

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE
SERGIPE - FANESE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS
EM SAÚDE**

JUCIANA MATOS DANTAS SANTOS

**A BUSCA POR UM NOVO CONCEITO DE SAÚDE: a
experiência da GEAP /SE**

**Aracaju – SE
2009**

JUCIANA MATOS DANTAS SANTOS

**A BUSCA POR UM NOVO CONCEITO DE SAÚDE: a
experiência da GEAP /SE**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-Graduação e
Extensão – NPGE, da Faculdade de Administração de Negócios de Sergipe – FANESE,
como requisito para a obtenção do título de Especialista em Gestão e Serviços
Especializados em Saúde.**

Analice Nóbrega Oliveira Bento

Rosângela Farias Barreto

Juciana Matos Dantas Santos

Aprovado (a) com média: 9,0

Aracaju (SE), 25 de maio de 2009.

RESUMO

Esse artigo apresenta o inovador programa de assistência médica da Fundação de Seguridade Social do estado de Sergipe (GEAP /SE). Para chegarmos a essa experiência, foi realizada uma introdução à análise da transição dos paradigmas tecnocientíficos, dentro das ciências médicas; e uma contextualização histórica, no Brasil, do desenvolvimento da área da saúde. A experiência é apresentada a partir da exposição do Projeto GEAP de Saúde Auto Conduzida. A análise dos dados da atividade nos permite perceber uma boa aceitação pelos usuários, mas alguns problemas persistem, e esses são os desafios para o aprimoramento da experiência assistencial da GEAP /SE.

Palavras-chave: Assistência Médica. GEAP. Gestão da Saúde. Saúde.

ABSTRACT

This article presents the innovatory medical aid program of the Social Security Foundation of the state of Sergipe (GEAP/SE). In order to reach this experiment, an introduction was carried out to analyze the techno-scientific paradigms inside the medical sciences; and a historical study of the health area development, in Brazil. The experiment is presented from the exhibition of the Project GEAP of Health Care Self Driven. The activity data analysis shows a good acceptance from the users, however some problems persist. Those are the challenges to reach the perfect study of the GEAP/SE assistance.

Key words: Medical aid. GEAP. Management of the Health. Health.

SUMÁRIO

RESUMO.....	
ABSTRACT.....	
1 INTRODUÇÃO	06
2 OS PARADIGMAS DA MODERNIDADE E A CONSTRUÇÃO DO COHECIMENTO NA ÁREA DA SAÚDE.....	07
2.1 O Modelo Biomédico – O Modelo Atual da Medicina	07
2.2 Saúde Holística	08
3 A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....	12
4 A BUSCA POR NOVOS PARADIGMAS NA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA GEAP /SE	20
4.1 A história da GEAP	20
4.2 A experiência de atenção à saúde da GEAP /SE	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	30
ANEXOS.....	31
ANEXO A – MUDANÇA E ADAPTAÇÃO ORGANIZACIONAL.....	31
ANEXO B – FOTOS DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS	32

1 INTRODUÇÃO

A introdução é um apanhado geral do conteúdo do artigo científico sem entrar em muitos detalhes. Apresenta o cenário com uma breve análise de conjuntura. Expõe o problema, as justificativas intelectuais e práticas sobre a escolha do assunto, além dos procedimentos metodológicos utilizados na realização do trabalho. Deve ser breve e específica.

A proposta de assistência médica da GEAP /SE se distingue de outras propostas pelo caráter profundo dos seus dados epistemológicos. Seus pressupostos de construção levam em conta a necessidade de uma nova humanidade, baseada em um conjunto diferenciado de conceitos e padrões de comportamento. Essas idéias são discutidas, de forma introdutória, no capítulo dois. A partir da análise de Fritjof Capra sobre a construção da ciência ocidental, nos debruçamos na medicina para entender como os conceitos usados na área de saúde estão calcados em paradigmas mecanicistas, base da sociedade moderna, mas inadequados para o entendimento da realidade da pós-modernidade que vivemos.

No capítulo três apresentamos um histórico da experiência de saúde do Brasil. Para entendermos o sistema de saúde que temos hoje, partimos das experiências do Brasil Colônia, a partir da vinda da família real para o Brasil. A história da construção do sistema de saúde brasileiro avança no tempo, apresentando os fatos que marcaram a área da saúde na república, até desembocar no movimento sanitaria e a constituição de 1988, criadora do Sistema Único de Saúde.

O capítulo quatro apresenta os dados do artigo. A partir da exposição do Projeto GEAP de Saúde Auto Conduzida (PGSAC), são apresentadas as ações desenvolvidas nas diversas linhas de atuação do projeto.

Nas considerações finais é apresentada uma análise da experiência a partir do material levantado e de entrevista com gestores do projeto.

2 OS PARADIGMAS DA MODERNIDADE E A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO NA ÁREA DE SAÚDE

A visão do mundo e o sistema de valores que estão na base de nossa cultura, e que têm de ser cuidadosamente reexaminados, foram formulados em suas linhas essenciais nos séculos XVI e XVIII (CAPRA, 1982:49).

Em meados da década de XX, os paradigmas de construção do conhecimento começaram a entrar em crise. A percepção desse processo pode ser visualizada a partir das várias facetas que ele assumiu: inflação, desemprego, crise energética, crise na assistência à saúde, poluição, violência, crime... A crise é, essencialmente, uma crise de percepção (CAPRA, 1982:13).

Todo o conhecimento científico da modernidade está baseado numa visão de mundo mecanicista, fechada, newtoniana. Vemos um mundo, atualmente, muito mais interligado, sistêmico, ecológico, que não pode ser explicado a partir da visão cartesiana.

A influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédico, que constitui o alicerce conceitual da moderna medicina científica (CAPRA, 1982: 116).

2.1 O Modelo Biomédico - O Modelo Atual da Medicina

Biologia e medicina caminharam de mãos dadas por toda a história ocidental. O modelo mecanicista influencia inicialmente a biologia e logo passa a ser adota pela medicina. Concentrando-se, cada vez mais, em partes menores do corpo, perde a noção de integralidade do ser e a capacidade de promover a cura, pois essa envolve uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana (CAPRA, 1982:117).

A abordagem, para contemplar a infinidade de fatores que são responsáveis pela saúde deve ser mais integrativa, sistêmica, holística. Paster é um dos primeiros cientistas a pensar de forma ecológica, considerando os fatos ambientais como influenciadores do funcionamento de organismos vivos.

Os movimentos sociais dos anos 60 e 70 parecem ser o início de uma nova visão de sociedade, baseada em uma nova realidade. Na área da saúde, a abordagem holística e a ênfase na cura são as propostas mais visíveis. Além dessas, a incorporação de saberes da medicina oriental e suas diferentes terapias e maneiras de tratar a doença e propiciar a saúde, são de extrema importância para a emergência de uma nova forma de prática da saúde.

Precisamos, pois, de um novo “paradigma” - uma nova visão da realidade, uma mudança fundamental em nossos pensamentos, percepções e valores. Os primórdios dessa mudança, da transferência da concepção mecanicista para a holística da realidade, já são visíveis em todos os campos e suscetíveis de dominar a década atual (CAPRA, 1982:14).

Apesar de todo esse movimento, a medicina continua avançando na sua análise reducionista, até alcançar níveis moleculares de análise. A produção de antibióticos, as vacinas, os exames mais precisos, as cirurgias mais exitosas, mesmo constituindo-se como avanços significativos da área, não conseguiram resolver a questão de acesso de todos a esse direito social - a saúde.

Entretanto, apesar desses grandes avanços da ciência médica, estamos assistindo hoje a uma profunda crise da assistência médica, estamos assistindo hoje a uma profunda crise da assistência médica na Europa e na América do Norte (CAPRA, 1982:126).

2.2 Saúde Holística

A medicina, a partir do modelo biomédico, conseguiu vários avanços, mas entrou em crise no final do século XX. Os avanços tecnológicos tornaram a saúde cara. Novos métodos são desenvolvidos para racionalizar e otimizar os custos com o setor.

A avaliação tecnológica em saúde (ATS) é, na atualidade, em países desenvolvidos, um subsídio importante para decisões sobre cobertura de tecnologias /procedimentos e para a elaboração de diretrizes clínicas e, portanto, para os processos de planejamento /gerencia e avaliação de serviços e programas, tanto ao nível nacional quanto ao nível de cada serviço (SILVA, 2004:199).

Mesmo com a criação de novas formas de controle e incorporação de ferramentas de gestão para a racionalização dos custos e efetivação da eficácia das organizações de saúde, o foco paradigmático ainda continua sendo o de tratamento da doença. Necessário se faz uma abordagem que consiga entender a saúde a partir de uma compreensão que esteja harmonizada com a nova forma de concepção da sociedade, com valorização da integração e incorporação da visão sistêmica, que orienta a construção do conhecimento, na atualidade.

O moderno pensamento científico - em física, biologia e psicologia - está conduzindo a uma visão da realidade que se aproxima muito da visão dos místicos e de numerosas culturas tradicionais, em que o conhecimento da mente e do corpo humano e a prática de métodos de cura são partes integrantes da filosofia natural e da disciplina espiritual. A abordagem holística da saúde e dos métodos de cura está, portanto, em harmonia com muitas concepções tradicionais, assim como será compatível com as modernas teorias científicas (CAPRA, 1982:299).

Os sistemas de saúde devem ser entendidos como parte de um processo cultural de procura da saúde e tratamento das doenças. A visão ocidental de saúde é uma entre as possíveis formas de concepção e solução dos problemas da área. Num momento como esse, em que a humanidade procura sintetizar suas experiências, para alcançar um entendimento melhor de toda a sua história, é fundamental uma capacidade de absorção de todos os saberes espalhados em todas as culturas da Terra.

Veremos, em especial, que nem todas as culturas tradicionais abordaram a assistência à saúde de um modo holístico. Através dos tempos, parece que as culturas têm oscilado entre o reducionismo e o holismo em suas práticas médicas, provavelmente em resposta às flutuações gerais dos sistemas de valores (CAPRA, 1982:299).

Necessário se faz que a análise da saúde (e da doença) seja entendida, na atualidade, a partir da interação e harmonia com o meio ambiente. Essa nova visão enfatiza, necessariamente, as medidas preventivas. O objetivo não seria apenas o tratamento da doença, mas a possibilidade de evitá-la.

A visão oriental de saúde valoriza o conhecimento subjetivo, tão desconsiderado no ocidente, desde o advento do racionalismo e a objetividade. Sintetizar conhecimentos de saúde é entender que o processo de construção da mesma passa por uma harmonização do

corpo (objeto empírico, concreto), da mente (subjetividade) e do espírito (pressupostos filosóficos, base dos padrões de comportamento).

Se adotarmos uma atitude mais equilibrada em relação ao conhecimento racional e intuitivo, será mais fácil incorporar ao nosso sistema de assistência à saúde alguns dos aspectos característicos tanto da medicina do leste asiático como de nossa própria tradição hipocrática. A principal diferença entre esse novo modelo de saúde e a abordagem do leste asiático será a integração de medidas psicológicas e sociais em nosso sistema de assistência à saúde (CAPRA, 1982:313).

Um conceito fundamental para a nova abordagem da saúde será a redefinição do que é saúde. Tradicionalmente considera-se estado de saúde como ausência de doença. Ora está que na atualidade várias pessoas, mesmo estando doentes, possuem capacidade de produção e disposição, inclusive com qualidade de vida e saúde superior a outras “não doentes”, que não pode ser consideradas dentro do conceito tradicional da mesma. A noção de saúde, mais do que um conceito concreto e objetivo, é fruto de um conceito subjetivo, recheado de significados. O que é saúde para alguns, pode não ser para outros.

Uma vez percebida a relatividade e a natureza subjetiva do conceito de saúde, também se torna claro que as noções de saúde e de doença são fortemente influenciadas pelo contexto cultural em que elas ocorrem. O que é saudável e doente, normal e anormal, são e insano, varia de cultura para cultura. Além disso, o contexto cultural influencia o modo específico como as pessoas se comportam quando adoecem (CAPRA, 1982:314).

O que pode ser percebido, com a nova abordagem de tratamento da saúde, é que essa, pelo seu aspecto sistêmico e integrativo com o ambiente, dificilmente pode ser entendida de forma reducionista, como foi tratada até agora. A saúde não pode ser consequência de um fator apenas, mas da interação de muitos fatores. Necessário se faz que essas dimensões e interações devam ser consideradas na hora do planejamento e promoção da saúde.

O pensamento sistêmico é pensamento de processo e, por conseguinte, a visão sistêmica encara a saúde em termos de um processo contínuo. Enquanto a maioria das definições, incluindo algumas recentemente propostas por seguidores da corrente holística, descreve a saúde como um estado estático de perfeito bem-estar, o conceito sistêmico de saúde subentende atividade e mudança contínuas, refletindo a resposta criativa do organismo aos desafios ambientais (CAPRA, 1982:315).

A multidimensionalidade da saúde está contemplada, em grande parte, em alguns programas do SUS. O programa de saúde da família é um bom exemplo do avanço ao encontro de uma visão mais integrada. As propostas de humanização e acolhimento desenvolvidas na saúde do Brasil são frutos de um processo crescente de absorção dessas novas percepções, mas há, ainda, muitas ações a serem desenvolvidas.

Se, no setor público, as ações são mais concretas e acumulam ganhos, inclusive financeiros, no setor privado, ainda são muito tímidas. Entender a construção do sistema de saúde no Brasil se faz necessário para uma adequada contextualização dos ganhos e dos desafios necessário, além das possibilidades futuras de organização e intervenção na área de saúde.

3 A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

A experiência brasileira de saúde não inicia antes do século XIX, até esse momento a única preocupação do Estado e dos médicos era evitar a morte. A partir desse século o Brasil inicia um período de grandes transformações, inclusive no âmbito da medicina. Essa passou a ser alvo de reflexão da sociedade, juntamente com a prática médica, principalmente no meio urbano e insere-se como peça fundamental do poder do Estado (BRASIL, 2007 apud MACHADO, 1978). Percebe-se que os cuidados com a saúde já nascem dentro de uma lógica que beneficia o poder do Estado e serve como controle da população e benefícios das camadas mais abastadas.

A vinda da corte portuguesa para o Brasil (1.808) influenciou profundamente a colônia, inclusive nos aspectos referentes à saúde. O Rio de Janeiro, capital da colônia, tornou-se o centro das ações sanitárias. Foram criados centros de formação de médicos e fundadas academias médico-cirúrgicas.

...é o momento em que instâncias médicas assumem o controle das medidas de higiene pública.(...) Tem como objetivo a inspeção da vacinação, o controle do exercício da Medicina e a política sanitária da terra, que engloba a inspeção de alimentos, farmácias, armazéns de mantimentos, restaurantes, açougues, hospitais, colégios, cadeias, aquedutos, cemitérios, oficinas, laboratórios, fábricas e, em geral, de onde possa provir danos à saúde pública (BRASIL, 2007 apud MACHADO, 1978).

Até meados do século XIX a preocupação com a saúde pública no Brasil, estava restrita ao controle de navios e saúde dos portos e as atribuições sanitárias das juntas municipais. O controle sanitário era mínimo e realizado de forma precária, sem visão integrada da saúde e de direito da população. Mesmo não resolvendo os problemas de saúde pública, as juntas representam uma nova etapa na estruturação da higiene pública no Brasil. Ao estabelecer uma estrutura formal responsável, o Estado destaca a importância desse conjunto de atividades para a vida na sociedade. Essa forma de organização vai perdurar durante todo o século XIX.

A proclamação da República no Brasil é um marco da vitória das idéias que pregavam a necessidade de modernização da sociedade. A abolição da escravidão, ocorrida um pouco antes, e as idéias liberais que fundavam a modernidade, foram fundamentais para que o trabalhador brasileiro começasse a ser encarado como “capital humano”. Os controles da área da saúde começam a envolver não só os aspectos coletivos, como os destacados até então, mas, também, os aspectos da saúde individual, principalmente ligada aos trabalhadores.

A medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, por extensão, a defesa do projeto de modernização do País (BRASIL, 2007 apud FILHO, 2004).

O quadro sanitário caótico do início do século XX (1910), com seus efeitos negativos, possibilita o encontro do movimento sanitarista e parte das elites políticas. As políticas de saúde iniciadas (efetivamente) a partir desse período, estão associadas ao problema de integração nacional e interdependência gerada pelas doenças transmissíveis. O foco estava no controle das epidemias que geravam sérias conseqüências, tanto para a saúde coletiva como para o comércio. Essa intervenção estatal constante, tanto na saúde individual e coletiva, pode ser revelador de uma “política de saúde”. A necessidade de controle exige que se pense de forma antecipada as ações e sejam apresentados planos, dentro de uma política, com uma definição clara de ferramentas de controle da situação sanitária presente.

A incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção da saúde coletiva levaram os governos republicanos, pela primeira vez na história do país, a elaborar minuciosos planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva, ou útil, da população. Diferentemente dos períodos anteriores, a participação do estado na área da saúde tornou-se global: não se limitava às épocas de surto epidêmico, mas estendia-se por todo o tempo e todos os setores da sociedade (BRASIL, 2007:19).

Durante a primeira república, um ativo movimento de Reforma Sanitária emergiu no Brasil. Nesse período destaca-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e são estabelecidas as bases para a criação de um Sistema Nacional de Saúde. Mesmo assim, as medidas de proteção social, entre elas a assistência médica, só viriam a ter reconhecimento legal com a aprovação da Lei Eloi Chaves de 1923.

Mesmo com todos os avanços do Governo Vargas, principalmente no tocante a políticas sociais e proteção ao trabalhador e de previdência social, estendida a todas as categorias do operariado urbano organizado, até o final da década de 1950, a assistência médica previdenciária não era importante. Ao Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) cabia a saúde pública ou tudo que dissesse respeito à saúde da população que não fosse ligada a área de medicina previdenciária.

O Mesp fazia a prestação de serviços para aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais, ou seja, todos aqueles que não se encontravam habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e pelos serviços previdenciários (BRASIL, 2007:22).

Com a constituição de 1946, a saúde pública teve sua estrutura centralizada e múltiplos programas e serviços foram verticalizados para possibilitar a implementação de campanhas e ações sanitárias. A burocracia também foi forçada a se adequar a novos contextos e contornos políticos que caracterizaram o Brasil até 1964. Várias ações marcaram esse período, como: a criação do ministério da saúde; a reorganização dos serviços nacionais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu); a campanha nacional contra a lepra e controle e erradicação de doenças, como a malária e; a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde.

A dinâmica política da sociedade brasileira começava, desde meados da década de 1950, a permitir a compreensão das proposições de mudanças nas políticas da saúde, promovidas pelos “desenvolvimentistas” que defendiam a idéia de saúde como questão de superestrutura, isto é, não como causa do desenvolvimento econômico e social, mas uma consequência dele (BRASIL, 2007:23).

O período militar caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica com sentido de mercantilização crescente da saúde. Mudanças estruturais na burocracia afetaram profundamente a saúde, a saúde pública foi relegada ao segundo plano. As formas de pagamento dos serviços médicos prestados pelas empresas privadas, as inúmeras clínicas e hospitais privados construídos com o dinheiro público e a grande expansão das faculdades particulares de medicina, associados a uma enfoque de medicina curativa, geraram um modelo de saúde com profundo aspecto corruptível.

A saúde pública, relegada ao segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos - que não chegavam a 2% do PIB - colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população (BRASIL, 2007:24).

Com a crise do modelo econômico implantado pela ditadura, no ano de 1975, e a rearticulação paulatina dos movimentos sociais, torna-se mais frequentes as denúncias sobre a situação caótica da saúde pública. Os Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs), articulados a partir da reforma universitária de 1968, foram os grandes articuladores da produção científica e da prática política e da interface com outros movimentos sociais para garantir a saúde como um direito da população brasileira e obrigação do Estado nacional. Transformando-se em local de origem da organização do movimento sanitarista no país.

Foi nesse período que as idéias de medicina social penetraram nos meios acadêmicos brasileiros. Sua abordagem contrapunha-se à “concepção positivista de uma ciência universal, empírica, atemporal e isenta de valores”, uma abordagem médico-social fundada na percepção do caráter político da área da saúde (BRASIL, 2007:26 apud ESCOREL, 1998).

O movimento sanitarista assumiu seu viés ideológico, contrapondo-se à toda idéia liberal do movimento preventivista, de matriz americana, baseado na medicalização, na burocracia estatal e elitização da prática médica. Para uma prática alternativa propunham os programas de medicina comunitária, atenção primária realizada por não-profissionais e valorização da medicina tradicional.

O ano de 1974 representa um marco da redemocratização brasileira. Como o regime militar cada vez mais desgastado, principalmente nos aspectos econômicos e sociais, os militares editam o II Plano Nacional de Desenvolvimento, voltado para os aspectos econômico e social. Para implementar as ações propostas no plano, reorganiza o estado e, na área da saúde, cria o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS).

No entanto, não tinha quadros para ocupar todos os espaços abertos e terminou por criar espaços institucionais para pessoas de pensamento contrário, senão antagônicos, ao dominante, em seu setor. Por essa brecha, lideranças do movimento sanitário entraram na alta burocracia estatal, na área de saúde e da Previdência Social (BRASIL, 2007:28 apud ESCOREL, 1998).

Essa inserção dos sanitaristas na estrutura do estado propiciou a apresentação de propostas transformadoras com foco na melhoria e democratização do atendimento à saúde das populações mais carentes. Alguns desses projetos, pela referência, mais tarde, para nortear a proposta do SUS.

No governo Figueiredo, mesmo não havendo a unificação dos ministérios da Previdência e da Saúde, foi palco de alguns avanços. A criação de mecanismos de coordenação interministerial, que objetivava a elaboração de um grande projeto para o reordenamento do setor, é um marco.

Na sua primeira versão, o Prev-Saúde apresentava-se, aparentemente, como um plano que, inspirado em programas de atenção primária, como os projetos Sobradinho, MOC, E Piass, tinham como seus pressupostos básicos a hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade, a integração dos serviços existentes em cada um dos níveis de complexidade, fossem de origem pública ou privada, e a reorganização do atendimento por áreas e populações definidas (BRASIL, 2007:29).

A década de 80 caracteriza-se por um aumento do questionamento do sistema de saúde governamental. Várias propostas são colocadas como alternativas, o apelo à democratização do sistema, com a participação popular, a universalização do sistema, a defesa do caráter público e a descentralização são algumas das ideias apresentadas para tornar o sistema mais democrático. Aliado à esse movimento, o agravamento da crise na Previdência Social, em 1981, resultou no “pacote da previdência”. Aumento de contribuição, diminuição de benefícios dos aposentados e intervenção na assistência médica da Previdência Social eram as ações apresentadas. Esse conjunto de fatores possibilitou a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conaps).

O Conaps, criado em setembro de 1981, pelo Decreto nº 86.329 da Presidência da República, como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social, deveria operar como organizador e racionalizador da assistência médica e procurou instituir medidas moralizadoras na área da saúde...(BRASIL, 2007:29).

Um programa merece destaque dentro do plano do Conaps, são as Ações Integradas de Saúde (AIS), formalizadas a partir de convênios que fortaleceram a rede básica ambulatorial, possibilitou a contratação de recursos humanos, a articulação com os serviços públicos

municipais, a revisão do papel dos serviços privados e, em alguns casos, possibilitou a participação popular.

Mesmo antes do advento da chamada Nova República, o movimento sanitário realizou sua estratégia de ocupação de todos os espaços de discussão possíveis. Articulado com as lideranças políticas do País, promoveu encontros cuja finalidade não se resumia a planejar políticas para a área de saúde, mas sim, de influenciar na sua adoção (BRASIL, 2007:30).

A redemocratização é o momento de rearticulação da cidadania do Brasil, começa com o fim do regime militar em 1985 e vai culminar com a constituição de 1988, chamada de constituição social. Nesse período, os movimentos sociais conseguem se organizar e discutir a construção de uma nação democrática. Lideranças do movimento sanitarista assumem posições em postos – chave nas instituições, responsáveis pela política de saúde no País (BRASIL, 2007:30).

Convoca-se uma Conferência Nacional para o ano de 1986, a 8ª Conferência. É considerado, por muitos (BRASIL, 2007:30), como o momento mais significativo da luta política pelo direito à saúde no Brasil. É a expressão máxima da política, da luta, da organização, participação popular e, por outro lado, da defesa de um interesse, de uma idéia de sociedade, de prioridades de recursos e responsabilidades para a sustentabilidade.

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Nessa Conferência, que contou com a presença de mais de 4 mil pessoas, evidenciou-se que as modificações no setor da saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional (BRASIL, 2007:30).

Nessa conferência foi discutida a natureza jurídica do novo sistema, tempo de implantação, a unificação do Inamps e do Ministério da Saúde. Nela foi aprovada a criação de um Sistema Único de Saúde Optou-se por um sistema público e no seu documento final está o conceito de saúde, definido como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 2007:31).

Em 1987, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde(Suds).A transferência de recursos passava estar atrelada a um programa integrado, possibilitando ações articuladas nos três níveis de governo (municipal-estadual-federal).

Em 22 de agosto de 1986, é criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Essa comissão será responsável pela proposta de conteúdo da saúde que subsidiará a Constituinte.Essa proposta foi aceita pelo movimento sanitário e possibilitou a articulação, em torno de uma proposta, para apresentar a assembléia constituinte.

Como resultado das diversas propostas em relação ao setor de saúde apresentadas a Assembléia Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautada pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (BRASIL, 2007:32 apud CONASS, 2003).

O SUS vem sendo implantado como um processo social em permanente construção (BRASIL, 2006:23). Apesar da constituição de 88 ser o marco legal de sua criação, a sua gestão política remonta à crise do modelo médico assistencial privatista que se hegemonizou na segunda metade do século XX, induzido pelo processo de industrialização brasileira (BRASIL, 2006:23). A implantação do SUS, passados 20 anos de sua criação, é uma construção que acumula avanços e desafios.

A dimensão dos números e a qualidade de certos programas atestam os avanços obtidos pelo SUS (BRASIL, 2006:31). Os grandes números anuais da produção de serviços de saúde, o resultado sanitário, e a opinião da população brasileira, são indicadores que nos apresentam os aspectos positivos do estágio atual de desenvolvimento do SUS.No anexo 1, o gráfico da pesquisa de Travassos, apresentado pela CONASS (BRASIL, 2006:36) para ilustrar os avanços alcançados pelo SUS, retratam bem que o acesso à saúde cresceu bastante em todas as classes sociais de 1998 para 2003. Os dados podem nos indicar, claramente uma regularidade no acesso a serviços de saúde.

A qualidade de certos programas, como vacinação, transplante e HIV/AIDS, também representam indicadores dos avanços do SUS. Pesquisa do CONASS, de 2002(BRASIL,

2006:42), mostrando que 45,2% dos usuários exclusivos do SUS considera que o sistema funciona bem ou muito bem, é ilustrativo do muito que já foi construído.

O SUS não deve ser visto como um problema sem solução, mas como uma solução com problemas (BRASIL, 2006:43). Mesmo com todos esses avanços, muitos gargalos ainda criam desafios quanto à: universalização; financiamento; modelo institucional; modelo de atenção à saúde; a gestão do trabalho no SUS; e da participação popular (BRASIL, 2006:19). Os desafios apresentados nos mostram que a possibilidade de manutenção do SUS e de qualquer organização da área da saúde depende de sua adaptação às exigências atuais da sociedade. O grande desafio, do inovador sistema, é alcançar a maturidade e transformar-se numa política de Estado, mais que de governos (BRASIL, 2006:44).

O SUS, como estrutura pública de prestação de serviços, existe ao lado de outras organizações que, são importantes na história da saúde no país. Organizações filantrópicas, empresas privadas, planos de autogestão, ajudaram a construir um sistema de saúde plural e diversificado.

4 A BUSCA POR NOVOS PARADIGMAS NA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA GEAP /SE

O sistema de saúde que predomina no Brasil é o público, mesmo assim há o sistema privado de caráter suplementar. Desde a estruturação da saúde previdenciária, prevalecia o modelo do seguro social organizado em torno dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) (BRASIL, 2007a:21). Esses institutos, que na sua maioria compravam a prestação de serviços de consultórios médicos ou de estabelecimentos hospitalares, são representantes de diversas categorias de trabalhadores urbanos.

Nos anos de 1940 surgiram, paralelamente aos IAPs, as caixas de assistência que beneficiavam empregados a partir de uma mesma empresa. Esse modelo era disponibilizado para algumas poucas empresas.

Na década de 1950, com a instalação no país de empresas estatais e multinacionais, surgem os sistemas assistenciais próprios, isto é, que prestavam assistência médica de forma direta a seus funcionários. A assistência patronal – denominada atualmente como Grupo Executivo de Assistência Patronal (GEAP)- foi estruturada nesse período pelos funcionários do instituto de aposentaria e pensões dos industriários (BRASIL, 2007a: 22).

4.1 A história da GEAP

Segundo o *site* da GEAP (2008), a Fundação de Seguridade Social (GEAP) é uma entidade fechada de previdência complementar. Sua origem remonta ao ano de 1945 (29-09-45), quando o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, a partir da Resolução nº 185, cria a Assistência Patronal, autorizando a concessão de assistência aos funcionários do IAPI. Com o decreto-lei nº 72 (21-11-66), houve a unificação dos institutos de aposentadorias e pensões e criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS. A partir de então a assistência patronal é estendida a todos os servidores estatutários do INPS. A lei 3.807/60, e suas alterações posteriores facultaram aos servidores estatutários no INPS, mediante contribuição adicional, usufruir certos benefícios concedidos pelo regime de Previdência Social. Em 1974 houve a incorporação do Plano de Pecúlios Facultativo, como novo benefício.

Ainda na década de 70 (01-09-77), foi criado, pela Lei nº 6.439, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), sob orientação, coordenação e controle do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. Toma como missão a melhoria da qualidade de vida de seus clientes através da autogestão compartilhada, dos planos solidários de previdência complementar, saúde e assistência social. Com essas modificações, a assistência Patronal é estendida aos servidores do regime trabalhista e demais entidades do SINPAS.

Com o Decreto nº 83.266 (12-03-79), cria-se a Comissão Diretora da Assistência Patronal – CODAP – para dirigir e controlar as atividades do sistema de assistência patronal, atribuindo ao IAPAS a gestão financeira do Fundo de Assistência Patronal.]

Em 1989, com o aumento do número de segurados e dos recursos envolvidos, é reconhecida a necessidade de administrar a Assistência Patronal dentro de novos padrões e de melhorar a gestão dos fundos. Em 15 de março de 1989, a portaria nº 4.431, do MPAS, institui o Grupo Executivo de Assistência Patronal – GEAP -, com a finalidade de gerir o Fundo de Assistência Patronal –FAP. Um dos principais objetivos da GEAP é custear as despesas com assistência médica, odontológica e social aos servidores ativos e inativos, e respectivos dependentes do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS e dos órgãos e entidades que lhe eram subordinados ou vinculados.

Em 28 de março de 1990 foi instituída a Fundação de Seguridade Social – GEAP. Em julho de 1993 é extinto o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS -, passando suas funções, competências, atividades e atribuições para o Sistema Único de Saúde - SUS. A manutenção da assistência patronal foi objeto de preocupação dos legisladores que asseguraram a continuidade da prestação de assistência à saúde do servidor e respectivo custeio. O artigo 5º, da lei nº 8.689/93, reconhece a GEAP como sucessora da Assistência Patronal e deu explícito reconhecimento à transformação da mesma em fundação.

Em 1994, a portaria do MPAS nº 1.672 aprovou a primeira reforma do estatuto da GEAP e estabelece como sua finalidade a promoção da melhoria da qualidade de vida de seus

participantes mediante a administração de planos solidários de previdência complementar, saúde e assistência social. Em 2002 a Portaria nº 1.037, da Secretaria de Previdência Complementar (SPC), do MPAS, de 12 de dezembro, aprovou uma segunda reformulação do estatuto para adaptação da entidade às Leis 108/01 e 109/01.

Atualmente a GEAP oferece, aos servidores públicos federais, planos e programas de saúde, assistência social e previdência complementar. Mais de 760 mil pessoas estão vinculadas aos seus programas de saúde e possui uma rede de 25 mil prestadores.

A solidariedade é um princípio desde a sua fundação. Não há diferenciação em função de idade, número de participantes ou em função de doenças pré-existentes. Os benefícios se estendem à cobertura odontológica, ambulatorial e hospitalar, incluindo psicologia, fonoaudiologia, todos os transplantes, tratamento de AIDS, câncer e cardiopatias congênitas. Possui um programa de assistência social único entre os planos de autogestão, com auxílio para aquisição de cadeira de rodas, medicamentos especiais, órtese e prótese e educação de menores com necessidades especiais.

A gestão participativa está garantida através dos conselhos Deliberativos, Consultivos e Fiscais, constituídos paritariamente entre empregados e empregadores. A finalidade não lucrativa da Fundação viabiliza a oferta de serviços de benefícios a um preço menor que o de mercado.

4.2. A experiência de atenção à saúde da GEAP /SE

A GEAP /SE, entendendo que a saúde e a medicina ocidental, ao adotar uma abordagem reducionista da saúde, que dificulta o entendimento da cura de muitas doenças atuais, precisando urgentemente de um novo modelo de atenção à saúde, vem procurando alternativas viáveis para construção de uma atenção mais integrada, humanizada e holística dos processos de saúde. Essa experiência tem alcançado bons resultados no estado e chamado atenção de várias gerências que já se dispuseram a repensar sua assistência a partir de uma compreensão maior da pessoa humana e dos processos focados na cura, não na doença.

A sua proposta (GEAP, 2008a) salienta que não se pretende uma supressão total das drogas, exames e cirurgias, todavia, a eficácia das tecnologias médicas atuais poderá ser potencializada a partir de outras tecnologias que podem auxiliar no tratamento de enfermidades ainda não desvendadas pela medicina ortodoxa. A saúde é entendida, nessa concepção, como um processo interno. O bem estar não é fruto de inoculação de algum medicamento nas veias, nem pode ser dado às colheradas como remédio (GEAP, 2008a).

O Programa GEAP de Saúde Auto Conduzida procura, a partir de vários projetos, estabelecer uma nova visão do usuário, prestadores de serviços e planos fundação da necessidade de corresponsabilização pela construção da saúde. Alguns princípios são fundamentais para nortear essa nova visão. São eles: 1. a consciência de que o corpo físico não é a única dimensão da natureza humana; 2.a noção de que a consciência é uma espécie de energia e participa da contínua criação da saúde ou da doença; 3. percepção de que o indivíduo é afetado por influências genéticas, cultural, social e por uma diversidade de aspectos e, a partir disso cria a sua vida de acordo com o direcionamento de sua energia; 4.o ser humano é resultado da soma de diferentes tipos de movimentos que se desenvolvem conjuntamente afetando uns aos outros; 05.a totalidade, ou saúde, é o estado natural do ser humano e; 6.o novo modelo de saúde não é excludente e sim inclusivo.

Todas essas premissas são necessárias para que o objetivo pretendido pelo projeto seja alcançado: resgate da saúde e da qualidade de vida do cliente da GEAP através do processo saúde / doença, da consciência do corpo e resgate do potencial criativo e afetivo inerente a cada ser (GEAP, 2008a). Ou seja, promover a saúde de forma holística, integrada, compreendendo o ser humano em sua dimensão física, mental e espiritual. Para que esse objetivo aconteça, alguns objetivos específicos devem ser considerados, como: 1.a necessidade de despertar o potencial de cura existente dentro de cada um; 2.a integração das dimensões do ser; 3.resgate da qualidade de vida; 4. inclusão dos associados com maior idade no processo da vida em grupo; 4.aos grupos enfermos, orientação para uma visão de doença como grande oportunidade de mutação; 5.desenvolvimento do amor pelo próximo; 6.promoção da compreensão e aceitação da morte; 7.diminuição de demandas por consultas e

procedimentos médicos; 8. conscientizar a rede credenciada da necessidade de integração de técnicas alternativas e complementares à medicina ortodoxa.

A metodologia adotada para o desenvolvimento do projeto tem como base a integração da razão, sensação, sentimento e intuição, conforme modelo proposto por Yung, propiciando uma compreensão do “eu” verdadeiro (*self*). O corpo deve ser entendido como um veículo das expressões, para isso movimentos corporais, aliados à respiração, estímulo à expressão de sensação e sentimentos e flexibilização dos padrões estruturados, são fundamentais para levar as pessoas a um estado de leveza. Nos processos mentais, o principal caminho é a elevação do nível de consciência e modificação da atitude diante da vida. Essencial para isso é o reconhecimento e aceitação de aspectos sombrios existentes em cada ser. No campo emocional, o reconhecimento das próprias emoções e reações, a auto-observação e aceitação das experiências da vida, é um caminho para uma atitude de amor a si e aos outros. Os aspectos intuitivos são desenvolvidos a partir da vivência das escolhas e de missão de vida, sem referência à aspectos religiosos ou dogmáticos.

Para implementação de todo essa proposta de saúde, vários projetos são desenvolvidos, visando operacionalizar cada objetivo construído. O primeiro chama-se Expansão da Consciência e procura despertar o poder de cura dentro das pessoas através da reflexão e compreensão sobre as causas da doença e a responsabilidade pessoal por esse estado. A doença é potencialmente transformadora, pois pode causar uma súbita mudança de valores, um despertar para novas possibilidades, novos horizontes e qualidades que antes era possível enxergar (GEAP, 2008a: 8). Através de palestras e seminários, discutem temas como: medicina preventiva, ética e cidadania, ecologia, stress, relacionamentos saudáveis, biopsicologia, etc, procurando expandir e modificar a consciência através de novos conceitos. Algumas oficinas com: arteterapia, ikebana, construção de máscaras, musicoterapia e teatro, também são desenvolvidas para ajudar nos objetivos propostos. O relaxamento e a meditação também são usados com o propósito de ampliar a consciência e a autocompreensão do indivíduo. Enfim, todas essas ferramentas são formas do “ser” encontrar-se consigo mesmo.

No Projeto Reviver, são trabalhadas as doenças degenerativas visto que representam um grande desafio tecnologias de cura e prevenção das chamadas doenças da civilização. Muito pouco foi feito na área das doenças crônicas degenerativas, as chamadas “doenças da civilização”, uma vez que estão intimamente relacionadas a atitudes estressantes e comportamentos em relação à vida, alimentação, abuso de drogas, vida sedentária, poluição ambiental, entre outras coisas ligadas à vida moderna (GEAP, 2008a:10). Muitos pacientes, em virtude da dificuldade de lidar com situações que não podem controlar, aceitam essas doenças como incuráveis. O foco, nesse caso, é mostrar ao paciente que ele é protagonista da recuperação de sua saúde. Junto como o tratamento médico deve recolocar-se em contato com seu projeto interior, e é no contato com a natureza que ele se reencontra consigo mesmo, com o outro e com o ambiente, retomando o sentido da própria vida. É destinada às pessoas que estejam em situação de sofrimento por diagnóstico de doenças graves, depressão profunda, perdas, ou dependências diversas. As ações desenvolvidas visam à procura do amor - a si mesmo, ao sagrado e a natureza-; restituir o poder sobre a sua saúde e através do autoconhecimento achar caminhos de reencontro com a saúde e resgatar o relacionamento entre mente, corpo e coração, ensinando as pessoas a confiar no processo natural de cura.

O projeto de consciência corporal o objetivo é o indivíduo ouvir o seu corpo e respeitá-lo. Para isso são desenvolvidas oficinas de Yoga, para harmonizar corpo e espírito; tai chi chuan, exercícios tibetanos para o rejuvenescimento e longevidade, bio dança e ginástica aeróbica.

O projeto de atenção à terceira idade o foco é a terceira idade e a qualidade de vida. Mesmo com todas as implicações de saúde que a idade trás, podemos, a partir de hábitos saudáveis, postura de vida e relacionamentos satisfatórios, desenvolver uma vida de qualidade. São desenvolvidas atividades que vão levar os clientes da terceira idade a compreender as causas mais profundas da doença, fazendo-os preservar a sua saúde, através de trabalhos de autoconhecimento, hábitos salutareis, trabalhos corporais, nutrição adequada, relaxamento, inserção no mercado empresarial e trabalho social de doação voluntária (GEAP, 2008a: 15). Essas ações objetivam uma diminuição de consultas médicas e uso de medicamentos, despertar o interesse e responsabilidade pela saúde, despertar a compaixão, direcionamento para hábitos saudáveis, mostrar a importância do humor na vida, promover o

trabalho grupal e a socialização e desenvolver o potencial de sabedoria natural para outras faixas etárias. Essas ações são desenvolvidas em parceria com a Universidade de Acolhimento da Terceira Idade e da Universidade da Paz, através de cursos realizados na sede da GEAP, com duração de seis meses.

Com o projeto Clara Luz, a GEAP se propõe a assumir a missão de estar junto com seus assistidos no momento chamado de morte. A maioria dos médicos teve pouco treinamento para lidar com a morte, tanto nos aspectos ligados ao aconselhamento de pacientes e parentes, como com seus próprios sentimentos de derrota e medo. Precisa-se retomar a morte das mãos da medicina e devolvê-la aos familiares, a quem ela pertence. Essa família, por sua vez carece de ajuda, compreensão e apoio, às vezes mais que o próprio paciente, pois, na medida em que ele começa a desligar-se das coisas do mundo físico, o seu círculo de interesse vai gradativamente diminuindo até encontrar certa paz e aceitação. Já alguns lutam até o fim num debate insano para driblar a morte inevitável (GEAP, 2008a: 17).

Esse projeto pretende facilitar o processo de passagem a que todo ser humano, inevitavelmente será submetido, já que a ciência não tem nenhuma palavra orientadora para esse momento de transição. É desenvolvido com pacientes em estado terminal e seus familiares seja na sua residência ou no hospital.

O projeto de Atenção a Crianças, Jovens e Adolescentes procura proteger os jovens da violência que estão expostos, em função do distanciamento, cada vez mais profundo, dos valores humanos que regem a vida em sociedade. A busca excessiva do prazer, consumo, competitividade, egocentrismo, modismo e a superficialidade produz um processo de alienação que atinge em cheio essa população que, por procurar sua inserção à vida social, está mais sujeita aos apelos da mídia e do consumo. O projeto procura encaminhar nossas crianças, jovens e adolescentes pelo caminho contrário a que veem sendo estimulado e que vem gerando tanto violência, fruto da inversão de valores que, atualmente estão centrados no consumo e num modismo exacerbado, o que tem gerado, por sua vez, seres humanos egocêntricos, distante de valores como a ética, a verdade, o amor, a paz e a solidariedade (GEAP, 2008 a:). Esse projeto desenvolve-se através de várias atividades, como: aquelas voltadas para o despertar de valores humanos universais e Yoga.

Por fim, o projeto Despert'arte tem como finalidade utilizar a arte como forma de expressão dos sentimentos e emoções, pensamentos e esperanças, sonhos e desejos dos usuários. Para que essa expressão aconteça é necessário um processo de autoconhecimento e mobilização de recursos internos, sendo uma forma de prevenção e tratamento de diversos problemas. Em suma, pretende-se dar ao assistido um espaço em que poderá se expressar de forma livre, contribuindo dessa forma para a abertura de percepção de si mesmo (GEAP, 2008a: 21). Esse projeto é desenvolvido através de atividades como: teatro, musicoterapia, arteterapia, danças e projeção de filmes.

Sintetizando, a GEAP se propõe a inovar o modelo de atenção à saúde e colocar a fundação dentro de um novo paradigma, na vanguarda dos movimentos que buscam uma nova visão de homem, de uma humanidade mais consciente. Interessante é a observação colocada na conclusão do projeto que nos alerta para o fato de que, quando esperamos uma resposta determinada de algum tratamento estamos mais voltados para função de afastar sintomas do que para a cura (GEAP, 2008a: 22). Alterar esse paradigma de construção da saúde e afastarmos-nos do controle fracionado da doença parece ser o desafio da assistência à saúde do século XXI. Esse é o novo paradigma que passa por um modelo integrador, onde é a consciência que precisa dirigir nossa energia porque assim ela junta e capta informações de todas as nossas fontes: do interior, do exterior, do corpo, do espírito, da mente. É uma força integradora de união, onde unimos todas as fragmentações existentes dentro de nós e do mundo exterior e nos tornamos um só (GEAP, 2008a: 22).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Claro está que a experiência da GEAP /SE, no tocante à assistência médica de seus segurados, vai de encontro a toda uma produção de conhecimento e construção da realidade que, mesmo demonstrando sua fragilidade e superação histórica, não deixa de produzir e reproduzir essa lógica. Vários atores contribuem para que essa assistência à saúde continue sendo praticada de forma fragmentada e distante da real necessidade, cada vez mais crescente, de visualizar a saúde como direito fundamental do homem e reflexo de uma inserção positiva na realidade que o cerca.

A mudança de paradigmas exige que adotemos novas forma de organização do trabalho e isso implica um repensar as atividades desenvolvidas (Anexo A). A saúde teve vários avanços no último século, mas encontra-se em um beco epistemológico, financeiro e social. Várias práticas devem ser discutidas e outras incorporadas, a avaliação do custo /benefício é outra variável importante a ser analisada e, finalmente, a incorporação da saúde como um direito fundamental da humanidade, superando interesses financeiros e particulares, é de fundamental importância para o amadurecimento da democracia e da construção de sociedades mais dignas.

Para isso, as organizações devem projetar programas de desenvolvimento organizacional para incorporação de novos paradigmas à cultura da sociedade, contribuindo para mudanças que venham a construir um mundo mais justo, humano e sustentável. A sustentabilidade é uma exigência do mundo atual e ela não pode ser conseguida sem a adaptação de todas as áreas do conhecimento e sem o repensar da prática de todos os atores envolvidos, criando um clima de cumplicidade e responsabilidade pela construção de uma nova realidade.

A experiência da GEAP /SE é uma aposta na possibilidade de construção de grandes mudanças a partir da realidade de cada um de nós. Seria interessante que outros atores, que estão envolvidos na construção do campo da saúde, comecem a se apropriar e discutir esses eventos, para que a capacidade de replicação e articulação entre várias organizações possibilite escala para uma maior e mais profunda transformação.

Uma experiência que produz e constrói a inclusão a partir do respeito à diversidade de saberes da humanidade, com uma visão de sustentabilidade, baseada na crença do potencial do homem, está na vanguarda do tratamento assistencial do país e deve ser apoiada e imitada para que consigamos construir uma verdadeira democracia no Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, vol. 1, Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, Brasília: CONASS, 2006.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar**. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, vol.11, Brasília: CONASS, 2007a.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação**. Tradução de Álvaro Cabral, São Paulo: Editora CULTRIX, 1982.

GEAP. **A fundação**, Disponível em: <http://www.geap.com.br/_geap/ge_index.asp>, Acesso em: 23-12-08.

GEAP /SE. **Projeto GEAP de Saúde Auto Conduzida (GPSAC)**, Aracaju: GEAP / SE, 2008a.

GEAP /SE. **Programa GEAP de Saúde Auto Conduzida (GPSAC): atividades desenvolvidas em 2003, 2004 e 2005**, Aracaju: GEAP / SE, 2008b.

MARCONI, Marina de Andrade e LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**, 5 ed., São Paulo: Atlas, 2002.

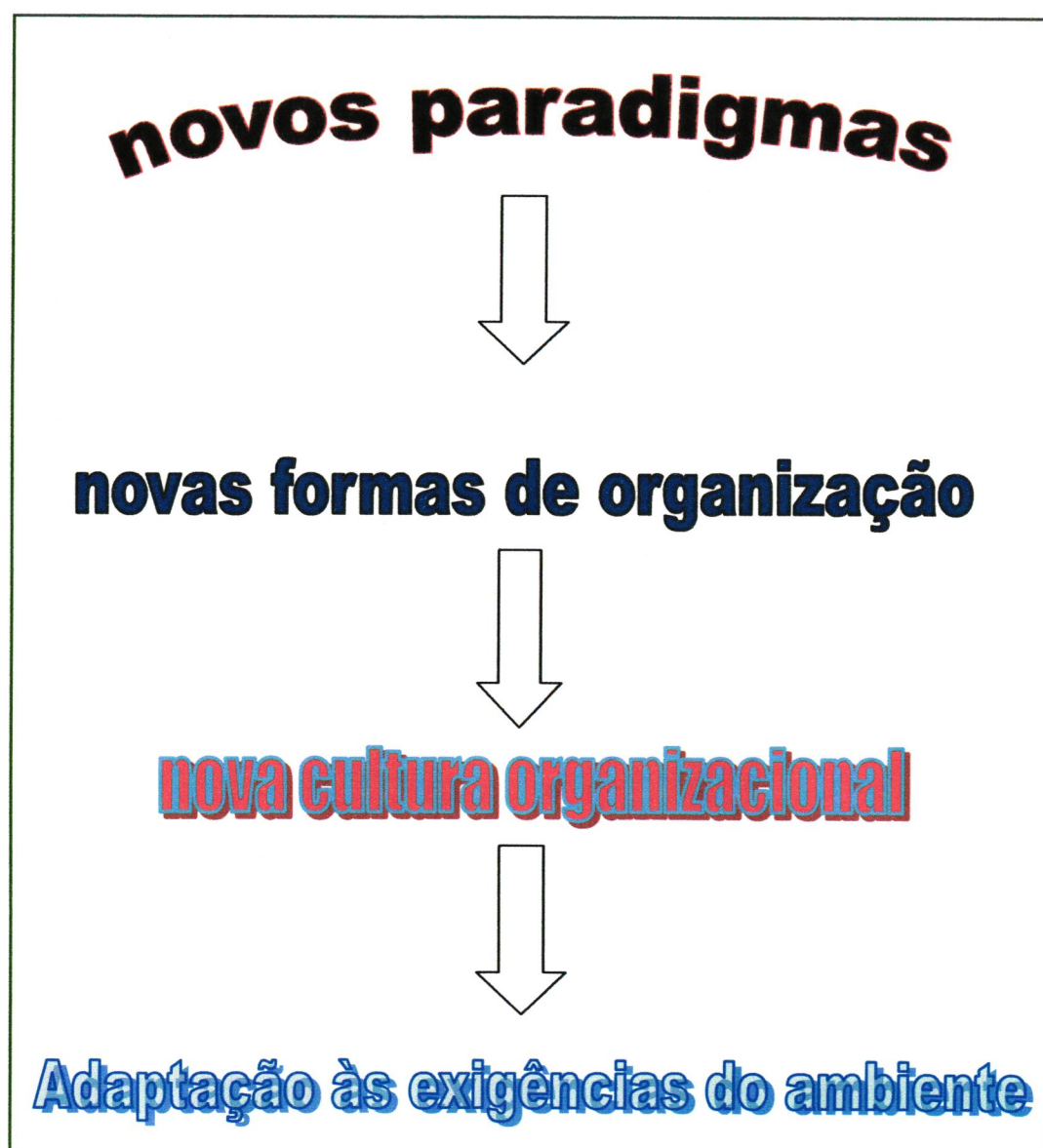
MELLO, Adilson C. Mudança e Adaptação Organizacional, In.: Workshop Contratualização e Contrato Estatal de Serviço, Aracaju: SES - Contratualização, 2008.

SILVA, Leticia Krauss-. **Avaliação tecnológica em saúde: questões metodológicas e operacionais**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro: 20 Sup 2, 2004, p. 199-207.

ANEXOS

ANEXO A

MUDANÇA E ADAPTAÇÃO ORGANIZACIONAL



Mudança e adaptação organizacional
MELLO, 2008.

ANEXO B
FOTOS DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS



Programa GEAP de Saúde Auto Conduzida (GPSAC): atividades desenvolvidas em 2003,2004 e 2005
GEAP /SE, 2008.



Programa GEAP de Saúde Auto Conduzida (GPSAC): atividades desenvolvidas em 2003,2004 e 2005
GEAP /SE, 2008.



Programa GEAP de Saúde Auto Conduzida (GPSAC): atividades desenvolvidas em 2003,2004 e 2005
GEAP /SE, 2008.