

A IMPORTÂNCIA DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS PARA A FORMAÇÃO E A ATUAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE DO IDOSO

The importance of Multiprofessional Residences for training and performance in the area of health of the elderly

por Camila Sousa¹, Thayana Couto², Vanda Nicácio³ e Sandra Regina de Souza Marcelino⁴

RESUMO

Este artigo tem por objetivo discutir a contribuição das residências multiprofissionais no âmbito da saúde do idoso, apresentando os aspectos históricos, sociais, econômicos, políticos e práticos da construção da política de saúde pública no Brasil no decorrer dos últimos séculos. Para isso, o trabalho tem como fundamento a teoria social crítica marxista, que compreende a realidade a partir de uma visão de totalidade, assim como a saúde é vista na atualidade, através do seu conceito ampliado, sendo ele, biopsicossocial. Além disso, discorreu-se sobre a história dos programas de residências, seu aparato normativo e sua importância no atendimento a pessoa idosa. Foi realizada revisão bibliográfica, a partir de artigos de autores-referenciano tema. Ao final deste estudo, reafirmou-se a hipótese de que a saúde pública e universal, conforme defendida pela Reforma Sanitária, possui a mesma perspectiva dos programas de residências multiprofissionais. Nesse sentido, faz-se necessário defender a plena implementação de um sistema de saúde de qualidade, gratuito e eficiente, conforme descrito na Constituição Federal, sendo somente possível materializá-lo por meio da união e da mobilização da classe trabalhadora.

Palavras-chave: Saúde; envelhecimento; políticas públicas; formação profissional.

ABSTRACT:

This article aims to discuss the contribution of multiprofessional residences in the health of the elderly, presenting the historical, social, economic, political and practical aspects of the construction of public health policy in Brazil over the centuries. For this, it is based on marxist critical social theory, which understands reality from a vision of totality, just as health is seen today, through its expanded concept, which is biopsychosocial. In addition, we talked about the history of residency programs, their normative device and their importance in serving the old. A literature review was used through articles by reference authors in the above-mentioned discussions. It was, therefore, at the end of this study reaffirmed the hypothesis that public and universal health, as advocated by the Sanitary Reform, has the same perspective as multiprofessional residency programs. In this sense, it is necessary to defend the full implementation of a quality health system, free and efficient as described in the Federal Constitution, it is only possible to materialize it through the union and mobilization of the working class.

Keywords: Health; aging; public policies; vocational training.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo tem o intuito de apresentar a importância da saúde do idoso e dos programas de Residência Multiprofissional na perspectiva da Reforma Sanitária, ou seja, na defesa da saúde universal, gratuita e de qualidade. É importante destacar que toda análise parte de uma base ideológica, sendo a nossa a teoria social crítica marxista, a qual compreende a realidade a partir de uma visão panorâmica, isto é, de totalidade. A partir disso, defende que a sociedade está dividida em duas classes: trabalhadores e burgueses.

Dessa forma, realiza-se uma breve apresentação da Política de Saúde no Brasil, desde o período colonial até os dias atuais. O conceito de saúde, que anteriormente era visto como ausência

¹ Graduanda em Serviço Social pela Universidade Estácio de Sá. E-mail: camilasousa124@gmail.com

² Graduanda em Serviço Social pela Universidade Estácio de Sá. E-mail: thayana.couto20@hotmail.com

³ Graduanda em Serviço Social pela Universidade Estácio de Sá. E-mail: vnicacio@gmail.com

⁴ Doutora em Educação (2019 / PUC-Rio). Mestrado em Serviço Social (2011/ PUC-Rio). Graduada em Serviço Social (2008) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Graduação em Pedagogia (2020/UNIFACVEST). E-mail: sandra.marcelino@estacio.br



74 | A IMPORTÂNCIA DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS PARA A FORMAÇÃO E A ATUAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE DO IDOSO

de doenças, avança nesse sentido ao ser ampliado, passando a incluir fatores socioeconômicos, políticos, ambientais etc.

Tal fato foi um divisor de águas nessa política, pois esse novo conceito possibilitou que o Movimento de Reforma Sanitária construísse uma consciência crítica no que se refere à saúde. Além disso, baseado na luta pela redemocratização, a população integrante do movimento, que compreendeu desde profissionais da saúde, partidos políticos, universitários e trabalhadores, conseguiu uma grande vitória, materializada na construção do Sistema Único de Saúde.

Entretanto, na década de 1990, com o neoliberalismo, observamos o processo de privatização e precarização da saúde, o qual vigora bruscamente até a contemporaneidade. **É nesse contexto que** integraremos a discussão sobre as residências multiprofissionais, pois parte-se do princípio de que elas podem, em grande medida, contribuir para que a saúde do idoso, e não somente a dele, seja garantida conforme a lei.

Em seguida, discorreremos sobre **a saúde do idoso**, suas particularidades, desafios, caminhos e o aparato normativo que o protege, dentro da perspectiva universalizante, a qual defendemos. Mas para que tantas legislações em prol do idoso? Serão mesmo necessárias? Será que há somente uma forma de envelhecer? Como se dá a política de saúde para esse seguimento populacional? Essas indagações nos permitem refletir acerca do envelhecimento.

Posteriormente, traremos, com mais detalhes, informações sobre as residências multiprofissionais e sua relevância para a saúde do idoso.

Diante do exposto, esperamos contribuir, ainda que minimamente e de forma introdutória, com essa temática **tão pertinente não só para os idosos** como para a criação de políticas públicas que possam protegê-los e preparar a sociedade.

2. POLÍTICA DE SAÚDE E RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS

Sabe-se atualmente que a saúde não é somente a ausência de doenças, mas que também possui íntima ligação com o acesso à qualidade de vida de modo integral. No entanto, nem sempre foi assim. A concepção de saúde que temos hoje foi construída a partir de um longo processo histórico, social, político e econômico. Portanto, para pensar a atual política de saúde brasileira é necessário fazer um resgate dessa trajetória a fim de compreender seu desenvolvimento e pensar caminhos para seu aperfeiçoamento em todos os âmbitos.

No período colonial, com a chegada dos portugueses e a circulação acentuada nos portos, houve intensa disseminação de doenças infectocontagiosas. Nesse sentido, para a população que não possuía condições de utilizar-se da medicina liberal, o combate a essas epidemias foi feito a partir da criação das Santas Casas de Misericórdia, em 1542, além da utilização dos saberes populares.

Já no Brasil Império, com a vinda da família real, houve a preocupação com o saneamento básico devido ao grande quantitativo de negros escravizados que se encontravam expostos a todos os tipos de doenças infectocontagiosas, por conta das condições insalubres em que chegavam aqui e como viviam, sendo assim, vistos como veículo direto para proliferação de moléstias na sociedade



brasileira. Um grande debate sobre higiene pública formou-se nessa época e mobilizou boa parte das atenções até os anos 1880. Não ingenuamente, a pressão da classe dominante em proteger-se da população que era vista como suja e inadequada e transmissora de doenças estabeleceu os primeiros ensaios de uma política higienista.

Nesse sentido, foram criadas faculdades de medicina e hospitais públicos para subsidiar essa intervenção. A prática médica ainda era precária, o atendimento ineficiente e realizado de forma pouco profissional. A maior parte da atividade médica era desenvolvida por curandeiros “herbalistas”, herdeiros de conhecimentos africanos e indígenas (SCHWARCZ, 1993, p. 251). Ao se tratar de saúde, é imperioso dizer que as políticas dessa área estabeleceram estreitos vínculos com o capitalismo. Isso significa compreender que tais políticas – higienistas e de controle de doenças – estavam subordinadas aos interesses hegemônicos das classes dominantes. Os estudos de Maio (2010) apontam que esses interesses versavam sobre a reprodução da força de trabalho através de ações sanitaristas.

Foi com a chegada do século XX que a saúde sofreu as maiores transformações, ou seja, a perspectiva que dirige a saúde enquanto política alterou-se. Esse processo teve início com a Revolta da Vacina, em 1904, e se consolidou com a construção do Sistema Único de Saúde, influenciado pelo Projeto de Reforma Sanitária.

Cabe ressaltar que essas modificações não se deram de forma endógena, nem linear, mas, sim, por meio de pressão popular e reivindicações da classe trabalhadora. Foi somente mediante a organização coletiva que a saúde passou do âmbito individual para uma perspectiva de totalidade.

Logo no início do século XX, por conta da imposição em vacinar a população, houve um movimento conhecido como Revolta da Vacina. A ideia não era propagar bem-estar pela população, mas, sim, higienizá-la, pois ela era vista como um risco para os “cidadãos de bem” e para o desenvolvimento do país. A ideologia das políticas higienistas teve como ponto de partida as demolições dos cortiços, pois estes eram vistos como “focos de propagação de doenças”. De fato, a saúde pública desencadeou ações que colocaram a questão sanitária como questão política e a saúde como questão social.

Nesse sentido, o crime era ser pobre e a intervenção possuía uma perspectiva conservadora e inadequada. Não houve a preocupação em conscientizar a sociedade quanto à importância da vacinação, pelo contrário, a imposição fomentou a mobilização por parte dos indivíduos.

Na década de 1920, houve o início do que hoje conhecemos como Previdência Social, com a criação das CAP’s (Caixas de Aposentadorias e Pensões), por meio da Lei Eloy Chaves. Estas eram organizadas por empresas e possibilitavam o acesso à saúde só àqueles que faziam parte dessa organização do trabalho. Em 1933, as CAP’s são substituídas pelos IAP’s (Institutos de Aposentadoria e Pensões) e a medicina previdenciária ganha espaço entre os trabalhadores.

Assim o foi até a Ditadura Militar brasileira (1964-1985), período no qual houve a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), que fortaleceu a medicina previdenciária, ampliando a saúde privada e oferecendo acesso restrito somente aos contribuintes. Considera-se que esse momento da história foi um tempo de estagnação na saúde pública.



76 | A IMPORTÂNCIA DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS PARA A FORMAÇÃO E A ATUAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE DO IDOSO

A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966 (BRAVO,2006, p. 6 e 7).

Em âmbito internacional, em 1948, a OMS (Organização Mundial de Saúde) atribuiu um novo conceito à saúde. Este então foi ampliado, por entender que a saúde era biopsicossocial, pois compreendia o bem-estar humano completo, integral. Essa nova definição foi um grande avanço na luta a favor de políticas públicas que abraçassem o ser humano em sua totalidade.

No Brasil, essa perspectiva de saúde ampliada só passou a ser uma pauta a partir do movimento social da década de 1970, denominado Reforma Sanitária. Este foi um projeto dos trabalhadores que tinha por base a luta pela redemocratização do país e a saúde como direito de todos e dever do Estado.

No entanto, foi somente em 1986 que o movimento teve seu grande marco, na VIII Conferência Nacional de Saúde. Esse evento reivindicava principalmente a universalização do acesso à saúde e possibilitou a construção de um projeto que buscasse atender à demanda da população.

Com o fim da ditadura e a criação da nova Constituição Federal de 1988, o SUS (Sistema Único de Saúde) passou a vigorar em todo o território nacional, tendo seu marco na Lei nº 8.080 de 1990. Porém, nessa mesma década, com a inserção do neoliberalismo, observou-se uma política de saúde extremamente sucateada e entregue nas mãos do empresariado.

O Projeto privatista entrou em disputa com o da Reforma Sanitária e o SUS tornou-se seletivo, voltado somente para os mais pobres. O Estado transferiu sua responsabilidade, descrita na Constituição de 1988, para o setor privado, contribuindo para o intenso processo de privatização e desfinanciamento.

“Nesse contexto, apesar do texto constitucional conter avanços, houve um forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes. A Reforma Constitucional, notadamente da Previdência Social e das regras que regulamentam as relações de trabalho no Brasil é um dos exemplos dessa aliança. Ao agendar a reforma da previdência, e não, da seguridade, o governo teve como intenção desmontar a proposta de Seguridade Social contida na Constituição de 1988. Seguridade virou previdência e previdência é considerada seguro” (BRAVO, 2006, p.13).

Ao mesmo tempo, o projeto de Reforma Sanitária continuou em voga, para que fosse implementado. Por isso, foi preciso encontrar alternativas de luta, enfrentamento e estratégias. Nesse sentido, como uma possibilidade de intervenção estão as residências multiprofissionais.

As RMS (residências multiprofissionais em saúde) são uma das alternativas de luta a favor da Reforma Sanitária, uma vez que possuem princípios que se coadunam, enxergando o indivíduo como um todo que precisa de uma equipe multidisciplinar para possuir saúde ampliada. Mas, afinal de contas, o que são residências multiprofissionais?

São programas de pós-graduação em saúde, na modalidade *lato sensu*, instituídos pela Lei nº 11.129 de 2005, criados pelo MEC (Ministério de Educação) e pelo MS (Ministério da Saúde), que visam contribuir com a construção do SUS.



“[...] definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica e estabelece, em seu parágrafo primeiro, que essa Residência se constitui em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde.” (BRASIL,2005, [s.p])

Nesse contexto, as residências multiprofissionais ganham destaque, pois tendem a caminhar rumo à integralidade de ações à saúde ofertadas aos usuários, ao mesmo tempo que proporcionam ao residente uma formação especializada e significativa de aprendizagens. Queremos com isso dizer que a dinâmica vivenciada nas residências direciona a um tipo de aprendizagem produtora de experiências em torno das questões do cotidiano, da produção de sentidos, da escuta ativa, do aprofundamento e da busca de soluções dos problemas dentro de um cenário de reflexão sobre a própria prática.

Após o MEC ter instituído essa formação, tem sido cada vez mais recorrente a adesão de profissionais de diferentes áreas, tais como educação física, serviço social, nutrição, psicologia, entre outras, a cursarem essa modalidade de ensino, o que antes voltava-se especificamente para os cursos de medicina. De acordo com Silva e Capaz (2013), as RMS têm o potencial de interdisciplinaridade, unindo, no mesmo espaço, diversas formações e saberes que devem caminhar juntos a partir de ações integradas voltadas ao atendimento da população assistida. Esse diálogo multi/interdisciplinar denomina o que podemos chamar de aprendizagem significativa.

As RMS, portanto, possuem estreita relação com o SUS constitucional e, dentro dessa perspectiva, podem contribuir consideravelmente com a atuação de profissionais e com a garantia do acesso à saúde dos diversos seguimentos populacionais, dentre eles, os idosos. Neste artigo, buscaremos fazer essa articulação, tendo em vista que acompanhamos diariamente o sucateamento e a falta de atenção política em relação à saúde enquanto direito fundamental e observamos como toda a população e, em particular, os idosos das classes populares têm sua saúde predestinada a uma necropolítica, ou seja, a mecanismos técnicos para conduzir as pessoas à morte (MBEMBE, 2018).

A saúde ainda é vista na perspectiva oposta à doença e ainda pouco discutida na sua integralidade, ou seja, a partir de uma abordagem que inclua a promoção de cuidados, o bem-estar físico, psíquico, emocional e social, a garantia de qualidade de vida, entre outros fatores. Destarte, somos provocadas a pensar a saúde do idoso dentro de um sistema de saúde público em saturação e desmonte. Em consonância com essa reflexão, cumpre pensar a importância desses profissionais nessa experiência de residência e suas contribuições para a promoção da saúde do idoso e o seu processo de envelhecimento.

Inserida em uma formação ampliada, as RMS tendem a integrar saberes capazes de possibilitar uma rede de atenção à saúde e mudanças no que tange à humanização do atendimento e ao olhar sensível sobre a saúde.

2.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A SAÚDE DO IDOSO

O idoso é compreendido, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), como a pessoa a partir dos 60 anos de idade. Essa população teve um crescimento exponencial nos últimos anos,



trazendo consigo particularidades muito características dessa fase da vida e que requerem atenção e cuidado por parte do Estado e da sociedade. No entanto, isso não significa que a partir dessa faixa etária se esteja fadado a ter uma vida limitada e dependente de outros.

O processo de envelhecimento tem como tema central a realidade socioeconômica da população idosa, que, na maioria das vezes, é incompatível com os custos para se ter uma velhice com qualidade, sendo necessária, portanto, a intervenção do Estado por meio de políticas sociais. Estas, por sua vez, são um desafio no que diz respeito à sua efetivação.

Nesse sentido, foi promulgada, em 1988, a Constituição Federal, que, em seu artigo 230, versa sobre o direito da pessoa idosa. Posteriormente, em 1994, foi sancionada a Lei nº 8.842 que discorria sobre a Política Nacional do Idoso, substituída em 2006 pela portaria nº 2.528, denominada Política Nacional da Pessoa Idosa e, em 2003, passou a vigorar a Lei nº 10.741, também denominada Estatuto do Idoso.

Essas legislações representaram um enorme avanço na proteção aos idosos e foram conquistadas por meio de muita luta dos movimentos sociais, dos trabalhadores e da sociedade de modo geral. Por isso, é necessário defender essas políticas e pleitear que sejam efetivadas a todos, visto serem elas um direito.

Em primeiro lugar, é importante deixar claro que existem diversos fatores determinantes no processo de envelhecimento saudável, sendo o maior deles as condições socioeconômicas. Não é possível envelhecer com qualidade de vida sem acesso à habitação, rede de cuidado, lazer etc. Ou seja, sem saúde. Uma vez que saúde não é somente a ausência de doenças, mas, sim, um conjunto de fatores que promovem bem-estar.

É necessária a intervenção do Estado, por meio de uma proteção social, a fim de garantir que esse grupo, que por vezes é posto à margem da sociedade, possua condições dignas de vida. Além disso, é possível, sim, que a pessoa idosa envelheça de modo a prolongar seus anos de vida, com qualidade, segurança e autonomia, dentro do possível.

Nesse sentido, no ano de 2020, com a pandemia ocasionada pela Covid-19, os idosos (pobres, em grande maioria) vêm sofrendo a forma mais dura da doença, não só por fatores biológicos, mas, também, pelo negacionismo do Estado, que não tem enfrentado essa situação de modo que proteja os vulneráveis. Com leitos faltando, sem financiamento, sem uma conscientização adequada e com as comorbidades, os idosos estão sendo bruscamente atingidos.

No que se refere a comorbidades, muitas podem ser evitadas com a promoção e a prevenção em saúde. Essas medidas contribuem, em grande parte, para salvar os idosos. No entanto, se estes não tiverem acesso à atenção básica de qualidade e gratuita tornam-se mais suscetíveis a doenças, tais como o coronavírus. Por isso, investir em qualidade de vida é também um investimento na vida dos idosos.

A política de saúde, portanto, é a responsável por amparar esse público e deve-se garantir que ela seja implementada em relação a todos, tal como determina a lei, nas esferas municipais, estaduais e em âmbito nacional.

Nesse ponto, insere-se o objeto desta discussão: o acesso dos idosos à saúde e a importância das RMS.



2.2 AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS E A SAÚDE DO IDOSO

O programa de Residência Multiprofissional tem sido uma grande oportunidade de conhecimento e aplicação prática após o término da graduação. Além disso, há o contato com profissionais de áreas distintas, o que contribui para o crescimento profissional.

“Intenciona com ele capacitar os profissionais a entenderem a multicausalidade dos processos mórbidos, individuais e coletivos, contextualizando o indivíduo em seu meio ambiente, abrangendo as áreas da Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. É um programa de cooperação intersetorial, favorecendo a inserção qualificada dos jovens profissionais no mercado de trabalho, orientada pelos princípios e diretrizes do sistema único de saúde a partir das necessidades e realidades locais e regionais”. (SILVA. et al. 2015, p.133)

Essa troca de experiências e saberes entre as diversas áreas da saúde promove a realização de ações conjuntas, principalmente quando o usuário necessita de atendimentos que vão além de uma única especialidade. Essas possibilidades de trocas enriquecem tanto a formação profissional (entendemos que esse é um processo contínuo, para além da graduação), como a população atendida.

Com efeito, é importante destacar que há uma riqueza na diversidade de saberes. Todavia, em qualquer ambiente em que profissionais diferentes, com saberes diferentes, comungam do mesmo espaço, é necessário criar uma atmosfera em que a individualidade seja respeitada e as atribuições de cada profissional sejam bem determinadas, respeitando cada área do saber.

Estudos como o de Ferreira *et al.* (2009, p.1423) apontam para a construção do trabalho em equipe numa residência multiprofissional. Segundo os autores, a RM consiste numa modalidade de trabalho coletivo configurado por uma relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas. As tomadas de decisões são coletivas, não cabendo ações desarticuladas e isoladas.

A perspectiva da multidisciplinaridade é sempre no sentido de agregar algo à evolução da prática multiprofissional em favor do usuário. Ou seja, enxergar o cidadão sempre como um ser total, dotado de particularidades e singularidades, mas que, ao mesmo tempo, é um todo. Nesse sentido, o residente atua em toda a parte prática que um profissional mais experiente já realiza, porém com uma preceptoría para auxiliá-lo quando necessário.

Pensando na importância dos programas RMS na atuação junto aos idosos, é preciso analisar as demandas específicas desse segmento populacional e como a residência pode contribuir nesse sentido. A partir disso, podemos discorrer sobre o envelhecimento e sua relação com a residência multiprofissional.

A demanda por saúde, e aqui especificamente a dos idosos, não se resume à falta de doença biológica, mas, sim, ao conjunto de fatores sociais e econômicos, uma vez que como seria possível pensar a saúde, ainda mais na velhice, sem alimentos com bons valores nutricionais ou sem uma saúde mental equilibrada? E, ainda, sem água potável ou até mesmo sem atividades físicas?

É nesse contexto que as RMS são de extrema relevância na defesa de uma saúde biopsicossocial para os idosos, conforme preconiza o SUS, tendo em vista que, por meio do atendimento multidis-



80 | A IMPORTÂNCIA DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS PARA A FORMAÇÃO E A ATUAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE DO IDOSO

ciplinar, tem-se uma visão de totalidade, com profissionais capazes de cuidar integralmente desse segmento populacional.

“A atuação clínica com enfoque na doença, na prescrição e no tratamento é de fundamental importância no contexto do cuidado à saúde. Entretanto, acreditamos que ela deve estar associada a uma visão ampliada de saúde, que incorpore ao fazer profissional, competências que lhe possibilitem uma visão humanista e integral do processo saúde-doença, nos aspectos político, econômico, educacional, familiar, dentre outros”. (SILVA, *et al.* 2015, p.137).

Ao estudar a população idosa, descobre-se que o aumento desse grupo é algo que já acomete grande parte das sociedades, não sendo exclusivo dos países desenvolvidos. Os dados estatísticos⁵ dessa mudança na pirâmide populacional revelam também a necessidade de atenção e intervenção do Estado, por meio de políticas públicas que atendam a essa nova demanda.

Diante disso, ainda que a velhice não seja um fator determinante das doenças e da dependência em relação a outras pessoas, o aumento da população idosa indica um maior número de indivíduos que podem ter a saúde mais fragilizada, além do aumento de comorbidades e, conseqüentemente, maior utilização nos serviços de saúde, se comparado com outras faixas etárias.

Nesse sentido, foi criada a UNATI (Universidade Aberta da Terceira Idade) da UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), que é uma universidade específica para estudos e atendimento dessa população. Ela é referência na discussão sobre o envelhecimento e tem possibilitado maior visibilidade e atenção para esse grupo, através do desenvolvimento de atividades que cooperem para a cidadania e o bem-estar dos idosos.

“A UnATI/UERJ é uma universidade para a terceira idade em permanente construção. O programa que desenvolve apresenta quatro elementos básicos que constituem eixos em torno dos quais se encontra uma estrutura que, por definição, é considerada aberta – no sentido de não concluída, posto que pretende ser dinâmica. Em cada eixo podem ser identificadas ações de ensino, pesquisa e extensão”. (VERAS & CALDAS, 2004, p.46)

A UNATI/UERJ, assim como as RMS, também trabalha na perspectiva multidisciplinar, oferecendo uma equipe técnica especializada, com diversos profissionais da área da saúde. Sendo assim, consideramos que esses programas são de intrínseca relevância na defesa de uma saúde integral à pessoa idosa.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar. É melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar que em dias de frio me esconder. Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver”.

Martin Luther King

Primeiramente, salientamos que o presente texto não teve intenção de esgotar essa discussão, uma vez que foram apresentados pontos considerados relevantes, no entanto, de forma introdutória.

⁵ Um estudo detalhado sobre esse tema pode ser encontrado no texto de Ana Amélia Camarano: “Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica”. IPEA. Texto para Discussão n° 858, Rio de Janeiro, 2002



A partir disso, reafirmamos a tese defendida durante o artigo, de que as RMS possuem uma perspectiva de integralidade, assim como o SUS, o qual, embora sucateado, ainda é um dos melhores sistemas de saúde do mundo, sendo inclusive uma referência em diversos quesitos.

Apontamos também a necessidade de a classe trabalhadora, de forma coletiva e articulada, se unir, assim como o fez no Movimento de Reforma Sanitária, na década de 1970, a fim de pleitear que a população idosa tenha o acesso à saúde de forma completa e com qualidade. Para isso, é necessário também investimento em pesquisa, com o objetivo de conhecer cada vez mais a realidade e as novas expressões da questão social, tendo em vista que estas são alteradas conforme os acontecimentos sociopolíticos.

Além disso, foi possível afirmar, através desse estudo, que a prevenção e a promoção também fazem parte desse conjunto amplo de fatores que determinam e definem o processo da saúde, uma vez que diversas doenças podem ser evitadas por meio dessas medidas. Com isso, defendemos que um maior e mais efetivo financiamento da atenção básica poderá contribuir em muitos aspectos com o bem-estar dos idosos no Brasil.

Dito isto, lembremo-nos, conforme a história demonstra, que todos esses pontos só poderão ser conquistados por meio da mobilização popular, uma vez que o idoso não tem mais grande valor para o capital e a saúde é vista como uma mercadoria. Cabe a nós, classe trabalhadora, lutarmos pelos idosos de hoje e pelo futuro daqueles que estão caminhando rumo a velhice: nós.

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS.** Exercício 2007/2009. Brasília, DF: MEC; MS, 2009

BRAVO, M.I.S. **Política de saúde no Brasil.** In: MOTA, A. E. et al. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

FERREIRA, R.C. et al. **Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva de residentes médicos em saúde da família.** *Ciência & Saúde Coletiva.* 14(Supl. 1):1421-1428, 2009.

MBEMBE, A. **Necropolítica.** 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018.

SCHAWRCZ, L.M. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870 -1930.** São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SILVA, J. et al. **Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional.** *Acta paul. enferm.* [online]. 2015, vol.28, n.2, pp.132-138. ISSN 1982-0194. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500023>. Acesso:10.Out.2020.

SILVA, L.B.; CAPAZ, R. **Preceptoria: uma interface entre educação e saúde no SUS.** In: SILVA, L. B; RAMOS, A. (Orgs.). *Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional.* 1ªed. Campinas: Papel Social, v. 1, p. 200-215, 2013.

Veras, RP; Caldas, CP. UnATI-UERJ: **10 anos um modelo de cuidado integral para a população que envelhece.** Rio de Janeiro: UnATI; 2004. Disponível em: http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/textos_Unati/unati6.pdf. Acesso: 27.nov.2020

CAMARANO.A.M. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica.** IPEA. Texto para Discussão nº 858, Rio de Janeiro, 2002.



