Uma das propostas de Luís Inácio Lula da Silva foi a inserção e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde por meio das equipes de Saúde da Família ações de prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos e fatores de risco e complicações dos portadores das DCNT.

Dilma Rouseff elencou a pauta para o incentivo a prática de hábitos saudáveis pela população por meio do apoio a implantação do Programa Academia da Saúde (PAS), com objetivo de realização de práticas corporais e atividade física e incentivo a alimentação adequada. Outro programa bastante explorado na agenda retórica de Dilma Rouseff, foi o Programa Saúde na Escola (PSE), que tem parceria entre o Ministério da Saúde e Educação, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos jovens e adolescente. Além disso, identificou-se menções a implantação do Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, preconizado com a parceria com outras áreas para ações de promoção de saúde e prevenção de agravos.

O Programa Saúde na Escola–PSE, foi promulgado em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, com objetivo de contribuir para formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento de crianças e jovens. O público beneficiário do PSE são os estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais amplificada, estudantes da Rede pública Federal e Estadual de Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos (EJA) (BRASIL, 2007).

A ação do PSE visa a integração e articulação permanente da educação e da saúde, com a ideia de proporcionar melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Trata-se de um programa direcionado ao fortalecimento de ações de desenvolvimento integral para comunidade escolar por meio da articulação da saúde

e educação. O PSE foi instituído no governo de Luís Inácio Lula da Silva, porém só foi encontrado menção nas mensagens enviadas por Dilma Rousseff. Desta forma é perceptível a ausência de prioridades pelos governos ao referido programa.

4.1.4 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS MENSAGENS ORÇAMENTÁRIAS

As mensagens enviadas pelos chefes do Poder Executivo para aprovação do plano plurianual, documento esse que serve de planejamento de políticas públicas a serem implementadas em um determinado período, com objetivo de indicar onde serão alocados os recursos e quais ações deverão ser efetivadas de acordo a área atendida por determinado governo. A tabela 4 apresenta a dinâmica do quantitativo de menções do código Saúde e do subcódigo Prevenção e Promoção da Saúde nos PPAs analisados.

Tabela- 4 Dados Brutos do Código Saúde e do Subcódigo a prevenção e promoção da saúde das mensagens orçamentárias

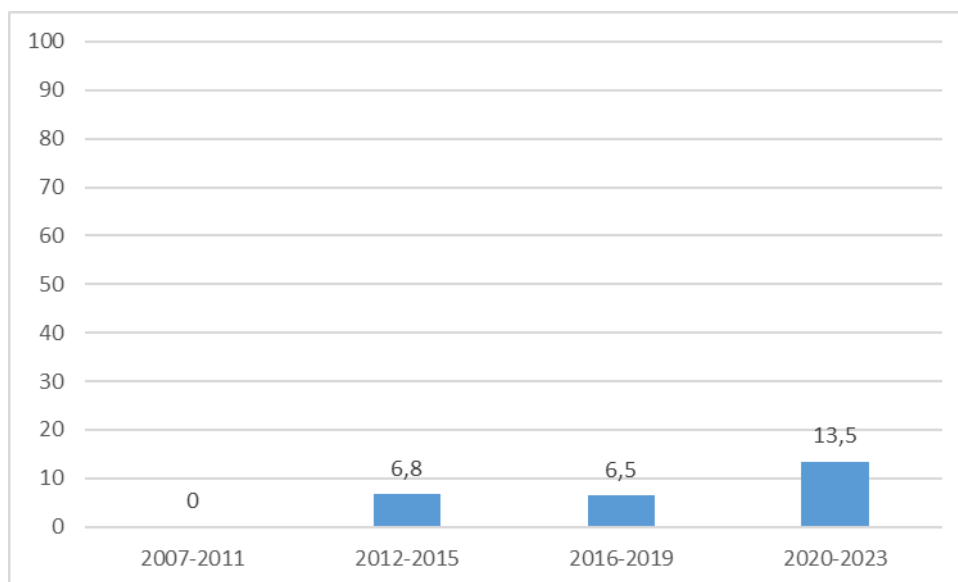
ANO	Saúde	Prevenção e Promoção da Saúde
2008-2011 (LULA)	43	0
2012-2015 (DILMA)	102	7
2016-2019 (DILMA)	139	9
2020-2023 (BOLSONARO)	37	5
TOTAL	321	22

Fonte: Elaborado pelo autor

Os dados da tabela 4 apresenta que o ex-presidente Lula não faz nenhuma menção ao subcódigo prevenção e promoção da saúde, por outro lado ele dáatenção ao código saúde, no qual foi encontrado quarenta e três (43) menções ao código saúde. Já no PPA elaborado na primeira gestão do ex-presidente Dilma foi possível identificar cento e duas (102) menções ao código saúde e sete (7) menções ao subcódigo prevenção e promoção da saúde. No seu segundo mandato a ex-presidente mencionou em seu segundo PPA cento e trinta e nove (139) vezes o código saúde e nove (9) vezes o subcódigo prevenção e promoção da saúde, enquanto o PPA que teve menor atenção ao código saúde foi o elaborado pelo presidente Jair Bolsonaro, foi encontrado trinte e sete menções ao código saúde, por outro lado foi encontrado cinco (5) menções ao subcódigo prevenção e promoção da saúde.

Se tratando do percentual de atenção dos atores políticos ao subcódigo prevenção e promoção da saúde o gráfico 4 apresenta esse percentual nas mensagens orçamentárias.

Gráfico 4- Percentual de atenção ao subcódigo prevenção e promoção da saúde nas mensagens orçamentárias.



Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com o gráfico 4 a mensagem orçamentária que teve menos atenção ao subcódigo prevenção e promoção da saúde foi Luís Inácio Lula da Silva, no qual não fez nenhuma menção ao tema, seguido por Dilma Rousseff em 2016 com um percentual de 6,5% e 6,8% em 2012. Por outro lado, Jair Bolsonaro foi quem mais deu atenção ao subcódigo nas mensagens orçamentárias com um percentual de 13,5%. De acordo esses dados, é possível identificar que o tema analisado não possui uma atenção prioritária por parte dos atores políticos analisados.

Diante do exposto, vale destacar que nem todas propostas realizadas no plano de governo foram consideradas pelos atores políticos após assumirem o cargo de poder executivo, visto que houve dissonância entre os planos de governo, os discursos de posse e as mensagens enviadas ao Congresso Nacional pelos presidentes. Essa dissonância corrobora com os pressupostos do MEP, o qual aponta que atores ideias e arranjos podem mudar o planejamento dos atores políticos e consequentemente abrir espaços para novas políticas a serem implementadas.

4.2 A atenção dada à promoção da saúde na agenda Legislativa do Poder Executivo Federal

Ao analisar a atenção dada à promoção da saúde com base na agenda legislativa presidencial foi possível compreender as continuidades e rupturas dessa dinâmica política e conseqüentemente, diagnosticar as ideias e arranjos institucionais ao longo do recorte temporal delineado na pesquisa.

No primeiro momento, evidenciou-se os dados correlatos a legislação geral por cada ano. Na sequência, verificou-se a legislação vinculada ao código de saúde e posteriormente, a legislação associada ao subcódigo de prevenção e promoção da saúde. Nesta perspectiva, foi possível identificar o ideário que permeia a promoção da saúde no campo legislativo dos presidentes e ao mesmo tempo, verificar a ambigüidade da atenção dada à Política Nacional de Promoção da Saúde ao longo do tempo no que se refere à investigação.

Em relação à atenção dada ao tema na agenda legislativa, os resultados apontaram a existência de pautas relacionadas ao código saúde nos diversos documentos analisados. Por outro lado, diagnosticou-se o reduzido número de pautas vinculadas ao subcódigo de prevenção e promoção da saúde, conforme pode ser observado na tabela 5.

Tabela 5 – Dados brutos do código saúde e subcódigo prevenção e promoção da saúde nos projetos de leis do poder executivo federal – 2006 a 2022

ANO	N (produção legislativa)	N Saúde	N Promoção da saúde
2006	178	5	0
2007	198	11	0
2008	259	8	1
2009	290	7	0
2010	191	9	0
2011	208	8	1
2012	193	5	1
2013	172	11	1
2014	128	4	1
2015	164	3	0
2016	171	9	1
2017	173	9	1
2018	202	12	0
2019	185	8	0
2020	143	25	1
2021	172	14	1
2022	148	9	0
Total	3.165	157	9

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pelo autor, 2022

Diante do exposto, foi possível identificar um total de três mil cento e sessenta e cinco (3.165) leis, sendo que, cento e cinquenta e sete (157) foram relacionadas ao código saúde e apenas nove (9) foram vinculadas às ações de promoção da saúde.

Ao analisar o quantitativo geral da produção legislativa por ator político foi possível identificar o quantitativo de leis relacionadas ao código de saúde. Michel Temer foi quem menos promulgou leis, com um total de vinte e uma (21) relacionadas ao código de saúde, seguido por Luís Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff ambos obtiveram o mesmo quantitativo com um total de quarenta (40) cada um. Por fim Jair Bolsonaro foi o ator político com maior quantitativo de leis relacionadas ao tema, totalizando cinquenta e seis (56) até a data da coleta dos dados.

Ao analisar a atenção dada ao tema saúde por ano foi possível identificar que Dilma Rousseff apresentou o menor quantitativo de leis - três (3) em 2015. Por outro lado, Jair Bolsonaro apresentou o maior quantitativo - vinte e cinco (25) em 2020. Essa ruptura na legislação pode ter relação direta com a pandemia da COVID-19 que foi declarada pelo Ministério da Saúde em fevereiro de 2020. Por outro lado, constatou-se a redução no número de leis relacionadas ao tema no ano de 2021 - quatorze (14).

Os dispositivos legais recorrentes em todos os governos foram relacionados a abertura de orçamento fiscal e créditos para o Ministério da Saúde e Educação. Outra pauta recorrente, foram alterações das prerrogativas em leis que já estão em vigência, tais como: alterações na lei 9.615 de 24 de março de 1998 que obriga a realização de exames periódicos para avaliar a saúde dos atletas e prever a disponibilização de equipes de atendimento de emergência em competições profissionais.

Dilma Rousseff em 2011 acrescentou-se artigos na Lei nº8.080 com objetivo de incluir as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde e o funcionamento dos serviços do SUS nas responsabilidades das comissões intergestores do SUS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Ao mesmo tempo, houve a inclusão da assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS na Lei nº 8.080 de 1990.

Foi possível identificar alterações em outras leis, dentre elas, a Lei nº12.438, de 6.7.2011 que alterou a Lei nº 8.689 que teve o objetivo de extinguir o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INAMPS), consequentemente alterando a forma de prestação de contas dos gestores do SUS.

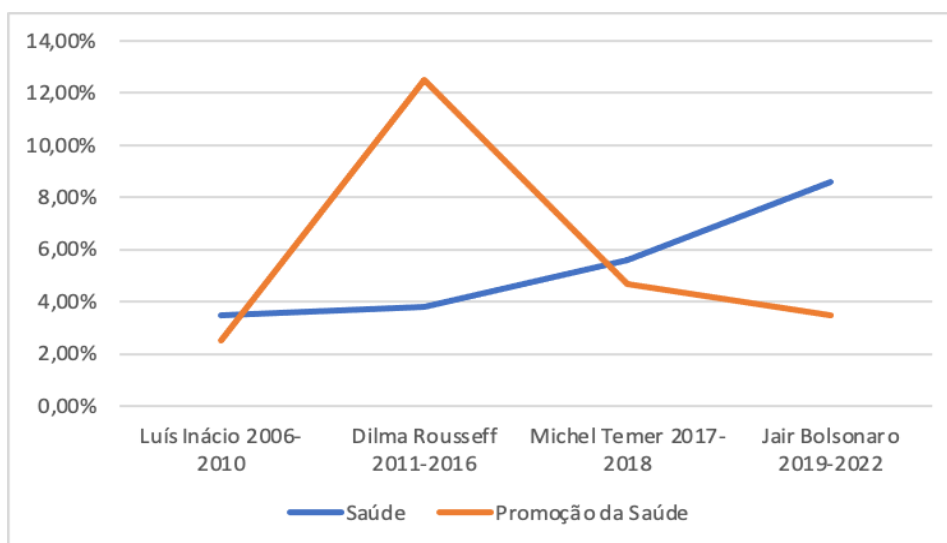
Foi identificado na gestão de Dilma Rousseff que a Lei nº 12.738, de 30.11.2012 alterou a Lei nº 9.656 de 1998 no qual tornou obrigatório o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, de coletor de urina e de sonda vesical pelos planos privados de assistência à saúde, como também, obrigou os planos de saúde e seguros privados a incluir tratamentos entre coberturas obrigatórias. Foi acrescentado os § 5º e 6º ao art. 15 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, vedando a exigência de comparecimento do idoso enfermo aos órgãos públicos e assegurando-lhe o atendimento domiciliar para obtenção de laudo de saúde.

Identificou-se leis com criação de cargos e valores alocados na pasta da saúde, além de alteração na Lei nº 9.797 de 1999, tornando obrigatório a realização de cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde-SUS nos casos de mutilação decorrente do tratamento do câncer, mudanças ocorridas na gestão de Dilma Rousseff.

Dessa forma é perceptível que as leis promulgadas como tema saúde, foram voltadas para ações de abertura de crédito, alterações e inclusão de ações que até então não faziam parte dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A seguir serão apresentados os dados a respeito do subcódigo utilizado na pesquisa com intuito de analisar a atenção dada à promoção da saúde.

No subcódigo de prevenção e promoção da saúde, identificou-se que Luís Inácio Lula da Silva e Michel Temer obtiveram o mesmo quantitativo de leis com uma (1) lei cada um. Jair Bolsonaro relacionou duas (2) leis à temática, já Dilma Rousseff foi quem mais deu atenção, com cinco (5) leis relacionadas à promoção da saúde.

O gráfico 5 - percentual de atenção a saúde e promoção da saúde.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

O menor percentual de atenção dada ao código de saúde relacionou-se ao ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva, o qual apresentou 3,5% de atenção do total de leis, seguido por Dilma com 3,8% de atenção e Michel Temer com 5,6%. Por outro lado, Jair Bolsonaro foi quem mais sancionou leis para a saúde com o total de atenção de 8,6%.

Em relação ao percentual de atenção das leis para saúde relacionada ao subcódigo de prevenção e promoção da saúde, o menor percentual vinculou-se a Luís Inácio Lula da Silva, 2,5% das leis à temática, seguido por Jair Bolsonaro com 3,5% e Michel Temer com 4,7%. Por outro lado, quem mais destinou atenção ao tema foi Dilma Rousseff com um percentual de 12,5%.

A tabela 6 apresenta as leis relacionadas a promoção da saúde no período analisado.

Tabela 6 – Leis relacionadas a promoção da saúde por período

Ano	Presidente	Nº da Lei	Ementa
2008	Luís Inácio Lula da Silva	11.664, de 29.4.2008	Prevenção e tratamento do câncer
2011	Dilma Rousseff	12.466, de 24.8.2011	Acrescenta na Lei Nº 8.080 o funcionamento dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.
2012	Dilma Rousseff	12.645, de 16.5.2012:	Institui o Dia Nacional de Segurança e de Saúde nas Escolas.
2013	Dilma Rousseff	12.864, de 24.9.2013 *:	Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde.
2014	Dilma Rousseff	12.982, de 28.5.2014	Altera a Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009, para determinar o provimento de alimentação escolar adequada aos alunos portadores de estado ou de condição de saúde específica.
2016	Dilma Rousseff	13.362, de 23.11.2016	Altera a Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, que "dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS
2017	Michel Temer	13.427, de 30.3.2017:	Altera o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para inserir, entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral.

2020	Jair Bolsonaro	Lei nº 13.980, de 11.3.2020	Altera a Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, que “dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS”, para garantir a realização de ultrassonografia mamária.
2021	Jair Bolsonaro	Lei nº 14.214, de 6.10.2021:	Institui o Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual; e altera a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006 , para determinar que as cestas básicas entregues no âmbito do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan) deverão conter como item essencial o absorvente higiênico feminino.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

Ao analisar a tabela 4 foi possível verificar que Luís Inácio Lula da Silva e Michel Temer promulgaram apenas uma (1) lei correlata ao subcódigo analisado, seguido por Jair Bolsonaro com duas (2) leis. Por outro lado, Dilma Rousseff teve cinco (5) leis promulgadas em seu mandato.

No governo de Dilma Rousseff, identificou-se que as ações estavam vinculadas à prevenção e promoção do câncer de mama, colo do útero e também relacionou a promoção da saúde na escola através de segurança alimentar.

Outra alteração diz respeito ao Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual e altera a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, para determinar que as cestas básicas entregues no âmbito do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan) deverão conter como item essencial o absorvente higiênico feminino. Essa alteração ocorreu no governo de Jair Bolsonaro.

Vale destacar que Dilma Rousseff promulga a lei nº 12.864, de 24 de novembro de 2013, que altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Essa alteração corrobora diretamente com as ações pautadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), visto que o incentivo às práticas corporais/atividade física faz parte dos temas prioritários da PNPS.

Outra lei que corrobora com a PNPS foi promulgada no governo de Michel Temer a Lei nº 13.427 de 2017 que tem o objetivo de combater todo tipo de violência contra mulher. Um dos temas prioritários retrata justamente o combate a violência. Por outro lado, não foi possível identificar leis que tratassem da promoção de alimentação saudável, combate ao uso de álcool e drogas como ações para propor promoção da saúde para toda população.

Para Malta et. al. (2018), as ações prioritárias da PNPS avançaram no decorrer desses 16 anos, principalmente ações voltadas a alimentação adequada e saudável, praticas corporais e atividade física, enfretamento ao tabagismo e enfretamento ao uso abusivo de álcool. Porém, mesmo com esses avanços, está longe de superar o modelo centrado na doença e na assistência médico hospitalar. As ações de promoção desenvolvidas, na sua maioria, não foram efetivadas a ponto de alterar o formato de produzir saúde e enfrentar os determinantes sociais e o processo de saúde-doença.

4.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA AGENDA ADMINISTRATIVA BRASILEIRA

Os dados da agenda administrativa foram organizados e analisados com base nos indicadores de atenção elencados na pesquisa. Inicialmente, apresentou-se os dados correlatos aos decretos presidenciais e conseqüentemente, os dados das peças orçamentárias, especificamente, os Planos Plurianuais (PPAs) e as Leis Orçamentárias Anuais (LOAs).

Ao levar em consideração a necessidade de relacionar os resultados encontrados com o contexto orçamentário optou-se pela apresentação das alocações da função Saúde e suas respectivas subfunções, a saber: Atenção Básica, Assistência hospitalar e ambulatoria, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Alimentação e Nutrição. De forma complementar, evidenciou-se os dados orçamentários por programas, ações e objetivos.

Nesta perspectiva foi possível identificar o ideário que permeia a promoção da saúde no campo administrativo dos presidentes e ao mesmo tempo, verificar a os decretos publicados e os valores alocados para as ações de promoção da saúde ao longo do tempo no que se refere ao tema investigado. A tabela 7 traz os números brutos dos decretos publicados em cada ano no periodo de análise dessa pesquisa.

Tabela -7 Dados Bruto da Atenção dada ao código saúde e subcódigo prevenção e promoção da saúde nos Decretos presidenciais de 2007-2022

Ano	Nº de decretos	Saúde	Prevenção e promoção da saúde
2007	330	6	1
2008	385	2	0
2009	338	8	0
2010	362	13	0
2011	240	14	0

2012	220	3	0
2013	297	4	0
2014	207	1	0
2015	245	2	0
2016	318	3	0
2017	310	3	0
2018	399	5	0
2019	537	4	2
2020	399	13	1
2021	332	5	0
2022	158	10	3
Total	5.077	96	7

Fonte: Elaborada pelo autor, 2022.

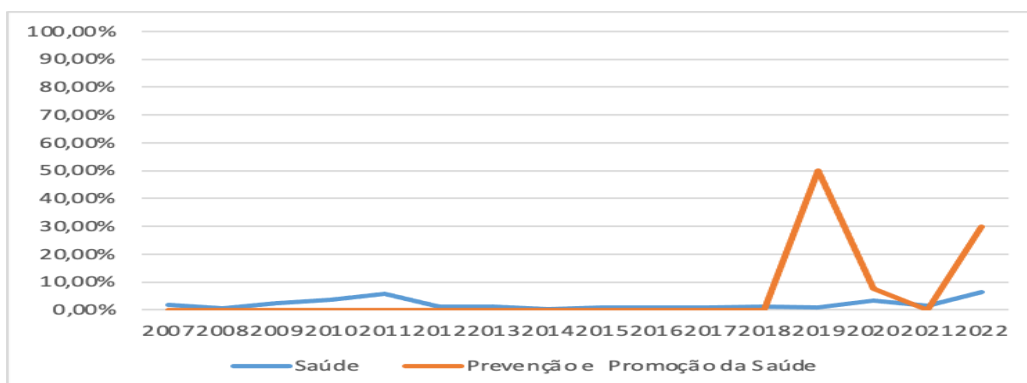
De acordo com a tabela acima, é possível identificar que o presidente com menor número de decretos publicados foi Michel Temer com setecentos e nove (709), seguido por Luís Inácio Lula da Silva com mil quatrocentos e quinze (1415) e Jair Bolsonaro que apresentou mil quatrocentos e vinte seis (1426). Dilma Rousseff foi quem mais publicou decretos, um total de mil quinhentos e vinte sete (1527).

No código saúde foi possível identificar que Michel Temer foi quem menos publicou decretos vinculado ao código saúde, com oito (8), seguido por Dilma Rousseff com vinte e sete (27) e Luís Inácio Lula da Silva com vinte e nove (29). Jair Bolsonaro foi quem mais publicou com trinta e dois decretos com código saúde.

Ao se tratar do subcódigo prevenção e promoção da saúde, foi possível identificar que Dilma Rousseff e Michel Temer não publicaram nenhum decreto vinculado ao subcódigo. Luís Inácio Lula da Silva publicou um (1) decreto e Jair Bolsonaro foi quem teve mais publicação com um total de seis (6).

Ao considerar o percentual de decretos publicados pelos presidentes o gráfico 6 traz a porcentagem por ano de cada gestor.

Gráfico- 6 o percentual de atenção dada a saúde e a prevenção e promoção da saúde nos decretos presidenciais



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

Ao analisar o gráfico acima, é possível identificar que o durante o período analisado Michel Temer foi quem menos deu atenção ao código saúde nos decretos publicados 1,1% foi destinado a saúde, seguido por Dilma Rousseff com 1,7% e Luís Inácio Lula da Silva com 2%. O presidente que mais deu atenção foi Jair Bolsonaro 2,2% de decretos vinculados ao código saúde.

Se tratando do subcódigo prevenção e promoção da saúde Dilma Rousseff e Michel Temer não publicaram nenhum decreto vinculado a temática. Luís Inácio Lula da Silva deu 3,4% de atenção dos decretos publicados em seu mandato. Por outro lado, Jair Bolsonaro foi o presidente que mais deu atenção com um percentual de 18,4%.

De acordo com os dados, é possível compreender que as ações voltadas a promoção da saúde ocorreram de forma incremental durante o período analisado, com pico de atenção no ano de 2019. Esse dado corrobora com a teoria de análise utilizada pela pesquisa que demonstra total incrementalismo com ruptura em determinado período. Como já mencionado na explanação da Teoria do Equilíbrio Pontuado, as mudanças podem ocorrer de forma incremental ou ocorrer rupturas seja ela pela inserção de novos atores, novas ideias e novos arranjos institucionais (Baumgartner e Jones 2015).

A seguir será apresentado os decretos que foram relacionados ao subcódigo prevenção e promoção da saúde.

Tabela-8 Decretos relacionados a promoção da saúde por período

Ano	Presidente	Nº do Decreto	Ementa
2007	Luís Inácio	6.286, de 5.12.2007	1-Institui o PSE
2019	Jair Bolsonaro	Decreto nº 9.795, de 17. 5.2019 Decreto nº 9.816, de 31. 5.2019	Criação do Departamento de PS. Altera o decreto nº 9.798 de 17/05/2019
2020	Jair Bolsonaro	DECRETO Nº 10.477, DE 27 DE AGOSTO DE 2020.	Altera o Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, e remaneja cargas em comissão.

2022	Jair Bolsonaro	Decreto nº 11.126, de 8.7.2022	Altera o Decreto nº 11.098, de 20 de junho de 2022, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança.
		Decreto nº 11.098, de 20.6.2022	Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança.
		Decreto nº 10.989, de 8.3.2022	Regulamenta a Lei nº 14.214, de 6 de outubro de 2021, que institui o Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

Ao analisar a tabela 8, foi possível verificar que Dilma Rousseff e Michel Temer não publicaram nenhum decreto que diz respeito ao subcódigo prevenção e promoção da saúde. Luís Inácio Lula da Silva publicou um (1) decreto vinculado ao subcódigo analisado, o presidente que mais publicou decreto foi Jair Bolsonaro com um total de cinco (5) decretos publicados até a data da coleta.

Luís Inácio Lula da Silva publicou o decreto 6.286, de 5.12.2007 que está associado ao Programa Saúde na Escola que tem como objetivo trabalhar de forma interdisciplinar através de ações que corroborem com a melhoria da qualidade de vida e saúde das crianças e jovens da rede pública de ensino.

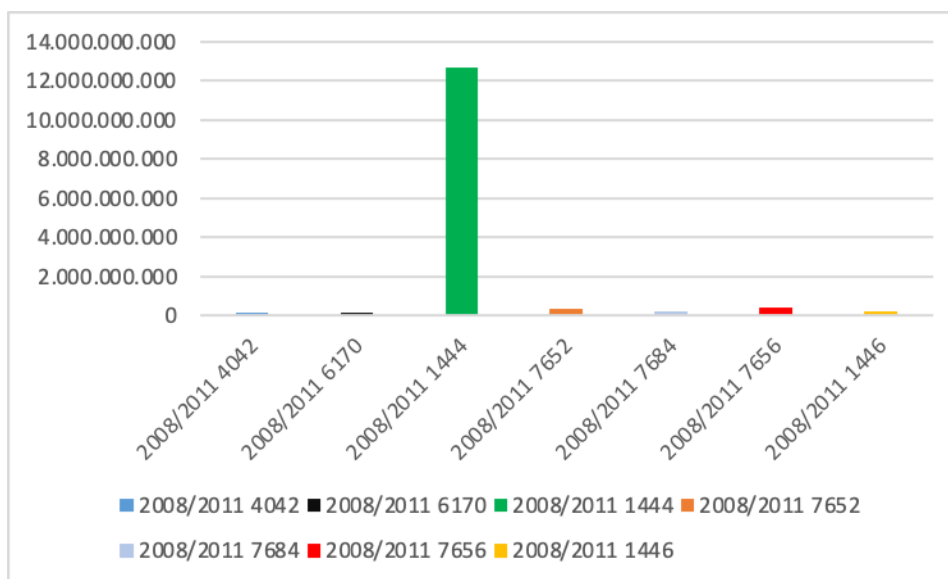
Jair Bolsonaro publicou o decreto nº 9.795, de 17. 5.2019 que trata sobre criação de cargos dentro do Ministério da Saúde, dentre esses cargos foi criado o Departamento de Promoção da Saúde, cujo o objetivo principal é fortalecer as ações vinculadas a Política Nacional de Promoção da Saúde. Dentre os temas prioritários trabalhados estão: práticas corporais/ atividade física, alimentação e nutrição e o combate e prevenção das doenças crônicas e controle do tabagismo.

Depois da apresentação dos dados encontrados dos atos normativos pelos presidentes, será apresentado os dados do Plano Plurianual (PPA) dos presidentes. De acordo com o período da pesquisa, foi analisado os PPAs de 2008-2011, 2012-2015, 2016-2019 e 2020-2023.

De acordo com a análise dos PPAs não foi encontrado planejamento de ações que fosse vinculado a programas e ações para prevenção e promoção da saúde no PPA de 2012-2015, 2016-2019 e 2020-2023. Por outro lado, foi possível identificar no PPA de 2008-2011. O gráfico 7 apresenta os programas e ações que foram planejadas

no governo de Luís Inácio Lula da Silva.

Gráfico 7 - A promoção da saúde no plano plurianual 2008-2011 presidencial



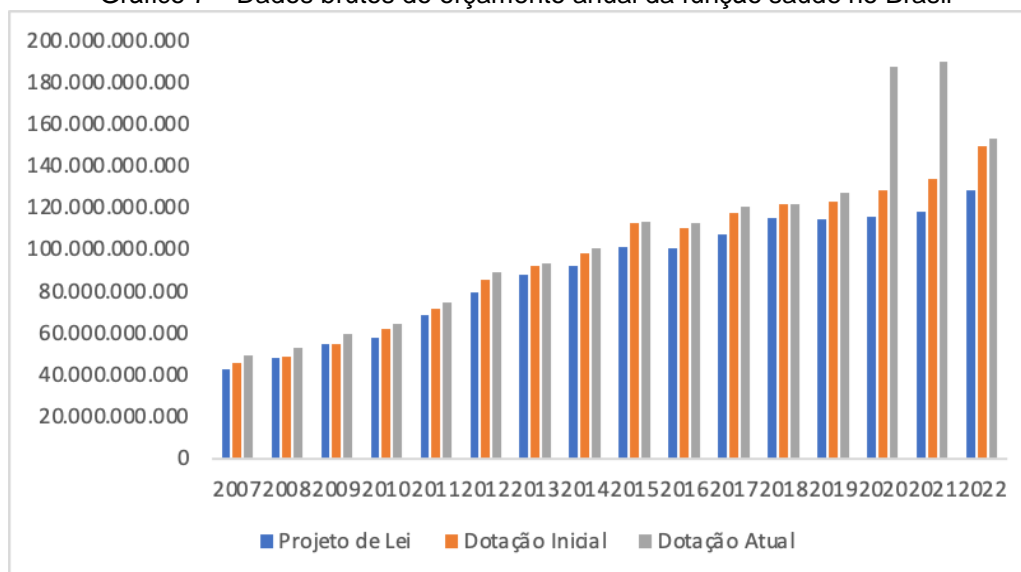
Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

O gráfico acima apresenta os dados obtido através da análise do PPA de 2008-2011, no qual identificou-se que o programa com menor alocação orçamentário foi o 6170 Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças, seguido pelo 4042 Capacitação para Promoção da Saúde na Escola, 7684 Saneamento Básico Indígena, 1446 Implementação da Política de Promoção da Saúde, 7652 Implantação de Melhorias Sanitárias, 7656 Saneamento Rural. Por outro lado, o maior investimento para prevenção e promoção da saúde foi planejado para o programa 1444 Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravo.

De acordo com essa análise, foi possível perceber que grande parte do orçamento foi direcionado para as ações de saneamento básico através do programa de Vigilância, Prevenção e Promoção e Controle de Doenças e Agravos. Segundo Texeira et. al. (2018), os valores alocados para vigilância sanitária ainda estão muito a quem, pois o maior volume de recurso ainda é destinado a assistência com o modelo medico assistencialista e não investidos na prevenção das doenças e agravos.

Em relação aos dados das LOAs, o gráfico apresenta os dados do orçamento anual da função saúde no Brasil no que se refere ao período de 2007 a 2022. Nesta perspectiva, pode-se observar os valores alocados nos projetos de leis orçamentárias anuais bem como a dotação inicial e atualizada.

Gráfico 7 – Dados brutos do orçamento anual da função saúde no Brasil



Fonte: SIOP. Gráfico elaborado pelo autor, 2022.

De acordo com o gráfico 7 é possível identificar um aumento na alocação orçamentária da função saúde ao longo do período investigado. Ao mesmo tempo, observa-se um aumento do valor alocado no projeto de lei em relação as dotações inicial e final em cada ano.

Vale ressaltar que a Emenda Constitucional 29 de 13 de setembro de 2000 estabeleceu-se novas regras para a progressiva provisão de recursos às ações e serviços públicos de saúde. Até então, só a área da Educação recebia o valor de 18% das receitas da União e 25% dos Estados e municípios. Com a EC-29 o repasse aplicado passou a ser de 12% para os Estados e Distrito Federal e municípios e 15% para os municípios.

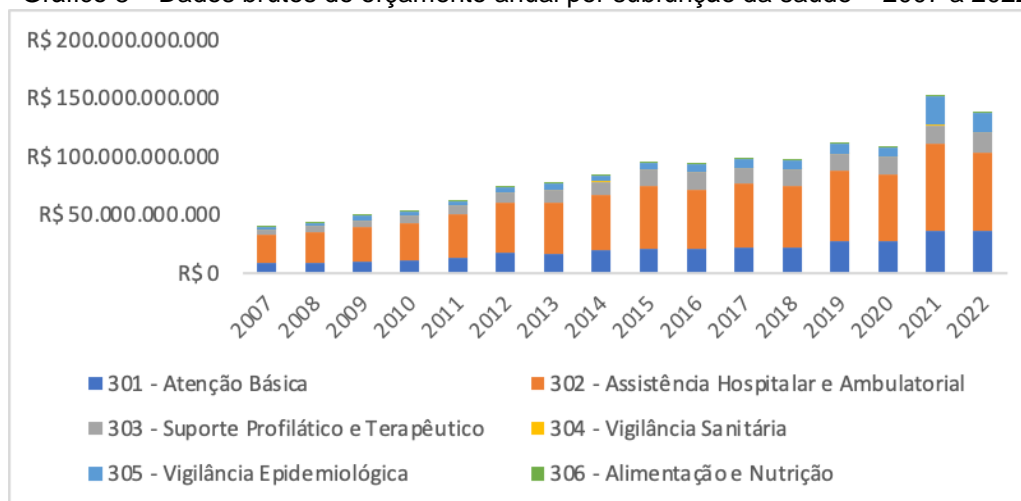
O ano de 2007 representou o período com menor alocação orçamentária para saúde. Por outro lado, identificou-se um aumento exponencial para o setor nas LOAs de 2020 e 2021. Vale considerar que o valor alocado em 2007 correspondeu a R\$ 40 bilhões enquanto o valor de 2020 totalizou mais de R\$ 180 bilhões alocados. Contudo, torna-se possível relacionar o aumento do orçamento da saúde com o evento focalizador Pandemia Covid-19.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) foi notificada em 31 de dezembro de 2019, sobre casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na China, com suspeita de serem provocados por uma nova cepa de Cononavírus. No dia 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que se tratava de um novo vírus, recebendo o nome de SARS-CoV-2. Ainda no mês de janeiro a OMS declara alerta de emergência de Saúde Pública, com o avanço rápido do vírus pelo mundo, em 11 de março foi

classificado oficialmente pela OMS com pandemia. Dessa forma, os gastos com imunizantes e com assistência aumentaram consideravelmente, no qual é percebido no valor alocado nos anos de 2020 e 2021. Sendo assim a atenção ao código Saúde nos orçamentos anuais ocorre de forma incremental. Para Baumgartner e Jones (1993; 2005) o equilíbrio nas subfunções políticas mostram fortes coalizões que não permitem espaço para entrada ou saída de novos atores nos subsistemas, elaborando políticas rígidas e bem delineada. Por outro lado, identificou-se uma ruptura em 2020 e 2021, com elevado valor em comparação aos anos anteriores.

No que diz respeito as subfunções da saúde, o gráfico 8 evidencia a síntese dos orçamentos anuais alocados por temática.

Gráfico 8 – Dados brutos do orçamento anual por subfunção da saúde – 2007 a 2022

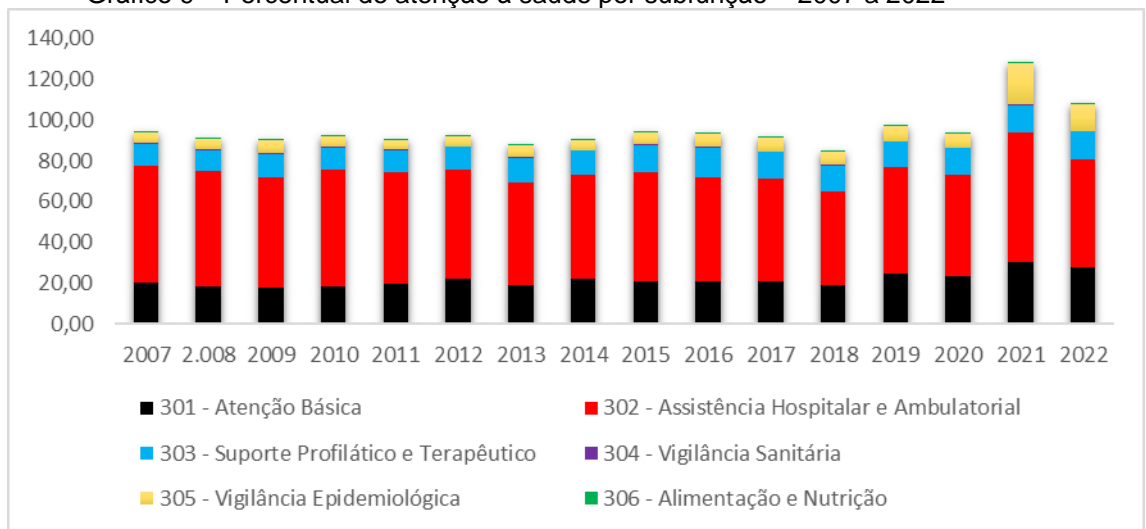


Fonte: SIOP. Gráfico elaborado pelo autor, 2022.

Esse gráfico apresenta nitidamente que a subfunção que teve menos atenção foi o Suporte Profilático seguida pela vigilância epidemiológica e atenção básica. Por outro lado, a maior concentração dos recursos alocados foi direcionada a assistência hospitalar e ambulatorial.

Esse dado corrobora com os pressupostos elencados por Malta et. al. (2018), o qual assinala que os gastos públicos com a saúde ainda são com a medicina assistencialista ao invés de ser com a medicina preventiva. Para Baumgartner e Jones (1993), os momentos de equilíbrio nos subsistemas de políticas mostram fortes coalizões que não permitem a entrada ou a saída de novas ideias nos subsistemas, formando assim, construções rígidas e bem delineadas sobre a imagens de políticas.

Gráfico 9 – Percentual de atenção à saúde por subfunção – 2007 a 2022

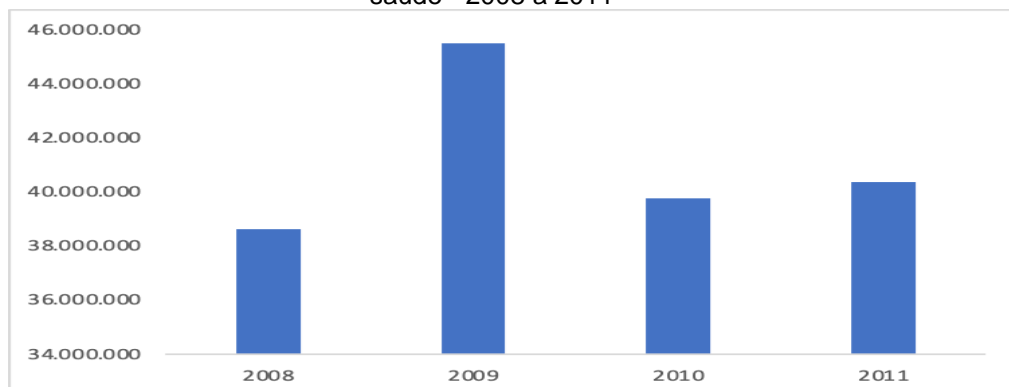


Fonte: SIOP (2022). Gráfico elaborado pelo autor.

Ao analisar o gráfico acima, foi possível identificar que a subfunção Alimentação e Nutrição e Vigilância Sanitária foram as subfunções com menor percentual de atenção, seguido pela Vigilância Epidemiológica e Suporte Profilático e Terapêutico. Por outro lado, as duas subfunções com maior percentual de atenção foi atenção básica e Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Em relação ao período de análise, foi possível identificar que os maiores valores alocados ocorreram nos anos de 2021 e 2022, esse aumento de alocação, pode estar ligado a evento da Pandemia da COVID-19.

No que se refere ao orçamento vinculado aos programas correlatos ao subcódigo Prevenção e Promoção da Saúde identificou-se duas pautas: o Programa de Implementação da Política Nacional da Promoção da Saúde e Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos. O gráfico 10 apresenta os dados brutos do programa de Implementação da PNPS.

Gráfico 10- Dados brutos do orçamento para o programa implementação da política de promoção da saúde - 2008 a 2011

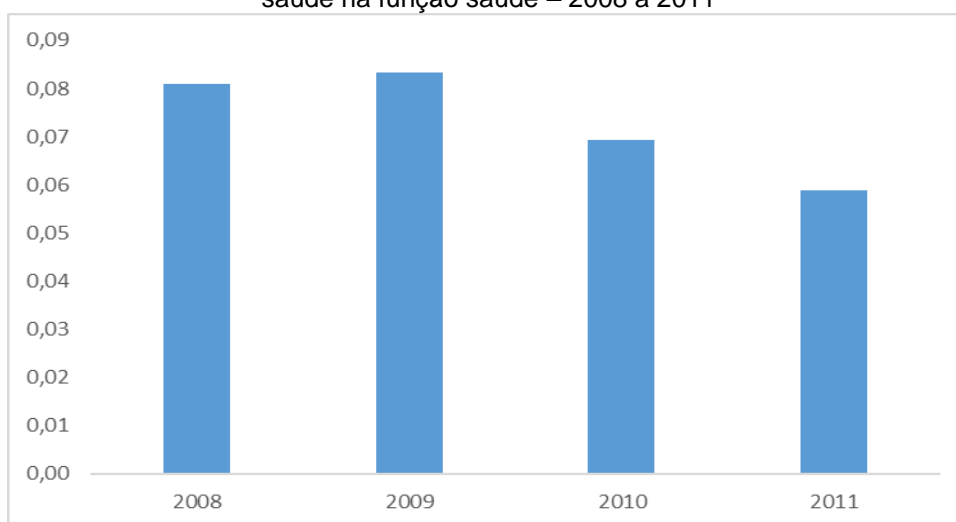


Fonte: SIOP. Gráfico elaborado pelo autor, 2022.

O gráfico 10 menciona a alocação dos recursos para o programa de implementação da PNPS. Desta forma, torna-se possível verificar alocações orçamentárias para o referido programa no período de 2008 a 2011. Em 2008, alocou-se o menor valor para o programa e o ano subsequente apresentou o maior volume de recursos alocados para implementação do programa. Em 2010 ocorreu uma diminuição da alocação e voltou a subir no ano de 2011. Por outro lado, não foi identificada alocação orçamentária para este programa no período de 2013 a 2022.

Agora será apresentado o percentual de atenção ao Programa de Implementação da PNPS por subfunção

Gráfico 11 – Percentual de atenção ao programa de implementação da política de promoção da saúde na função saúde – 2008 a 2011

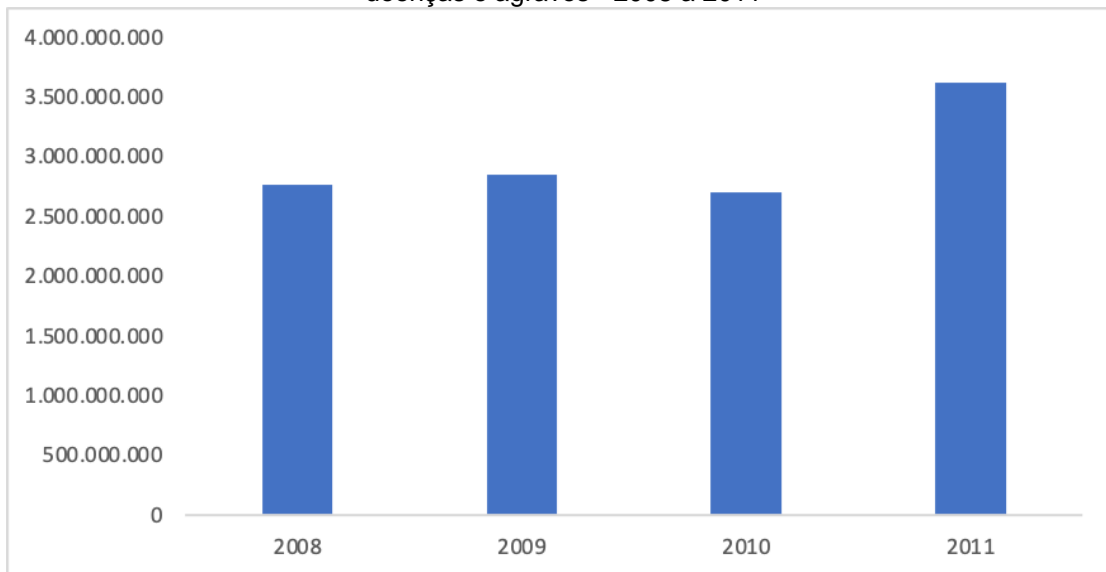


Fonte: SIOP. Gráfico elaborado pelo autor, 2022.

O gráfico acima apresenta o percentual destinado ao programa de implementação da PNPS. Foi identificado que o ano com menor percentual alocado foi em 2011, seguido pelos anos de 2010 e 2008. Como aconteceu na alocação para o programa em 2009, foi possível constatar que em 2009 também foi o ano com o maior percentual de alocação para o programa em questão.

Agora será apresentado os dados brutos do orçamento alocado para o programa Vigilância, prevenção e Controle de Doenças e Agravos no gráfico 12

Gráfico 12 - Dados brutos do orçamento para o programa Vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos - 2008 a 2011



Fonte: SIOP. Gráfico elaborado pelo autor, 2022.

Em relação ao programa de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos identificou-se alocações orçamentárias no período de 2008 a 2011, sendo verificado que o menor ano com alocação orçamentária, ocorreu em 2010, seguido pelos anos de 2008 e 2009. Por outro lado, o ano de 2011 foi o que teve maior alocação orçamentária.

O gráfico 13 apresenta a alocação orçamentária do programa supracitado dividida com base na distribuição dos recursos financeiros por subfunções. A subfunção que teve menor alocação orçamentária foi o Suporte Profilático e Terapêutico, seguido pela Administração do Programa, Cooperação Internacional, Comunicação Social e Assistência Hospitalar. A maior alocação orçamentária foi destinada a vigilância epidemiológica com um valor de 12 bilhões nos anos de 2008 a 2011.

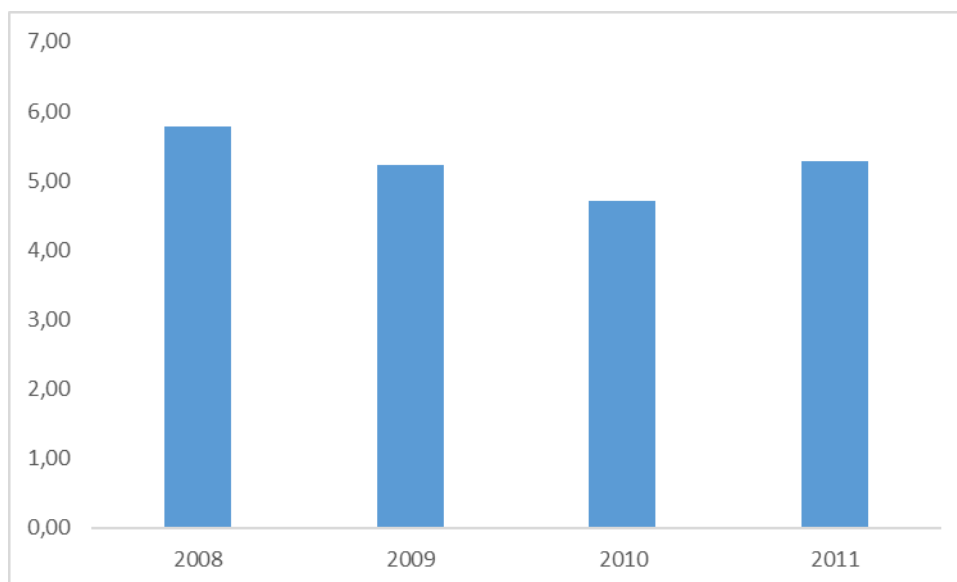
Gráfico 13 - Dados brutos do orçamento para o programa Vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos por subfunção - 2008 a 2011



Fonte: SIOP. Gráfico elaborado pelo autor, 2022.

Depois de analisar o os dados brutos do orçamento por subfunção do programa, será apresentado o percentual de atenção ao programa Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos no gráfico 14.

Gráfico 14 – Percentual de atenção ao programa vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos na função saúde – 2008 a 2011

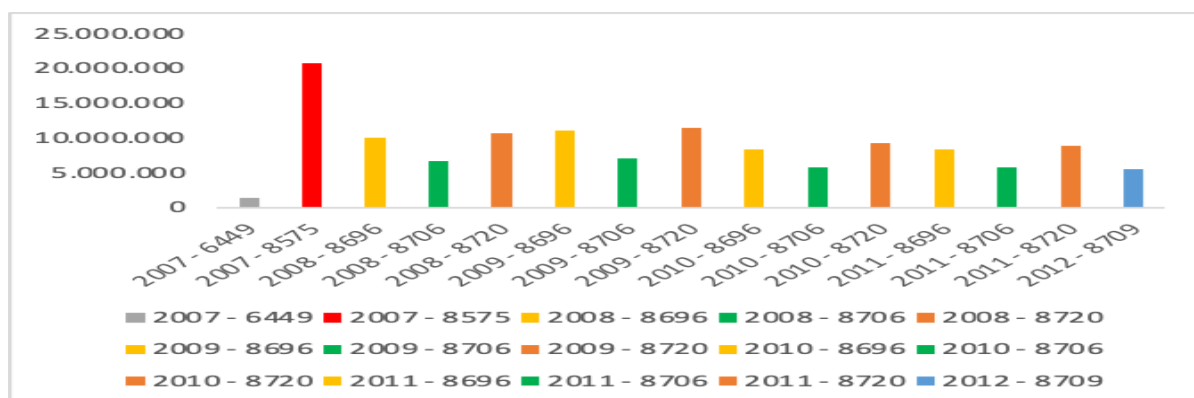


Fonte: SIOP. Gráfico elaborado pelo autor, 2022.

De acordo com a análise realizada no gráfico 14, identificou-se que o menor percentual alocado ocorreu no ano de 2010, seguido por 2009 e 2011. Por outro lado, o maior percentual destinado ao programa ocorreu no ano de 2008. Vale salientar que não foi identificado alocação nos anos de 2013 a 2022.

O gráfico 15 apresenta a variação dos recursos alocados ao programa Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde pelas seis ações desenvolvidas pela política em questão no período analisado

Gráfico 15 - Dados brutos do orçamento para o programa implementação da política nacional de promoção da saúde por ação - 2007 a 2012



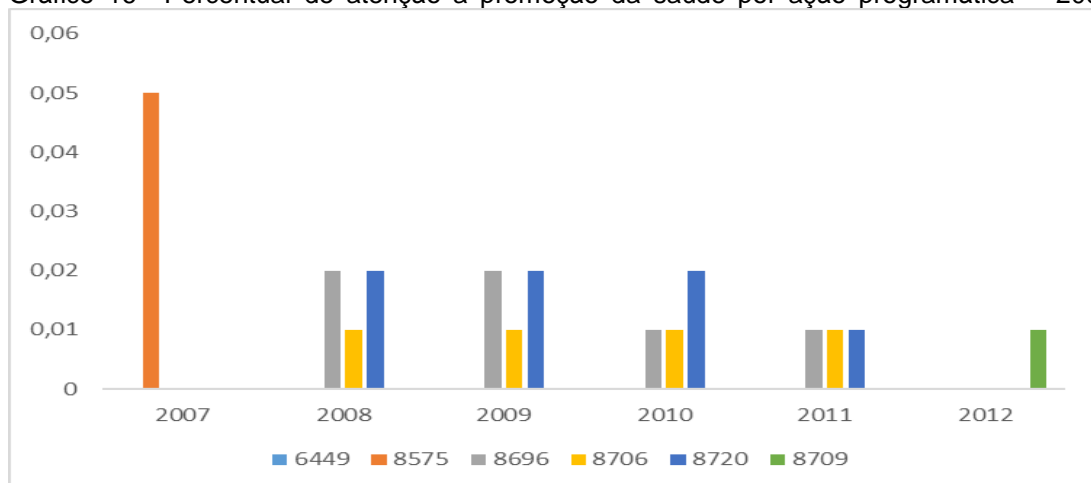
Fonte: SIOP. Gráfico elaborado pelo autor, 2022.

Como pode ser identificado no período entre 2013 e 2022 não foi identificado valores alocados para o programa em questão. Por outro lado, foi identificado alocação no período de 2007 a 2012. Como pode ser visto no gráfico a ação que menos recebeu alocação foi Promoção de Hábitos Saudáveis para Prevenção da Obesidade e Doenças Crônicas com R\$ 1.400.000, seguido pela Promoção da Equidade em Saúde de Populações em Condições de Vulnerabilidade em 2012 com R\$ 5.500.000, Prevenção e Detecção Precoce das Doenças não Transmissíveis com o valor alocado de R\$ 20.700.000, Prevenção e Controle do Tabagismo com orçamento alocado de R\$ 28.717.106, o incentivo as Práticas Corporais e Atividade Física obteve o valor alocado de R\$ 37.779.716. Por fim, a ação que recebeu mais recurso no Programa de Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde foi Saúde Ambiental, no qual foi alocado o montante de R\$ 40.342.398.

Teve ações de implementação da política nacional de promoção da saúde que só foi alocado recurso em apenas um ano, como foi o caso da promoção de hábitos saudáveis para prevenção da obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis que só apareceu no ano de 2007, outra ação que só teve uma única alocação foi a promoção da equidade em saúde de populações em condições de vulnerabilidade no ano de 2012, por fim a Prevenção e Detecção precoce das doenças não transmissíveis que só foi alocado recurso em 2007. As outras três ações foram recorrentes nos anos de 2008 a 2011, não sendo alocados recursos nos anos de 2007 e 2012.

Ao se tratar do percentual de atenção de acordo a ação programática no período de 2007 a 2022 o gráfico 16 apresenta esse percentual os anos analisados.

Gráfico 16– Percentual de atenção a promoção da saúde por ação programática – 2007 a 2022



Fonte: SIOP (2022). Gráfico elaborado pelo autor.

Foi possível identificar que no ano de 2007 só ocorreu alocação para a ação 6449-Promoção de Hábitos Saudáveis para Prevenção da Obesidade e das Doenças Crônicas não Transmissíveis com um percentual de 0,05%, como também só houve alocação orçamentária para o programa 8709-Promoção da Equidade em Saúde de Populações em Condições de Vulnerabilidade com um percentual de 0,01%. Vale destacar que os percentuais alocados para os programas 8706- Prevenção e Controle do Tabagismo, 8720- Saúde Ambiental e 8696-Praticas Corporais e Atividade Física, aconteceram nos anos de 2008 a 2011. As ações obtiveram praticamente o mesmo percentual de atenção com 0,02% nos anos de 2008 e 2009. Por outro lado, em 2010 houve um maior percentual para Saúde Ambiental que manteve 0,02%, enquanto as outras duas ações obtiveram um percentual de 0,01%. Em 2011 todos os três programas obtiveram um percentual de 0,01%.

A tabela 9 a seguir apresenta a alocação orçamentária para os objetivos de prevenção e promoção da saúde no período de 2012 a 2022.

Tabela 9 – Dados brutos do orçamento anual da prevenção e promoção da saúde por objetivo – 2012 a 2022 – em R\$

Ano	Objetivo	Alocação
2012	0714 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde	4.802.327.000
2012	0715 - Promover atenção integral à saúde da mulher e criança	257.000.000
2012	0719 - Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa	10.000.000
2012	0962 - Promover a atenção à saúde dos povos indígenas	690.650.000
2012	0293 - Promover a segurança e saúde no trabalho	10.448.000
2013	0714 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde	3.337.118.431
2013	0715 - Promover atenção integral à saúde da mulher e criança	328.150.000
2013	0719 - Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa	208.389.000
2013	0962 - Promover a atenção à saúde dos povos indígenas	920.000.000
2014	0714 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde	5.106.498.000
2014	0715 - Promover atenção integral à saúde da mulher e criança	311.050.000
2014	0719 - Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa	103.000.000
2014	0962 - Promover a atenção à saúde dos povos indígenas	1.093.000.000
2015	0714 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde	6.254.300.000
2015	0715 - Promover atenção integral à saúde da mulher	277.600.000
2015	0719 - Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa	119.100.000
2015	0962 - Promover a atenção à saúde dos povos indígenas	1.390.000.000
2016	0714 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde	6.107.400.000
2016	0962 - Promover a atenção à saúde dos povos indígenas	1.510.000.000

2017	0714 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde	6.842.550.000
2017	0962 - Promover a atenção à saúde dos povos indígenas	1.450.000.000
2018	0714 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde	7.728.044.000
2018	0962 - Promover a atenção à saúde dos povos indígenas	1.380.000.000
2019	0714 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde	8.170.350.000
2019	0962 - Promover a atenção à saúde dos povos indígenas	1.406.000.000
2020	1241 - Fortalecer a proteção, promoção e recuperação da Saúde	1.425.000.000
2021	1241 - Fortalecer a proteção, promoção e recuperação da Saúde	1.485.000.000
2022	1241 - Fortalecer a proteção, promoção e recuperação da Saúde	1.629.000.000

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

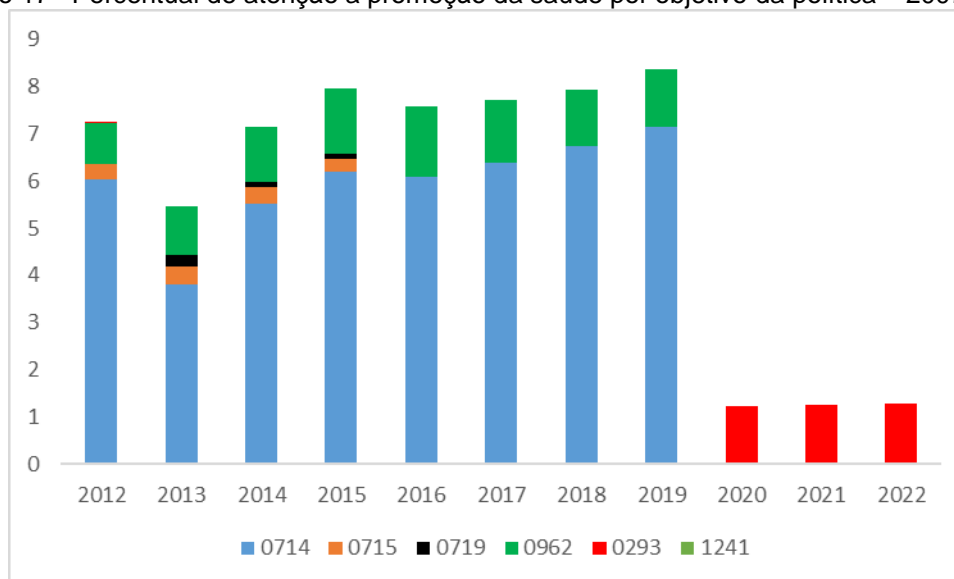
De acordo com a tabela 9 é possível identificar os objetivos com menores recorrências na agenda administrativa, a saber: 0293 - promoção da segurança e saúde no trabalho; 0715 - promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança; 0719 - garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa. Por outro lado, os objetivos com maiores recorrências na agenda administrativa foram: 1241 - o fortalecimento da proteção, promoção e recuperação da Saúde; 0962-promoção da atenção à saúde dos povos indígenas; 0714 - prevenção de riscos e agravos à saúde da população.

Em relação ao quantitativo de valores dos recursos financeiros alocados observou-se que os anos com menores alocações orçamentárias foram 2020 e 2021 com uma média anual de R\$ 1,4 milhões. Por outro lado, o ano que teve maior alocação foi 2019 com um total de R\$ 9,5 milhões. Vale destacar que Jair Bolsonaro em seu primeiro ano de mandato, alocou o maior quantitativo de recurso para os objetivos da prevenção e promoção da saúde. Por outro lado, Jair Bolsonaro diminuiu significativamente a alocação orçamentária nos anos seguintes de 2020 e 2021.

Segundo Saldivas e Vera (2018), o financiamento do SUS no Brasil vem passando por oscilações nos últimos anos com um valor em média de 8% do PIB. Comparando com os países que oferecem acesso universal à saúde de boa qualidade como Canadá investe de 10,4% do PIB e Reino Unido 9,9% do PIB. Isso demonstra um baixo investimento pelo Brasil na saúde, além disso, identifica-se que os valores destinados a assistência é muito alto em relação a prevenção e promoção da saúde.

No entanto, em uma análise mais apurada indica que o cenário é mais complexo do que se imagina. Pode-se gastar valores maiores do PIB com o financiamento do sistema de saúde, porém isso não garantirá melhores condições de saúde (OMS, 2015). Países que investem o valor maior que o Brasil na saúde, Libéria (15,2% do PIB), Serra Leoa (18,3% PIB), Estados Unidos da América (16,8% do PIB). Mesmo com esses valores investidos, segundo Saldivas e Vera (2018), quando comparado esses países com o Canadá e Reino Unido nenhum desses países apresentam equidade de acesso à saúde, visto que o valor investido é menor.

Gráfico 17– Percentual de atenção a promoção da saúde por objetivo da política – 2007 a 2022



Fonte: SIOP (2022). Gráfico elaborado pelo autor.

Ao analisar o percentual de atenção a promoção da saúde por objetivo, foi possível identificar que a ação 0293 - Promover a segurança e saúde no trabalho foi a que teve menor percentual de atenção de acordo aos anos analisados, seguido pela ação 0719 - Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa, pelo 0715 - Promover atenção integral à saúde da mulher e criança, 0962 - Promover a atenção à saúde dos povos indígenas e a ação 1241 – Fortalecer a proteção, promoção e prevenção da saúde. Por outro lado, a ação 0714 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde foi quem obteve maior percentual de atenção no período de 2012 a 2019. Vale destacar que essa ação não aparece nos anos de 2020 a 2022.

5. Resultados

- 1- A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA AGENDA RETÓRICA PRESIDENCIAL BRASILEIRA (2006-2022). Artigo Enviado para Revista de Saúde Coletiva. <http://revistasaudecoletiva.com.br>

- 2- A ATENÇÃO DADA À PROMOÇÃO DA SAÚDE NA AGENDA LEGISLATIVA DO PODER EXECUTIVO FEDERAL (2006-2022). Artigo enviado a Revista Gestão & Saúde (ISSN 1982-4785). <https://www.periodicos.unb.br>.

6. Considerações finais

Ao analisar o processo de formação da agenda para a promoção da saúde no contexto nacional com base na aplicação da Teoria do Equilíbrio Pontuado inaugurou-se uma nova trajetória para os estudos das políticas públicas de promoção da saúde no cenário brasileiro, considerando-se o desenvolvimento de estudos longitudinais acerca da dinâmica supracitada.

A perspectiva incremental da ausência da promoção da saúde se consolida na agenda retórica presidencial, ao levar em consideração os planos de governo, discursos de posse e mensagens presidenciais analisadas. Apesar da irrelevância do tema nesses discursos, pode-se concluir que o contexto pandêmico provocou uma pequena convergência de atenção para o tema com base na premissa da inserção de profissionais de Educação Física nas Academias da Saúde como mecanismo de promoção da saúde.

As mensagens elaboradas pelo Poder Executivo e enviadas ao Congresso Nacional apresentaram momentos de estabilidade ao longo do tempo. Comparativamente, a recorrência do tema nesse indicador em relação aos discursos de posse denota uma maior atenção ao tema. Nota-se, portanto, que a construção da imagem da política com base no acesso aos medicamentos encontra-se enraizada na percepção de alguns atores políticos. Por outro lado, a inserção de ideias relacionadas a hábitos de vida saudáveis para melhoria da qualidade de vida endossou a conexão dessas ideias com a perspectiva global da promoção da saúde.

A articulação intersetorial foi recorrente no delineamento de pautas para o setor desde a vinculação com a área educacional até a proposta de relação com a política de Esporte e Juventude. Neste sentido, concluiu-se que a agenda retórica para a promoção da saúde no contexto nacional se apresenta de forma ambígua.

A baixa produção legislativa para o tema pormenorizou a atenção nos projetos de lei elaborados pelo Poder Executivo. Contudo, essa produção baseada nas mudanças de atenção por parte dos atores e instituições provocaram alterações significativas. A pauta recorrente na atenção sobre tais políticas refere-se ao dispositivo legal que regulamenta ações de tratamento e prevenção ao câncer em 2008, 2016 e 2020. Na sequência, a regulação do funcionamento dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde se apresenta como um elemento a ser

destacado bem como o reconhecimento da atividade física como fator determinante e condicionante da saúde.

Paralelamente, o processo de criação de uma organização administrativa responsável pelo desenvolvimento da política pública em questão condicionou modificações no aparato institucional federal. Desta forma, pode-se considerar a criação do Departamento de Promoção da Saúde como um marco temporal para o setor. Um ponto a ser destacado refere-se ao evento focalizador Pandemia Covid-19. Esse acontecimento redimensionou a atenção dos formuladores de política em relação ao tema e conseqüentemente, provocou alterações na agenda presidencial.

Logo, acredita-se que a agenda legislativa promoveu a reposição do papel estatal frente ao apoio e fomento da promoção da saúde. Os ajustes realizados por meio de atos normativos produzidos, nesse período, constituíram momentos de ruptura na política abordada. Os decretos evidenciaram o processo de regulamentação dos regimentos das políticas de prevenção e promoção da saúde bem como, a promoção da saúde menstrual.

Em relação a dinâmica orçamentária identificou-se pontos de inflexão no processo de alocação anual de recursos financeiros para o tema. Para melhor compreensão dos motivos que ocasionaram a elevação da atenção no orçamento anual, aprofundou-se a análise sobre esses períodos por meio do exame dos elementos constituintes da dinâmica orçamentária.

O planejamento orçamentário para promoção da saúde foi delineado com base em dois programas: programa de implementação da PNPS e o programa de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos. A ampliação substancial da alocação orçamentária e a diversificação de pautas nas diversas unidades administrativas que compuseram a administração pública ocasionou a elevação dos níveis de atenção sobre a saúde na agenda administrativa presidencial. Por outro lado, na atenção dada a promoção da saúde identificou-se a fragilidade do tema em relação as demais políticas setoriais. Nas subfunções vinculadas a saúde, os maiores percentuais corresponderam a assistência hospitalar e ambulatorial em detrimento ao aumento de ações relacionadas a vigilância epidemiológica, locus de fomento da promoção da saúde. Vale salientar, que as maiores alocações orçamentária foram direcionadas a assistência hospitalar e ambulatorial. Desta

forma, conclui-se que a saúde no Brasil está relacionada a medicina assistencialista centrado na doença e não na prevenção e promoção da saúde.

No que se refere ao conteúdo da política, essas peças orçamentárias apresentaram, em alguns momentos, alternâncias em relação a imagem de política delineada na agenda retórica, tais como, a ideia do fomento de hábitos de vida saudáveis como narrativa política e a baixa alocação orçamentária para o setor. Além disso, a ideia da implantação de redes de esgoto e o tratamento de água consolidaram o saneamento básico como pauta prioritária da promoção da saúde na agenda administrativa.

A análise da dinâmica das políticas de promoção da saúde no contexto brasileiro evidenciou momentos de estabilidade, com alguns desequilíbrios ao longo do tempo. Sendo assim, pode-se concluir que as categorias analíticas mobilizadas permitiram a sistematização e investigação das agendas retórica, legislativa e administrativa, que apontaram a ação incremental do processo de produção da política pública de promoção da saúde na agenda presidencial brasileira, confirmando assim, a hipótese delineada na pesquisa.

Por fim, acredita-se que o conhecimento produzido possa colaborar com o complexo processo de formação da agenda para promoção da saúde por meio da oferta de evidências científicas para a tomada de decisão política no contexto nacional.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo (LA Reto, & A. Pinheiro, Trad.)** Lisboa: Edições 70. Publicação original, 1977.

BAUMGARTNER, F. R.; JONES, B. D. **Agendas and Instability in American Politics**. Chicago, University of Chicago Press, 1993.

BAUMGARTNER, F. R.; JONES, B. D. **The politics of information: Problem definition and the course of public policy in America**. Chicago, IL: University of Chicago Press. 2015.

BEVAN, S.; PALAU, A. M. **The comparative agendas project in Latin America: data and coding**. Revista de Administração Pública, v. 54, p. 1526-1545, 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Congresso Nacional**, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Previdência e Assistência Social. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde**. Brasília: MS; 1986.

BRASIL. **Lei 8080** de 19 de setembro de 1990, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do **SUS**.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). **As cartas de promoção à saúde**. Brasília: O Ministério; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde. Documento para Discussão**. Brasília: MS; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. **A Vigilância, o Controle e a Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. DCNT no Contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Situação e Desafios. Brasília: MS; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria do Gabinete do Ministro nº 1.409, de 13 de junho de 2007. **Institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde**. Diário Oficial da União 2007.

BRASIL. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. **Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria 2.684, de 14 de novembro de 2013. **Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos e de custeio no âmbito do Programa Academia da Saúde e os critérios de similaridade entre Programas em**

desenvolvimento no Distrito Federal ou no Município e o Programa Academia da Saúde. Diário Oficial da União 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Brasília, 2014. Disponível em: Ministério da Saúde (saude.gov.br)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde- PNPS. Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, F. G., CAPELLA, A, C. **Agenda governamental brasileira: uma análise da capacidade e diversidades em políticas públicas no período de 2013 a 2014.** Cadernos Gestão Pública e Cidadania | São Paulo | v. 24 | n. 78 | 1-22 | e-76950 | 2019.

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e da saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina.** Promoção da saúde e saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. 1998. 178-178.

BUENO, R.E.; MOYSÉS, S.T.; BUENO, P.A.R. **Diálogos intersetoriais: pontes estabelecidas na revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde.** Diversa, Matinhos, v. 10, n. 2, p. 51-59, jul. /dez. 2017. BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde na infância e adolescência. Rev. Brasil. Saúde Materno. Infantil, Recife, v. 1, n. 3, p. 279-282, set./dez. 2001.

BUSS, P. M. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde.** In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BUSS P. **Enfoques prioritários em saúde pública.** In: Organización Panamericana de la Salud. Desafíos para la educación en salud pública, la reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública. Washington: OPS; 2000.

BUSS P. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde.** In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

BUSS, P, Hartz, Z, PINTO, L. F., ROCHA, C.M.F. **Promoção da saúde e qualidade de vida: Uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020).** Cien Saude Colet [periódico na internet] (2020/Mai). [Citado em 24/07/2022]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/promocao-da-saude-e->

[qualidade-de-vida-uma-perspectiva-historica-ao-longo-dos-ultimos-40-anos
19802020/17595?id=17595&id=17595](https://doi.org/10.1590/19802020/17595?id=17595&id=17595)

CHARQUÉS-BONAFONT, L.; PALAU, A. M.; BAUMGARTNER, F. R. **Agenda Dynamics in Spain**. Hampshire/New York: Paurgrave e Macmillan, 2015.

CALMON, P. C. D. P. COSTA, M. M. da. **Análise de Políticas Públicas no Brasil: Estudos Sobre a Formação da Agenda Governamental**. XXXI Encontro da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração- ANPAD. Rio de Janeiro-RJ, 22 a 26 de set. 2007.

CAMPONOGARA S., KIRCHHOF, A.L.C., RAMOS F.R.S. **Perspectivas para a qualidade de vida e a promoção da saúde no contexto da sociedade de risco**. *Ciência Cuidado Saúde*. 2008; 7(4):551-7.

CAMPOS G.W., BARROS RB, CASTRO A.M. **AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. BRASÍLIA**, 2004. *Ciências saúde coletiva* 2004; 9(3):745-749.

CAPELLA, A. C. N. "Agenda-Setting". In Di Giovanni, Geraldo; Nogueira, Marco Aurélio. (orgs.). **Dicionário de Políticas Públicas**. São Paulo: FUNDAP/Imprensa Oficial, 2013 (pp. 70-74).

CAPELLA, A. C. N. **Perspectiva teórica sobre o processo de formulação de políticas públicas**. *BIB – Revista Brasileira de Informações Bibliográficas em Ciências Sociais*, no 61. 2014. p. 20-40.

CAPELLA, A. C. N; SOARES, A. G.; BRASIL, F. G. **Pesquisa em políticas públicas no Brasil: um mapeamento da aplicação de modelos internacionais recentes na literatura nacional**. In IX ENCONTRO DA ABCP. Anais eletrônicos. Associação Brasileira de Ciência Política, 2014.

CAPELLA, A. C. **Formulação de políticas públicas**. Brasília: Enap, 2018.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, nov. 1986. Acesso em: 10 de maio de 2021.

CARVALHO R.S. **Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança**. Campinas (SP): Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas/Unicamp; 2002.

CARVALHO, R.S. **As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social**. *Cienc. Saúde Colet.*, v.9, n.3, p.669-78,2004.

CASTRO A.M, SPERANDIO A.M.G., GOSCH C.S., ROCHA DG, CRUZ D.K.A., MALTA D.C., ALBUQUERQUE G.M., ZANCAN L., WESTPHAL M., NETO O.L.M., DURÁN P.R.F., SÁ R.F, MENDES R., MOYSÉS S.T., MARCONDES W,

Organizadores. **Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde.** Brasília: CEAD/FUB; 2010.

CASTRO, A.M. **A institucionalização da Promoção da Saúde no Sistema Único de Saúde.** Boletim da Sub-região Brasil UIPES/ORLA Ano VII (10), setembro/2005.

COBB, R. W.; ELDER, C. D. **Participation in american politics: the dynamics of agenda building.** Boston: Allyn and Bancon, 1972.

COBB, R. W.; ELDER, C. D. **The politics of agenda-building: an alternative perspective for Modern Democratic Theory.** *Journal of Politics*, v. 33, n. 4, p. 903, 1971.

COBB, R.; ROSS, J. k.; ROSS, M. H. **A construção da agenda como um processo político comparativo.** *American Political Science Review* , v. 70, n. 1, pág. 126-138, 1976.

COHEN, J. E. **The president's legislative policy agenda, 1789-2002.** New York: Cambridge University Press, 2012

CROCHEMORE, S., INÁCIO et. al. **Promoção de atividade física e as políticas públicas no combate às desigualdades: reflexões a partir da Lei dos Cuidados Inversos e Hipótese da Equidade Inversa.** *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2020, v. 36, n. 6 [Acessado 30 Maio 2021], e00155119. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00155119>>. Epub 08 Jun 2020. ISSN 1678-4464.

CZERESNIA D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção.** In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009. DIAS, M. S. A.;

DIAS, M. S. A. OLIVEIRA, I. P.; SILVA, L. M. S. VASCONCELOS, M. I. O. MACHADO, M. F. A. S.; FORTE, F. D. S.; SILVA, L. C. C. **Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 103-114, 2018.

DEARING, J. W.; ROGERS. **Everett M. Agenda-setting.** Thousand Oaks, SAGE, 1996.

WWW.DIVULGACANDCONTAS.TSE.JUS.BR/DIVULGA/#/

DOWNS, A., **An economic theory of democracy** Nova York, Harper. 1957

FALKENBERG, M. B., MORAES, E. P, ELIANE, P., SOUZA, E. M., MENDES, T. P. L; **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3):847-852, 2014.

FERREIRA J.R., BUSS P. **Atenção primária e promoção da saúde.** In: Ministério da Saúde (BR). *As cartas da promoção da saúde.* Brasília: O Ministério; 2002

FISCHER, F.; FORESTER, J. **The Argumentative Turn in Policy Analysis and Planning**. London: Duke University Press, 1993.

GIL A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HEIDEMANN I.T.S.B., ALMEIDA M.C.P., BOEHS, A.E., WOSNY, A.M., MONTICELLI M. **Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções**. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(2):352-8. 2.

HEIDEMANN, I. T. S. B., BOEHS, A. E., FERNANDES, G. C. M., WOSNY, A. de M., & Marchi, J. G. (2013). **Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da Carta de Ottawa em produção científica**; - doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v11i3.13554. Ciência, Cuidado E Saúde, 11(3), 613-619. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v11i3.13554>.

HEIDEMANN I.T.S.B., BOEHS A.E., FERNANDES G.C.M., WOSNYJAMILA A.M., MARCHI J.G.. **Promoção Da Saúde E Qualidade De Vida: Concepções Da Carta De Ottawa Em Produção Científica**. Cienc Cuid Saude 2012 Jul/Set; 11(3):613- 619. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v11i3.13554

IVO, A.M.S. FREITAS, M. I. F. **Modos de pensar dos profissionais do programa academia da saúde sobre saúde e doença e suas implicações nas ações de promoção de saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 29, n 1. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/d6rttqPZT3Crbzzf5HNQKvP/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 21 de junho 2021.

JACOBINA, A. T (2017). Análise dos programas das coligações majoritárias apresentados às eleições de 2014 e a Reforma Sanitária Brasileira. Saúde em Debate [online], v. 41, spe 3.

JONES, B. D.; BAUMGARTNER, F. R. **The politics of attention: how government prioritizes problems**. Chicago: University of Chicago Press, 2005 KINGDON, John. **Agendas, alternatives, and public policies**. 3ª. ed. New York: Harper Collins, [1984], 2003.

JOHN, P. "New directions in public policy: theories of policy change and variation reconsidered" In: *International Conference on Public Policy*, 2013, Grenoble. Anais... Grenoble, 2013, p. 26-28.

LALONDE M. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa: Canadian Department of National Health and Welfare;1974.

LEAVELL, S. & CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LINDBLOM, C. Still muddling, not yet through. Public Administration Review. v. 39, n.6, 1979.

Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e**

dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.

LOPES M.S.V.; SARAIVA K.R.O. FERNANDES F.C. XIMENES L.B. **Análise do Conceito de Promoção da Saúde.** Texto contexto enfermagem 2010; 19(3):461.

MADEIRA R.M., TAROUCO G.S. **Esquerda e Direita no Brasil: uma análise conceitual.** Revista Ciências Sociais. 2011;8(15):1-25

MALTA, Deborah Carvalho et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 79-86, mar.2009. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 maio 2021. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000100008>.

MALTA, D.; SILVA, M.; ALBUQUERQUE, G.; AMORIM, R.; RODRIGUES, G.; SILVA, T.; JAIME, P. **Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014.** Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, [S. l.], v. 19, n. 3, p. 286, 2014. DOI: 10.12820/rbafs.v.19n3p286. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/3427>. Acesso em: 10 maio. 2021.

MALTA, D. C. et al. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2016, v. 21, n. 6 [acessado 13 setembro 2021], pp. 1683-1694. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>.

MENSAGENS PRESIDENCIAIS. www.gov.br/mensagem-presidencial

ORÇAMENTO PRESIDENCIAL. www.gov.br/orçamento/orçamento-anuais

LEGISLAÇÃO PRESIDENCIAL. www.lexml.gov.br

OLIVEIRA M; STEDILE N. L. R.; CAMARDELO A. M. P.; LUCAS J .I. P. **Relatório técnico final da pesquisa “Avaliação dos serviços de atenção às famílias junto às políticas sociais públicas de saúde e assistência social em municípios da serra gaúcha.** Caxias do Sul: UCS, CNPq; 2013.

OLIVEIRA, I. P.; SILVA, L. M. S. VASCONCELLOS, M. I. O. MACHADO, M. F. A. S.; FORTE, F. D. S.; SILVA, L. C. C. **Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 1, p. 103-114, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Atenção Primária da Saúde – URSS, Alma-Ata. Genebra. 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Indicadores básicos**

2019: Tendências de la salud en las Américas. Washington: OPAS; 2019.

PARSONS, C. et al. **Como mapear argumentos em ciência política.** Imprensa da Universidade de Oxford, 2007.

PAULA, C. B. C. O. de.; FERLA, B. W.; SANTOS, C. A.; GOMES, T. N.; MARTINS, T. J.; NEVES, L. M. **Múltiplos benefícios da atividade física: precisamos oferecer mais tempo de formação a estudantes de medicina e médicos.** Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, 2021.

PAGANELLA, M. A. **A Argüição de Descumprimento de Preceito Fundamental no Contexto do Controle da Constitucionalidade.** São Paulo: LTR, 2004.

PASCHE D.F, HENNINGTON, E.A. **Promoção da Saúde e o Sistema Único de Saúde** In: CASTRO A, Malo M. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.

PETERS, B. G. **Capacidade política na administração pública. Política e Sociedade** , v. 34, n. 3-4, pág. 219-228, 2015.

PETERMANN, X. B.; KOCOUREK, S. **Análise da produção científica sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo bibliométrico na Biblioteca Virtual em Saúde.** Saúde (Santa Maria), [S. l.], v. 46, n. 1, 2020. DOI: 10.5902/2236583441957.

PINTO, M.B. *et al.* **Promoção da saúde no território: potências e desafios dos projetos locais.** Esc Anna Nery. v. 23, n.1. 2019.

RITTEL, H. W. J.; WEBBER, M. M. **Dilemmas in a General Theory of Planning. Policy Sciences**, v. 4, p. 155-169, 1973.

ROCHEFORT, D. A.; COBB, R. W. (Ed.). **A política de definição de problemas: moldando a agenda política** University Press of Kansas, 1994.

RODRIGUES, M. V. R. Y; ALVES, J. B. **Qualidade de vida dos professores: um bem pra todos. IV Congresso Nacional de Excelência em Gestão. Responsabilidade Socioambiental das Organizações Brasileiras.** Niterói, 31 de julho, 01 e 02 de agosto de 2008. Disponível em: http://www.latec.uff.br/cneg/documentos/anais_cneg4/T7_0049_0018.pdf Acesso 05 de agosto de 2022.

SALDIVA, P. H. N. e VERAS, M. **Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras.** Estudos Avançados [online]. 2018, v. 32, n. 92 [Acessado 12 Setembro 2022], pp. 47-61. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-4014.20180005>>. ISSN 1806-9592. <https://doi.org/10.5935/0103-4014.20180005>.

SOUZA, A. M. V., MARQUETTE, F. R.. **Envelhecimento Da População Brasileira: Avanço Legislativo E O Compromisso Social.** Revista Univap – revista.univap.br São José dos Campos-SP-Brasil, v. 24, n. 45, Edição Especial, 2018. ISSN 2237-

1753.

STEDITE, N. L. R. et al. **Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 20, n. 10 [Acessado 15 Abril 2022] , pp. 2957-2971. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.15142014>>. ISSN1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.15142014>.

SCHMITTER P. C. **REFLEXÕES SÔBRE O CONCEITO DE "POLÍTICA"** *Rev. Dir. Públ. e Ciência Política - Rio de Janeiro - Vol. VIII, n9 2 - Maio/A., 1965*

SCHATTSCHNEIDER, E.E. **The Semi-Sovereign People**. New York: Winston, 1960.

SHIMIZU, H.E., PEREIRA, E.M.. **Políticas públicas de saúde no Brasil: breve histórico**. In: SHIMIZU, H.E. ; PEREIRA, M.F.; CARDOSO, A. J. C. (org.). **Política, planejamento e gestão em saúde**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2018. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/34553/3/CAPITULO_PoliticasPublicasSaude.pdf. Acesso em: 20 de maio de 2021.

<http://www1.siop.planejamento.gov.br/acessopublico/?pp=acessopublico&rvn=1>

STONE, D. A. **Policy Paradox: The Art of Political Decision Making**. Nova York: Norton & Company, [1988]. 2002.

SUDANO, A. C. G. P. **Agenda governamental no Brasil: análise da atenção presidencial na Nova República (1985-2014)**. (Tese de doutorado) Programa de Pós-Graduação em Ciência Política – Universidade Federal De São Carlos, São Paulo. 2018.

TEIXEIRA M. G. COSTA M. C. N. CARMO E. H. OLIVEIRA W. K. de O. PENNA. G. O. **Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1811-1818, 2018.

TERRIS M. **Tendências atuais em saúde pública nas Américas**. In: **Organização Pan-Americana da Saúde. A crise da saúde pública: reflexões para o debate**, 1992.

VASCONCELOS C.M., PASCHE D.F. **O Sistema Único de Saúde**. In: Campos GWS, BONFIM J.R.A, MINAYO M.C.S., AKERMAN M., JÚNIOR M.D., CARVALHO Y.M., organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006.

WESTPHAL, M. F. **Promoção da saúde e prevenção de doenças**. **Tratado de saúde coletiva**; organizadores Gastão Wagner de Sousa Campos. [et al.]. Tradução. São Paulo: HUCITEC/ FIOCRUZ, 2006. . . Acesso em: 12 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Bangkok charter for health promotion in a globalized world**. Geneva: WHO; 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Global Health Promotion Conferences**. [Acessado 2022 julho 20]. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>

ZAHARIADIS, N. (org.). **Handbook of public policy agenda setting**. Cheltenham, Northampton: Edward Elgar, 2016

