

Intersectoriality, elderly health and Exercise Orientation Service: a documental analysis

ABSTRACT | Introduction:

There is a worldwide phenomenon associated with increased life expectancy and decreased fertility rate that has been leading to population aging. Consequently, it requires Public Policies to adapt healthcare services to further reach and assure better quality of life to this population. The PNPS (Brazilian National Health Promotion Policy) points towards intersectoriality as institutional element and form of management capable of enhancing health services. In addition, the literature in the field points towards social participation (one of the elements of intersectoriality) as factor capable of protecting and promoting active life for the elderly population. Objectives: The objective of the research is to analyze the elements of intersectoriality through a documentary analysis, related to the health of the elderly population within the Exercise Orientation Service, in order to assist in the evaluation and planning of policies more aligned with constitutional rights and building more rational analysis tools. Methods: Documental analysis by Richardson was herein used as research methodology. Results: Political analysis models by Dye gave rise to the Exercise Orientation Service (EOS) classified as the elite model. Nowadays, EOS acts as incremental model, which lies on variations of the past model, based on small improvements applied to consolidated policies in order to avoid political friction and large expenses with new or major reformulations. Conclusion: Thus, although EOS is an important Public Policy and a national reference, it still has incipient inter-sectorial relationships classified as horizontal governmental articulations. Nevertheless, this embryonic intersectoral system can open room for the development of Public Policies focused on reaching a larger number of individuals and on assuring them better quality of life.

Keywords | *Intersectoral Collaboration; Exercise; Elderly.*

| Intersetorialidade, a saúde do idoso e o Serviço de Orientação ao Exercício: uma análise documental

RESUMO | Introdução: Há um fenômeno mundial de aumento da expectativa de vida e queda da taxa de fecundidade, promovendo o envelhecimento da população e, conseqüentemente, a necessidade de Políticas Públicas se adaptarem aos serviços para maior alcance e qualidade para essa população. A Política Nacional de Promoção da Saúde aponta a intersetorialidade como elemento institucional e como uma forma de gestão que potencializa os serviços de saúde, além de a literatura apontar a participação social (um dos elementos da intersetorialidade) como fator de proteção e promoção de vida ativa para os idosos. **Objetivos:** O objetivo da pesquisa é analisar os elementos de intersetorialidade através de uma análise documental, relacionada à saúde da população idosa dentro do Serviço de Orientação ao Exercício, com a finalidade de auxiliar na avaliação e planejamento de políticas mais alinhadas com os direitos constitucionais e construção de ferramentas mais racionais de análise. **Métodos:** Como metodologia utilizou-se a análise documental de Richardson. **Resultados:** Dentro dos modelos de análise política de Dye tem-se o início do Serviço de Orientação ao Exercício classificado como o modelo de elite e atualmente agindo como o modelo incremental, que são variações sobre o passado, aplicando pequenas melhorias em políticas já consolidadas, para evitar atritos políticos e gastos em novas ou grandes reformulações. **Conclusão:** Conclui-se que o SOE, apesar de ser uma Política Pública de vanguarda e de referência nacional, ainda possui relações intersetoriais incipientes, classificadas como articulações governamentais horizontais, que é uma intersetorialidade embrionária, abrindo caminho para a construção de uma Política Pública com mais alcance e qualidade.

Palavras-chave | Colaboração Intersetorial; Exercício; Idoso.

¹Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

²Universidade Federal do Pará. Belém/PA, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A Constituição Federal Brasileira de 1988,¹ que forneceu bases jurídicas para a busca pelo cumprimento de direitos sociais da população, concretizando-se posteriormente em Políticas Públicas, tanto as Políticas de Estado (Políticas constitucionais, sendo obrigatório o cumprimento independentemente do governo eleito, e como exemplo temos na saúde o SUS – Sistema Único de Saúde) quanto em Políticas de Governo (em ações específicas de mandatos).

Atualmente é constatado um fenômeno que vem ocorrendo no mundo de forma geral, por isso a necessária preocupação com a saúde dessa faixa geracional, que é o aumento da expectativa de vida, a qual, aliada à queda da taxa de fecundidade, promove o envelhecimento da população mundial.²

Por essa razão, os sistemas de saúde como um todo, os projetos e programas materializados pelas Políticas Públicas de saúde precisarão se adaptar para o atendimento a essa parcela da população. Eduardo Pereira Nunes, presidente do IBGE de 2003 a 2011, mostrou durante a apresentação dos dados do censo de 2010, que “[...] a queda da taxa de fecundidade e da mortalidade infantil, aliadas à maior expectativa de vida da população, explicam essa mudança do padrão demográfico”.

A evolução científica e busca por acesso ampliado de oportunidades de acesso à saúde dos idosos ocorrem em dois ramos que pensam a análise do processo de envelhecimento: geriatria e gerontologia. Enquanto a geriatria é um ramo que se dedica a problemas médicos dos idosos, a gerontologia é um campo de estudos multidisciplinar, sobre o processo de envelhecimento, e que leva em conta fatores biológicos, educacionais, psicológicos, sociológicos, geográficos, entre vários outros.³

Apesar dessa definição generalista, sabemos que o idoso não pode receber uma classificação única que despreze sua história de vida, estilo de vida atual, a comunidade e a sociedade onde está inserido. Assim Veras⁴ aconselha que “não é possível estabelecer conceitos universalmente aceitáveis e uma terminologia globalmente padronizada para o envelhecimento [...] há conotações políticas e ideológicas associadas ao conceito, que podem ser mais bem visualizadas dentro de sociedades específicas”.

Partindo para o caso específico do município de Vitória, Capital do estado do Espírito Santo, encontrou-se um mapeamento⁵ onde o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) aparece como a Política Pública mais antiga entre as listadas. Essa ação tem uma boa abrangência populacional e que, apesar de não ser voltada exclusivamente para os idosos, tem alto percentual desse público.

Portanto, o objetivo da pesquisa é analisar os elementos de intersectorialidade, através de uma análise documental, relacionada à saúde da população idosa dentro do Serviço de Orientação ao Exercício, e essa análise poderá auxiliar na avaliação e planejamento de políticas mais alinhadas com os direitos constitucionais e construção de ferramentas mais racionais de análise.

MÉTODOS |

Após essa problematização, apresentamos a opção metodológica para o alcance dos objetivos da pesquisa, que foi a Análise Documental proposta por Richardson.⁶ A análise documental é parte da análise de conteúdo, que é uma forma mais ampla de análise dessas comunicações humanas. Sendo assim, ela possibilita estudar ou analisar documentos (registros escritos, leis e decretos) em busca de circunstâncias sociais e/ou econômicas para a construção de relações de significado.

Na produção dos dados desta pesquisa, foi realizada uma análise dos documentos utilizando uma matriz analítica quantitativa e depois descritiva, na busca por significados, utilizando os seguintes descritores: ‘Educação Física’, ‘Idoso’, ‘Práticas Corporais’ (Dança, Artes Marciais/Lutas, Esporte, Ginástica e Jogos), ‘Saúde’, ‘Lazer’ e ‘Intersetorialidade’ (Articulação, integração e Interdisciplinaridade).

O procedimento dessa análise foi a busca pelas ocorrências desses descritores, em arquivos digitais do tipo PDF (*Portable Document Format*) das legislações analisadas: Constituição Federal de 1988, Estatuto do Idoso, Lei Orgânica de Vitória-ES e Lei/Decreto de instituição do SOE. Foram anotados os números de ocorrências de cada um dos descritores e, na sequência, os trechos onde foram identificadas as ocorrências.

O tratamento posterior dos dados apresenta a relação interpretativa dos trechos selecionados com os conceitos encontrados na literatura, no sentido de entender as ações encontradas nos documentos como Políticas Públicas. A estratégia permitiu, então, a análise das ações enquanto Políticas Públicas e verificação de ocorrência da intersectorialidade, ou possibilidade de relações intersectoriais assim como de seus desdobramentos.

DISCUSSÃO |

A aliança entre atividade física e saúde é tida quase como um consenso social. No Brasil, isso ocorre especialmente através do discurso médico que apresentou a Educação Física como sinônimo de atividade física e saúde, mediante a divulgação de hábitos de caráter higienista, e como meio de eugenia da raça brasileira e da construção da moral da juventude.⁷

Encontra-se um conceito, divulgado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco histórico das manifestações pelo direito à saúde no Brasil, em 1986.e, segundo se lê naquele documento, a saúde é caracterizada como o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde.

Dessa forma, reduzir a saúde a apenas um determinante biológico e excluir as responsabilidades políticas do Estado é encarar o problema sob uma perspectiva pouco abrangente e sem enxergar caminhos para proposição de soluções.

A implantação do SUS possibilitou uma visão ampliada de saúde no Brasil, com um indicativo de descentralização nas ações dessa pasta.⁸ Essa descentralização, aliada à intersectorialidade, como nova estratégia de gestão, possibilitou a participação de diferentes setores da sociedade civil perante o Estado. O município, aliado a diferentes instâncias, passou a atender às demandas de saúde da população.⁵

A gestão descentralizada e a intersectorial propõem melhorar a qualidade de vida dos cidadãos, oferecendo melhores serviços e os convocando a participar no processo de implementação das Políticas Públicas. Desta forma, as intervenções têm um caráter integrado e equitativo.⁹

A ampliação do discurso de ‘atividade física, igual à saúde, que é igual à Educação Física’, não é uma negação da relação entre esses fatores, visto que vários autores encontraram uma relação benéfica entre atividade física, prática corporal, saúde e Educação Física, a ponto de serem importantes ferramentas na área de saúde pública.¹⁰

Falando-se ainda em intersectorialidade, Junqueira^{9,11,12,13} apresenta que a abordagem dos problemas sociais de forma ampliada, levando em conta questões multifatoriais e os analisando de forma integrada, possibilita uma estratégia de excelência e administração pública eficiente.

A saúde, por ser um direito social, tem ações do Estado em diferentes esferas que acabam atuando sobre esse direito do cidadão. Sendo assim, faz-se necessária a análise dessas ações nas Políticas Públicas de saúde, e também contar com a participação social como elemento essencial no exercício da cidadania.⁵

O modelo de governo brasileiro, incluindo as organizações públicas de saúde, até a década de 70, baseava-se em ações centralizadas e verticais. Apesar de a descentralização e de a intersectorialidade não serem temas novos na literatura, eles são novos como exercício de prática, tendo suas primeiras discussões de implantação no Brasil na década de 80 do século XX.^{9,14}

A intersectorialidade como nova forma de gestão busca a eliminação de burocracia e um contato maior com a população, procurando garantir uma maior eficácia nas ações. A descentralização no âmbito social tem como principal característica a participação social no apoio às tomadas de decisão, compartilhando assim responsabilidades com o Estado. Já no âmbito político, ela propicia a distribuição de poder para níveis periféricos de governança.¹⁴

A distribuição de poder entre setores da estrutura política garante autonomia à gestão, com isso é contrária ao poder centralizado, dá mais eficácia e acolhe melhor as demandas sociais.⁹

Assim, a despeito de ser uma nova forma de gestão, de transferir o poder decisório para os municípios na interrelação entre secretarias e possibilidades para a participação popular, há dificuldades de implementação desse modelo de gestão. Sabe-se que o Brasil, por ser um país de dimensões continentais, traz consigo diferenças de diversas naturezas, como econômicas, culturais, sociais,

que impactam diretamente no sucesso ou insucesso da aplicação de novas estratégias de gestão.

Apresenta-se a Política Pública escolhida como locus de análise, mostrando sua origem e como se organiza atualmente. Como já pudemos mencionar, apesar de o SOE não ser uma política pensada exclusivamente para a população idosa, tem grande alcance e alto percentual de participação dessa população. Assim sendo, suas atividades devem levar em consideração as particularidades específicas dos idosos. Após diálogos iniciais, análise do *site* da Prefeitura de Vitória, e entrada em campo, levantamos dados e impressões sobre a Política Pública referida, sendo apresentadas essas informações na sequência.

O SOE teve seu início mediante uma lei e decreto municipais de 1985^{15,26}, que instituiu o Serviço de Orientação da Fisiologia do Exercício, ditando o locus de atuação inicial (que seriam as ‘Zonas Balneares de Lazer’, compreendidas pelas praias de Camburi, Enseada do Frade e Enseada do Suá).

O SOE, com o nome como é conhecido hoje, foi implantado em 1990, após um estudo piloto do perfil de práticas de atividades físicas na Praia de Camburi, onde foi construído o primeiro módulo.¹⁶

Atualmente o SOE afirma oficialmente oferecer um número expressivo de AF/PC, e sua abrangência pelo território municipal é mais equitativa se comparada ao seu início que, como vimos, esteve concentrado somente nas praias de áreas nobres de Vitória.

Além dos atuais 16 módulos fixos, há uma unidade denominada ‘SOE Móvel’. Essa unidade móvel atualmente vem atuando no período matutino em Consolação - Jaburu, funcionando no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), em uma parceria entre as Secretarias de Assistência Social (SEMAS), e de Saúde (SEMU)¹⁶.

No seu início, a única atividade oferecida, citada anteriormente, era a ginástica, e hoje existem diversas opções de atividades físicas / práticas corporais (AF/PC) para os usuários: Ginástica Aeróbica e Localizada; Alongamento; Hidroginástica; Yoga; Circuitos; Capoeira e Orientação a Caminhada/Corrida¹⁶.

Os resultados de avaliações pré e pós a intervenção de Políticas Públicas, como o SOE, o PAC (Programa

Academia da Cidade) e o CuritibAtiva, apresentaram efeitos importantes nos participantes e nos territórios dos programas. Além do acréscimo do acesso às atividades de lazer, os estudos mostraram um aprimoramento na utilização dos espaços urbanos.

Os resultados das avaliações foram positivos, levando o Ministério da Saúde, em âmbito federal, a instituir o Programa Academia da Saúde. Os pontos mais bem avaliados pelos usuários foram a ‘qualidade dos profissionais’ e a ‘qualidade das atividades’, ficando com as piores avaliações a ‘qualidade das estruturas’ e a ‘segurança do local’.¹⁷

O pioneirismo e resultados dos programas mencionados ao final do tópico anterior (sendo o SOE o primeiro deles) levaram à inspiração de um novo programa relacionando o Ministério da Saúde com Secretarias de Saúde Municipais, através do programa Academia da Saúde.

Esse programa surgiu em 2011 e tem em seus pilares a Participação Social e a Intersetorialidade, e tem como base conceitual o movimento de Promoção da Saúde internacional, a Constituição Federal de 1988 e as orientações do SUS de 1990.¹⁸

O SOE não precisou passar por todas as alterações estruturais que são pedidas às novas Academias da Saúde, e conquistou essa vantagem por ser um dos projetos inspiradores. Sendo assim, o SOE é Academia da Saúde por critério de similaridade. Qualquer novo módulo precisaria ter uma estrutura mínima prevista no programa para ser considerado Academia da Saúde (AS).¹⁸

RESULTADOS |

A análise documental foi realizada, tendo três documentos encontrados já em formato digital (Constituição Federal,¹ Estatuto do Idoso,¹⁹ e Lei Orgânica de Vitória²⁰) e dois documentos escaneados^{15,26}, que foram digitalizados para a realização da pesquisa por descritores no software *Adobe Reader*. Após a primeira fase de busca, apenas pelas palavras ‘puras’, de forma direta e como se apresentam escritas, foi realizada uma segunda fase de busca por significados. Nessa fase, os trechos encontrados deveriam ter uma relação de significado com a temática da pesquisa para serem selecionados.

O descritor ‘intersectorialidade’ não foi encontrado de forma direta (sendo necessária a interpretação semântica de trechos similares ao conceito em sentido) em nenhum dos documentos analisados. Uma possível justificativa para a ausência do termo exato é o período em que os documentos foram redigidos, isto é, a intersectorialidade é considerada uma opção de gestão mais discutida e aplicada recentemente. A Constituição Federal é de 1988, a Lei Orgânica de Vitória é de 1990 e a Lei e Decreto do SOE são de 1985. O Estatuto do Idoso é de 2003, o qual, apesar de não ser tão antigo, também não apresenta o termo diretamente analisado.

Para a busca de indícios nos documentos que pudessem orientar para uma gestão pautada na integralidade das necessidades dos indivíduos, utilizamos as palavras articulação, integração e interdisciplinaridade, ou, nesse último caso, que possuíssem o mesmo sentido de intersectorialidade.

Foi encontrada apenas uma menção ao termo ‘articulação’ na Constituição de 88 e menções a ‘integração’ tanto na Constituição como na Lei Orgânica.

No artigo 214 da Constituição Federal, é citada a articulação e integração de várias esferas do Poder Público, em diversos níveis de ensino, fazendo uma proposta de intersectorialidade em prol da educação: ‘a lei estabelecerá o plano nacional de educação, de duração plurianual, visando à articulação e ao desenvolvimento do ensino em seus diversos níveis e à integração das ações do poder público’.¹ Apesar da abrangência desse trecho, é citada no segundo parágrafo a criação de um ‘plano nacional de juventude’, fato que merece atenção, ao excluir os indivíduos idosos desse plano.

No caso da Lei Orgânica de Vitória, nota-se que há uma intencionalidade no texto para promoção de parcerias intermunicipais no artigo 3, quando lemos no documento que: ‘o Município de Vitória buscará a integração econômica, política, social e cultural das populações dos municípios vizinhos e dos que estejam sob a influência das bacias hidrográficas dos Rios Jucu e Santa Maria, que o abastecem’.²⁰

O artigo 19 da mesma lei cita a integração de indivíduos desfavorecidos, no qual se percebe a intenção de: ‘combater as causas da pobreza e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos’.²⁰

Ainda na Lei Orgânica do município, lê-se no artigo 151 sobre o incentivo à intersectorialidade entre as políticas, assim possibilitado por: ‘complementaridade e integração de políticas, planos e programas setoriais’.²⁰ No artigo 247 se estabelece que serão articuladas entre diferentes pastas, as seguintes ações: ‘o Poder Público Municipal apoiará e incentivará o esporte amador articulado à área da educação e cultura, bem como o lazer, como forma de integração social’.²⁰ Lê-se também que atividades esportivas e de lazer devem ser oferecidas aos idosos, com o objetivo de realizar a ‘integração social na terceira idade’: ‘O Município incentivará as atividades esportivas e de lazer especiais para o idoso, como forma de promoção e integração social na terceira idade’.²⁰

O trecho da Lei Orgânica que fala em integrar setores desfavorecidos, acaba conflitando com os documentos de origem do SOE,^{15,26} os quais estabelecem que: ‘ficam instituídas nas praias da zona urbana do Município de Vitória as Zonas Balneares de Lazer’; que ‘constituem as Zonas Balneares de Lazer do Município de Vitória: A Praia de Camburi; A Praia do Aterro da Enseada do Frade; A Praia do Aterro da Enseada do Suá’. Para nós parece que ao priorizar as praias de áreas nobres do município, o SOE acaba se encaixando enquanto política no modelo de elite, proposto por Dye.²¹

O modelo de elite visa essencialmente à formulação, legislação e regulamentação de políticas, focando mais nos benefícios das camadas privilegiadas economicamente. Pressupondo que a sociedade se divide entre poucos com poder e muitos que não têm, esses poucos que governam não representam tipicamente as massas que são governadas.

O mesmo modelo afirma ainda que para manter a estabilidade entre as camadas, são implantados alguns conceitos, como ‘meritocracia’, além de propor o consenso básico do sistema social para preservação do sistema, como o respeito à propriedade privada, à delimitação do governo e à liberdade individual. Nesse modelo, as Políticas Públicas refletem os valores da elite e, desta forma, as ‘mudanças’ nas políticas e governos contribuem apenas para incrementar o que já está implantado.²¹

O SOE, como já dito, é utilizado majoritariamente pela população idosa e, talvez por isso, o incentivo às atividades esportivas e de lazer para integração social são oferecidas. Porém, não foram encontrados dados estatísticos que demonstrassem o alcance do atendimento das políticas

para a população idosa, para o cumprimento integral do direcionamento legal para o direito de todos e de cada um.

O descritor 'idoso', gerou uma (01) ocorrência na Constituição Federal, dezoito (18) no Estatuto do Idoso por razões claras, pois se trata de um documento que fala de direitos exclusivos dessa população, e mais duas (02) ocorrências na Lei Orgânica de Vitória.

Apesar de não haver ocorrências na lei/decreto do SOE, observa-se, como já reiterado, uma parcela de participação alta da população idosa. Assim sendo, talvez seja reflexo das ocorrências na Lei Orgânica, as quais dizem que deverá haver uma cooperação entre esferas (União, Estado e Município) para fornecer serviços de atendimento à saúde dos 'idosos carentes' e atividades esportivas e de lazer para o idoso.²⁰

Acaba sendo um contrassenso oferecer essas atividades majoritariamente em zonas nobres da cidade, visto que há mais necessidade na periferia. Uma possível causa para essa situação pode ser a questão histórica de vinculação dos direitos dos idosos ao direito do trabalhador, aquele que produziu capital, e não como uma questão social, do 'direito da pessoa envelhescente'.²²

A Constituição no artigo 230, divide as funções de amparo às pessoas idosas, entre a 'família, a sociedade e o Estado'¹ muitas vezes, responsabilizando mais a família nesse processo. Trata-se, tomando uma expressão de Debert, de 'reprivatização da velhice', deixando o Estado livre de responsabilidades a partir do momento em que a família assume na totalidade as obrigações com as pessoas idosas.²²

Já entre as ocorrências com o descritor 'idoso' no Estatuto do Idoso, encontra-se a sua conceituação nos três primeiros artigos, nos quais segundo se lê, o conceito se refere à pessoa com idade superior a 60 (sessenta) anos. Os artigos também reiteraram os direitos que já são estabelecidos a todos e a orientam para a partilha de responsabilidade do Poder Público com a família, comunidade e sociedade, porém exigindo 'absoluta prioridade' ao cumprimento desses direitos.¹

No seu artigo 4º (quarto) o Estatuto do Idoso cita que 'nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei'. Vale o questionamento ao Poder

Público se há o mesmo grau de investimento nas políticas de promoção da saúde, tanto nas áreas nobres, como nas regiões periféricas das cidades.¹⁹

Nos artigos 15 e 18, o Estatuto determina a atenção integral à saúde do idoso, pelo SUS em ações de 'prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde'. De acordo com o artigo, deve-se dar atenção especial às particularidades dos idosos, inclusive promovendo treinamento e capacitação dos profissionais que lidam com essa população.¹⁹

No artigo 20 é reiterado o direito à educação, cultura, esporte e lazer. Porém, é preciso respeitar 'sua peculiar condição de idade',¹⁹ sendo que o Poder Público, segundo o que se lê no artigo 21, criará oportunidades de acesso ao idoso à educação: 'o Poder Público criará oportunidades de acesso do idoso à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados'.¹⁹ Ainda considerando esse último trecho mencionado, pode-se relacionar a Educação Física como uma dessas formas de oportunidade.

Ainda são previstos nos artigos 23 e 46 do Estatuto descontos aos idosos em eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, e seu acesso preferencial. Além disso, prevê-se que a política de atendimento ao idoso será feita por um 'conjunto articulado de ações governamentais', o que parece corresponder a um sentido similar à intersetorialidade.¹⁹

O direito de ir e vir é dado de forma singular aos idosos, ao garantir-se a gratuidade nos sistemas de transportes aos maiores de 65 anos, possibilitando maior deslocamento e maior acesso aos serviços de saúde, lazer e trocas sociais.²²

Dentro desses direitos dos idosos, o direito a envelhecer acaba sendo relevante na sociedade pós-contemporânea. Ao citar no artigo 8 que "o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da Legislação vigente",¹⁹ interpreta-se que aos idosos é esperado não somente um atendimento preferencial, mas também um atendimento específico. Entenda-se também a necessária capacitação para os que lidam com esse público, incentivo às relações e cuidados intergeracionais em detrimento das relações asilares, além de divulgação na mídia de informações educativas das questões biopsicossociais do envelhecimento.²²

Tem-se na sequência, o descritor ‘saúde’ aparecendo com grande frequência nas legislações analisadas, tanto na Constituição, como no Estatuto e na Lei Orgânica. No entanto, de forma curiosa, o termo saúde não aparece no Decreto e Lei do SOE, já que o programa é vinculado diretamente à Secretaria de Saúde municipal. Mesmo com a lei apresentando uma igualdade formal a todos, é sabido que o acesso à saúde é desigual, dependendo além do sistema de saúde, de fatores como ‘renda, moradia e condições sociais e ambientais’.²²

A Organização Mundial de Saúde (OMS) pensa na promoção da saúde específica do idoso ao citar “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”.²³ Há, nesse caso, a necessidade de pensar, além dos investimentos financeiros nas Políticas Públicas e capacitação dos profissionais envolvidos, novas formas de gestão dessas políticas, saindo de visões fragmentadas e centralizadoras, para modelos intersetoriais de ação política. Além dessas questões relativas à intersetorialidade, há de se considerar que essa estratégia já deixou de ser uma opção de gestão, a partir do momento em que foi institucionalizada desde a criação da Política Nacional da Promoção da Saúde em 2006.²⁴

Dentro dos modelos de análise de Dye²¹ tem-se o início da ação classificando-a como o modelo de elite, ao instituir o SOE dentro de zonas balneares de lazer, que seriam praias de áreas nobres da cidade. A opção pública aparece como um modelo de risco de parceria com a iniciativa privada, ao apontar que indivíduos agem em benefício próprio, inclusive em esferas públicas, nas quais se esperava a preocupação com um bem-estar social. Uma das melhores opções seria o modelo racional, que é a tomada de decisões baseando-se em dados, com o objetivo de melhor ganho societário. Porém, conclui-se que as políticas operam de modo geral, incluindo aí o SOE, com o modelo incremental, que são variações sobre o passado, aplicando pequenas melhorias em políticas já consolidadas, para evitar atritos políticos e gastos em novas ou grandes reformulações.

CONCLUSÃO |

Resultados do estudo ora apresentado na ação de Política Pública escolhida para a análise, apontam para relações intersetoriais no mínimo incipientes, apesar de ser um

programa que tenta se alinhar às tendências atuais de promoção de saúde.

Por meio das literaturas revisadas, percebeu-se que as relações intersetoriais aparentam potencializar as ações de garantia de direitos dos indivíduos, podendo assim ser um caminho a trilhar pelas Políticas Públicas de promoção à saúde.

A discussão embrionária realizada permite afirmar que a despeito do cenário encontrado, o SOE ainda pode ser considerado um dos modelos para a criação de Políticas Públicas, uma vez que foi inspiração para a Academia da Saúde.

Estudos relacionando saúde e idosos, lazer e idosos, esporte e idosos, Políticas Públicas e idosos tornam-se cada vez mais relevantes em uma sociedade que se torna proporcionalmente mais idosa e longeva. É que ao se perceber o fenômeno mundial de aumento da expectativa de vida e queda da taxa de fecundidade, que resulta no envelhecimento populacional, percebe-se também que as Políticas Públicas precisam se adaptar para oferecerem melhores serviços, com mais alcance populacional e maior qualidade nas intervenções.

Constata-se que as pessoas não mais envelhecem de forma isolada, mas que as populações inteiras de nações estão passando por esse fenômeno coletivamente, fato este observado até em países considerados jovens. Isso sugere formas criativas e avançadas de gestão.

A hipótese inicial de melhores resultados em gestões descentralizadas e intersetoriais, é atestada pela literatura. As estratégias apontadas são consideradas como importantes pela gestão, porém não verificadas nas observações realizadas sobre as práticas ocorridas no SOE.

Conclui-se que o SOE, conquanto seja anunciado como uma Política Pública de vanguarda e de referência nacional, ainda possui relações intersetoriais incipientes, classificadas como articulações governamentais horizontais.²⁵ Essas articulações demonstram uma intersetorialidade embrionária, abrindo caminho para a construção de uma Política Pública com mais alcance e qualidade. Há a possibilidade de ampliação dos serviços para os idosos de regiões mais carentes e os convidando à participação social dentro das formulações. Primeiro por serem menos atendidos tradicionalmente; segundo por terem direito, e por último por ser essa uma das características mais interessantes da intersetorialidade.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
2. Ramos LR. Envelhecimento populacional: um desafio para o planejamento em saúde. In: Anais da 1. Oficina de Trabalho sobre Desigualdades Sociais e de Gênero em Saúde do Idoso; 2002; Ouro Preto, Brasil; 2002. p. 89-96.
3. Isayama HF, Gomes CL. O lazer e as fases da vida. In: Marcellino NC, organizador. Lazer e sociedade: múltiplas relações. Campinas: Alínea; 2008. p. 155-174.
4. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública. 2009; 43(3):548-54.
5. Bachetti JR. Limites e possibilidades da educação física nas políticas públicas de saúde de Vitória - ES. Vitória. Dissertação [Mestrado em Educação Física]. - Universidade Federal do Espírito Santo; 2014.
6. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas; 1999.
7. Oliveira VM. As teses da faculdade de Medicina do RJ: origens da relação entre educação física e saúde na escola. Anais do 12. Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte; 2001; Caxambu, Brasil, 2001.
8. Venturim LF. Análise de políticas públicas de esporte e lazer a partir da intersectorialidade: o caso do Programa Esporte e Lazer da Cidade (PELC) em Vitória. Dissertação [Mestrado em Educação Física]. - Universidade Federal do Espírito Santo; 2011.
9. Junqueira LAP. Gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. Saúde Soc; 2004; 13(1):25-36.
10. Ferreira MS. Aptidão física e saúde na educação física escolar: ampliando o enfoque. Rev Bras Cienc Esporte. 2001; 22(2):41-54.
11. Junqueira LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. Saúde Soc. 1997; 6(2):31-46.
12. Junqueira LAP. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. Revista de Administração Pública. 1998; 32(2):11-22.
13. Junqueira LAP. Articulações entre o serviço público e o cidadão. In: Anais do 10. Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del estado y de la administración pública. 2005 oct 18-21; Santiago, Chile.
14. Guimarães MCL. O debate sobre a descentralização de políticas públicas: um balanço bibliográfico. Organ. Soc. 2002; 9(23):1-17.
15. Vitória. Lei nº 3267, de 04 de janeiro de 1985. Institui as zonas balneares de lazer nas praias da zona urbana do município de vitória e dá outras providências. Câmara Municipal de Vitória 04 jan 1985.
16. Vieira LA. Apresentação do SOE elaborada pelo coordenador Leonardo Araújo Vieira. Vitória: Secretaria Municipal de Saúde; 2016.
17. Knuth AG, Simões EJ, Reis RS, Hallal PC, Cruz DKA, Zanchetta LM, et al. Avaliação de programas de atividade física no Brasil: uma revisão de evidências em experiências selecionadas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 347-61.
18. Padilha M. Programa Academia da Saúde, potencialidades no território do SUS (oficina). In: 14. Congresso Espírito-Santense de Educação Física; 2016 nov 03-05; Vitória, Brasil.
19. Brasil. Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União 03 out 2003.
20. Vitória. Lei orgânica do município de Vitória/ES, de 05 de abril de 1990. Prefeitura Municipal de Vitória; 1990.
21. Dye TR. Understanding public policy. 11. ed. New Jersey: Prentice Hall; 2005. p. 11-30.
22. Faleiros VP. Direitos da pessoa idosa: sociedade, política e legislação. In: Dantas B, Cruxén E, Santos F, Lago GPL, organizadores. Os cidadãos na Carta Cidadã.

Brasília: Senado Federal; 2008. p. 562-92. v. 5. (Constituição de 1988: o Brasil 20 anos depois).

23. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OMS; 2005.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

25. Farah MFS. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas locais. Cadernos Gestão Pública e Cidadania. 2000; 5(18):1-31.

26. Vitória. Decreto nº 7092, de 08 de julho de 1985. Regulamenta o Art. 4º da Lei nº 3.267/85. Câmara Municipal de Vitória 09 jul 1985.

Correspondência para/ Reprint request to:

Leonardo Perovano Camargo

Rua Santa Catarina, 223,

Carapina, Serra/ES, Brasil

CEP: 29160-104

Email leonardoperovano@gmail.com

Recebido em: 23/07/2019

Aceito em: 09/03/2020