



Educação e Cidadania: Implicações para a Educação em Saúde

Introdução

Com a divulgação da Carta de Ottawa em 1986, no Canadá, um novo paradigma, denominado Promoção de Saúde, passa a ser compreendido e caracterizado como um processo que busca possibilitar que indivíduos e comunidades ampliem o controle sobre os determinantes de saúde e, por conseguinte, obtenham melhoria de sua saúde. Este processo representa um conceito unificador para quem reconhece a necessidade básica de mudança, tanto nos modos quanto nas condições de vida, visando a promoção de saúde.

Como a promoção de saúde deve ser entendida de uma forma ampliada, não somente como um momento anterior à doença, mas também como um modo de fazer saúde, as pessoas passam a ser vistas em sua autonomia, no seu contexto político e cultural, como sujeitos capazes de progredir da ação individual para a coletiva, ocorrendo transformações nas suas condições de vida. A concepção da nova promoção de saúde pode contribuir com a transformação das práticas de saúde (Heidemann, 2006).

Entender saúde passa a significar, então, compreender uma expressão de qualidade de vida que inclui pensar em uma nova perspectiva, que é a luta pela construção de melhores condições de vida para a população (Heidemann, 2006)

A Carta de Ottawa defende que as ações de promoção de saúde devem visar diminuir as diferenças nas condições de saúde da população através de um desenvolvimento social mais equitativo (WHO, 1986)

Nessa concepção, o processo saúde/doença adquire um caráter positivo, uma vez que, segundo Mendes (1999), saúde é resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de

Mariana Passos^{1,2}, Maria Isabel de Castro de Souza³, Renata Rocha Jorge^{3,4}, Luciana Freitas Bastos^{3,5}, Urubatan Vieira de Medeiros^{6,7}

Resumo

As mudanças na política do Brasil foram acompanhadas por mudanças nos modelos de saúde. Da mesma forma, as mudanças nas concepções de educação influenciaram fortemente a construção dos modelos de saúde. Essa influência pode ser percebida de maneira mais evidente na construção do modelo de Promoção de Saúde, uma vez que, nesse modelo, as pessoas passam a ser vistas em sua autonomia como sujeitos capazes de progredir da ação individual para a coletiva, ocorrendo transformações nas suas condições de vida. Essas transformações só acontecem através da educação. Dentro deste conceito, o método educativo de Paulo Freire destaca-se como a mais importante contribuição para a aplicação desta prática. Ela possibilita a construção prática de relações mais emancipatórias, autônomas e dialógicas entre profissionais de saúde e usuários. Assim, é ainda importante que a formação dos profissionais de saúde seja repensada para que o modelo de Promoção de Saúde se consolide efetivamente.

Palavras-chave: Saúde; Educação; Cidadania.

¹ Professora Substituta da Faculdade de Odontologia – UERJ.

² Professora Assistente da Faculdade de Odontologia – UNESA.

³ Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia – UERJ.

⁴ Professora Assistente da Faculdade de Odontologia – UNIGRANRIO.

⁵ Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia – UNIGRANRIO.

⁶ Professor Titular da Faculdade de Odontologia – UERJ.

⁷ Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia – UFRJ.

E-mail: maripassos.rj@ig.com.br.

E-mail: profamariaisabel@yahoo.com.br.

E-mail: redent@ig.com.br.

E-mail: redent@ig.com.br.

E-mail: umedeiros@globo.com.

vida como uma condição de existência das pessoas, no seu modo de viver, de sentir prazer, quer seja individual ou coletivamente.

Desta forma, na perspectiva da promoção de saúde, a emancipação social é um processo que impulsiona a libertação e a capacitação dos sujeitos envolvidos para a melhoria das suas condições de vida (Heidmann, 2006).

Mudanças na Política e na Saúde

É fato que, de uma forma geral, as mudanças na área de saúde sempre se deram influenciadas por questões político-econômicas. No Brasil, não aconteceu de forma diferente. Em um retrospecto histórico, podemos observar que, na construção da saúde pública, os modelos evoluíram do sanitário-campanhista até o atual médico-assistencial privatista vigente (Mendes, 2002).

No primeiro modelo, houve o estabelecimento de uma política de intervenção sanitária para combater doenças transmissíveis. Politicamente, esse modelo pode ser considerado como integrante de um modelo repressivo imposto aos indivíduos, que respondia às necessidades da economia agro-exportadora (Mendes, 2002).

Já o modelo vigente surge a partir da diversificação da base produtiva, que impulsionou investimentos na medicina previdenciária para manter a reprodução da força de trabalho dos indivíduos com o emprego formal. A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), se dá a partir da crise política e econômica do início dos anos de 1980, atrelada ao processo de redemocratização (Mendes, 2002).

A criação do Sistema único de Saúde (SUS), regulamentado pelas leis 8080 e 8142 de 1990, traz para dentro do setor várias concepções e idéias embasadas na lógica da promoção de saúde. A criação do SUS aponta para uma mudança das práticas das políticas setoriais e do entendimento do conceito de saúde, que passa a ser entendida como direito do cidadão e dever do Estado.

Nas transformações das práticas de saúde, orientadas por esse novo modelo, há uma reorientação de modo a valorizar o trabalho na atenção primária. Entretanto, ainda hoje, podemos apontar pontos considerados críticos que dificultam a efetivação desta nova prática. Dentre eles, destaca-

se a falta de formação profissional adequada para esta estratégia de reorientação da atenção básica.

Para tentar solucionar essa questão, o artigo 43 da Lei de Diretrizes e Bases aponta para a preocupação com a educação superior, de modo que essa deve ter, entre suas finalidades, o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual, destacando os problemas regionais, prestando serviços especializados à população e estabelecendo com a mesma uma relação de reciprocidade (Brasil, 1996). No entanto, quando observamos a educação voltada para a formação do profissional de saúde, nos deparamos com uma história bastante diferente desta que pressupõe a inclusão de todos os sujeitos envolvidos no processo educativo.

A evolução da Educação e a influência na Saúde

A evolução das estratégias pedagógicas acaba se confundindo com a própria evolução dos conceitos e paradigmas em saúde.

Dessa forma, podemos caracterizar essas estratégias da seguinte maneira:

Na pedagogia tradicional, as atividades e ações de ensino estão centradas na transmissão de conhecimentos pelo professor, que é visto como autoridade máxima e único responsável e condutor do processo educativo.

Nessa tendência, há uma preponderância da exposição de conteúdos com uma seqüência pré-determinada e fixa, independente de qualquer contexto, ou seja, os conteúdos e procedimentos didáticos não estão relacionados ao cotidiano do aluno e muito menos às realidades sociais. O professor assume uma figura autoritária, esperando do aluno uma atitude receptiva e passiva, ou seja, uma posição de absorção de conteúdos, sem qualquer questionamento. Também não há relação entre os conteúdos ensinados e o interesse dos alunos, tampouco com as realidades que afetam a sociedade.

De acordo com Bordenave & Pereira (1993), essa estratégia apresenta repercussões tanto individuais quanto sociais. Individualmente, acontece passividade do aluno e falta de atitude crítica, distanciamento entre a teoria e a prática. Em nível social, o impacto se traduz principalmente pelo individualismo e falta de participação e cooperação, além da falta de conhecimento da própria realidade.

Quando observamos o reflexo dessa pedagogia na área de saúde, vemos os profissionais como detentores de todo o conhecimento relativo à saúde e que desconsideram a história e vivência de seus pacientes, impedindo, dessa forma, que esses participem ativamente da construção de um equilíbrio no seu processo saúde-doença.

Nos anos de 1970, a pedagogia em voga é a chamada pedagogia por condicionamento, que se concentra no modelo da conduta de estímulos e recompensas, capaz de condicionar o aluno a emitir respostas desejadas pelo professor, tornado-a assim uma prática altamente controlada e dirigida pelo professor. A escola, dentro desse modelo, funciona como modeladora do comportamento e se torna instrumento de aperfeiçoamento da ordem social vigente (o sistema capitalista) e produtora de indivíduos tecnicamente competentes para o mercado de trabalho. Dentro desse contexto, existe uma supervalorização da ciência objetiva e desvalorização de qualquer sinal de subjetividade, e a prática da descoberta fica limitada aos especialistas.

As principais conseqüências de ordem social dessa pedagogia são: a tendência à mecanização e robotização da população, com ênfase no aumento da produtividade, repetindo o modelo fordista; a perpetuação da dependência de fonte externa para estabelecimento de objetivos, métodos e reforços, o que, conseqüentemente, gera a necessidade da figura de um líder; a falta de consciência crítica e de cooperação; a susceptibilidade à manipulação ideológica e tecnológica e a ausência de dialética professor-conteúdo.

Essa lógica enfatiza a afirmação de que aprender não é algo natural do ser humano e depende de especialistas e técnicas, o que valoriza a tecnologia e transforma o professor num mero especialista na aplicação de manuais e reduz a função do aluno à de indivíduo que, para ter êxito e avançar, apenas reage a estímulos.

O período do regime militar sustentou a propagação dessa pedagogia, e, por possuir caráter centralizador e autoritário, esse regime limitou discussões que antes envolviam amplos setores da sociedade, dando lugar ao discurso de especialistas (Amâncio Filho, 2007).

Além disso, na década de 1970, sustentou-se fortemente as idéias de que a educação pouco poderia influenciar as transformações das condições de

vida ou as relações de poder da sociedade, cabendo aos sistemas educacionais apenas reproduzir as estruturas de dominação existentes na sociedade (Amâncio Filho, 2007).

Na formação dos profissionais de saúde, essa tendência tem sido a mais influente, o que gera a visão do cliente como objeto e não como sujeito das ações dos profissionais de saúde. Para a saúde, de uma forma geral, o reflexo desse modelo acontece na implementação da prática preventivista, que desconsidera a individualidade dos sujeitos e supervaloriza a divisão por especialidades.

Com a abertura política do final do regime militar, no final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980, começa a haver uma mobilização dos educadores na busca de uma educação crítica que possa resultar em transformações sociais, econômicas e políticas com o propósito de superação das desigualdades sociais. Dentro desse contexto, surge a pedagogia libertadora ou da problematização.

A pedagogia da problematização teve origem na educação popular dos anos de 1950 e 1960, foi interrompida pelo golpe militar, e é retomada no final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980. A educação nesta pedagogia é uma atividade em que professores e alunos são mediatizados pela realidade que apreendem e da qual extraem seu conteúdo de aprendizagem, atingem um nível de consciência dessa realidade, a fim de nela atuarem, possibilitando a transformação social (Pereira, 2003).

Na pedagogia libertadora, o método de ensino baseia-se na relação dialógica entres os atores envolvidos no processo de aprendizagem, tanto alunos quanto professores, e é através desse diálogo que se dá a verdadeira comunicação, onde os interlocutores são ativos e iguais, tornando a comunicação relação igualitária, dialogal, que produz conhecimento (Pereira, 2003).

A educação é ideológica, mas dialogante e atenta para que se possa estabelecer a autêntica comunicação da aprendizagem: entre gente, com alma, sentimentos e emoções, desejos e sonhos. Essa pedagogia é fundada na ética, no respeito à dignidade e à própria autonomia do educando. É vigilante contra todas as práticas de desumanização. É necessário que o saber-fazer da auto-reflexão crítica e o saber-ser da sabedoria exercitada ajudem a evitar a degradação humana e o discurso fatalista da globalização (Freire, 1997(b)).

Nessa pedagogia, há uma valorização do indivíduo como ser livre, ativo e social, sendo que esse indivíduo passa a integrar o centro do processo educativo e há uma valorização pela busca do conhecimento.

Aprender, então, torna-se, verdadeiramente, o ato de conhecer realidades vividas e de ter sobre essas realidades uma reflexão, compreensão e crítica. A utilização dessa pedagogia acaba por gerar o desenvolvimento de uma população conhecedora da sua própria realidade, o que lhe dá subsídios para tornar-se resistente a qualquer tipo de dominação.

É importante revisar o conceito de participação popular como forma de concretização de luta pela garantia de melhores condições de vida da população. A participação pode ser o resultado da conquista e da luta da população, constituindo-se num verdadeiro exercício de construção da cidadania (Boehs et al., 2003).

É através dessa pedagogia, então, que a educação assume, verdadeiramente, seu papel emancipatório e permite aos sujeitos superarem a capacidade formal de manejo do conhecimento, tornando-os capazes de intervirem em sua própria história (Demo, 2007).

Na área da saúde, essa pedagogia possibilita a aplicação de uma prática mais participativa. Dentro do paradigma de Promoção de Saúde, a utilização dessa pedagogia passa a significar empoderamento comunitário e pessoal através do desenvolvimento de habilidades e atitudes em prol da saúde. Esse empoderamento passa a acontecer a partir do desenvolvimento de programas que promovam nas comunidades uma consciência crítica sobre sua realidade vivida. O método educativo de Paulo Freire pode ser considerado como a mais importante contribuição para a aplicação dessa prática (Laverack, 2001).

A influência da pedagogia de Paulo Freire na construção do modelo de Promoção de Saúde

A utilização do referencial teórico de Paulo Freire é importante para a prática de Promoção de Saúde, principalmente quando se trata da idéia de que são inúmeros os fatores que interferem sobre as condições de vida da população. Dessa forma,

a utilização do referencial de Paulo Freire pode contribuir na construção prática de relações mais emancipatórias, autônomas e dialógicas entre profissionais de saúde e usuários.

Para Freire (2000, p. 43), a pedagogia crítica radical libertadora é:

trabalhar a legitimidade do sonho ético-político de superação da realidade injusta. É trabalhar a genuinidade desta luta e a possibilidade de mudar, vale dizer, é trabalhar contra a força da ideologia fatalista dominante, que estimula a imobilidade dos oprimidos e sua acomodação à realidade injusta, necessária ao movimento dos dominadores. É defender uma prática docente em que o ensino rigoroso dos conteúdos jamais se faça de forma fria, mecânica e mentirosamente neutra.

A idéia de coerência profissional indica que o ensino exige do docente comprometimento existencial, do qual nasce autêntica solidariedade entre educador e educandos, pois ninguém pode se contentar com uma maneira neutra de estar no mundo. Ensinar, por essência, é uma forma de intervenção no mundo, uma tomada de posição, uma decisão, por vezes, até uma ruptura com o passado e o presente (Freire, 1997(b)). Pois, quando fala de “educação como intervenção”, Paulo Freire refere-se a mudanças reais na sociedade: no campo da economia, das relações humanas, da propriedade, do direito ao trabalho, à terra, à educação, à saúde (Serpa & Serpa, 1997).

A concepção dialógica de Freire demonstra que a vida humana tem uma razão de ser e está além das relações de pressão presentes na sociedade. Freire propõe, em sua obra, um compromisso ético de emancipação e libertação da sociedade e esse pensamento pode contribuir com a compreensão do significado da promoção de saúde, principalmente, quando se trata da idéia de que são inúmeros os fatores que interferem sobre as condições de vida da população (Heidemann, 2006).

Esses pressupostos sustentam a noção do *empowerment* (empoderamento), onde as pessoas são encorajadas a tomar decisões sobre temas que possam contribuir para suas vidas e, então, solicitar a participação dos profissionais para interferir no processo. A partir dessa concepção, as idéias de Paulo Freire passam a ter grande influência sobre a nova promoção de saúde, pois ele defende a

emancipação dos indivíduos como instrumento necessário e importante para a transformação da sociedade, dizendo que

o que importa ao ajudar os homens e mulheres é ajudá-los a ajudar-se....fazê-lo agente de sua própria recuperação...pô-lo numa postura conscientemente crítica diante de seus problemas (Freire, 1996, p. 66).

Dessa forma, o conceito *empowerment* contribui de forma positiva com o Modelo de Promoção de Saúde, pois influi no processo saúde-doença, uma vez que permite que os indivíduos possuam ferramentas para conquistar qualidade de vida.

O conceito em *empowerment* foi definido por Wallerstein & Laverack (2001) como um processo contínuo, que oferece maior percepção na maneira pela qual as pessoas são capacitadas, que gradualmente maximiza seu potencial de progredir da ação individual para coletiva, promovendo mudanças sociais e políticas.

Carvalho (2002) conceitua o *empowerment*, através de duas abordagens: psicológica e comunitária, sendo que a primeira privilegia a ação individual e a segunda enfatiza a ação sobre os coletivos.

A noção de *empowerment* é essencial na prática baseada no modelo de promoção de saúde, porque proporciona o engajamento comunitário, levando a mudanças sociais e políticas. Quando os indivíduos têm engajamento voluntário, eles aprendem a se emancipar e lutar por um melhor nível de saúde. O desenvolvimento interpessoal leva à uma ação coletiva (Heidemann, 2006).

Podemos encontrar, implicitamente, na Carta de Ottawa, o *empowerment* como fundamental para o modelo de promoção de saúde, uma vez que esse documento considera a capacitação da comunidade como fundamental para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde.

A formação profissional no modelo de Promoção de Saúde

Ao analisarmos a formação dos profissionais de saúde, através dos currículos, ainda encontramos o processo centrado na racionalidade do modelo biomédico, onde o domínio da teoria é condição para formação profissional e o processo

saúde-doença é reduzido às suas vertentes biológicas. Esse modelo não permite que o exercício profissional se afirme como uma prática socialmente construída.

Os atuais currículos não levam em consideração, como observa Freire (1994):

os saberes que vêm se gerando na cotidianidade dramática das classes sociais submetidas e exploradas. Os saberes adquiridos nas condições difíceis para sobreviver acabam não levados em consideração, e, em última análise, esses saberes são expressões de sua resistência.

Negar esses saberes significa, de uma forma geral, negar a cultura dos oprimidos e repetir o modelo de uma escola voltada para a classe dominante. Significa impedir a implementação efetiva do modelo de Promoção de Saúde, uma vez que a participação popular é condição imprescindível para que ele se concretize.

Minayo (2001) destaca que a hegemonia do conhecimento médico e da saúde pública tem sido, sistematicamente, marcada pelo apagamento do sujeito. Aponta, ainda, para as diversas resistências em aderir aos novos paradigmas e concepções no campo da saúde, e pouco tem sido enfatizado o papel dos indivíduos para a construção de uma sociedade saudável, conforme preconiza a Carta de Ottawa.

Dessa forma, fica evidente que uma das maiores dificuldades da saúde é a de transpor a lógica do modelo biomédico para o definitivo estabelecimento do modelo de Promoção de Saúde.

Merhy (2002) destaca que é necessário haver mudança nos sujeitos que se colocam como protagonistas, com a construção de novos valores e de uma nova cultura baseada na solidariedade, cidadania e humanização na assistência. Merhy (2003) ainda aponta que a produção do acolhimento, da responsabilidade e do vínculo, enquanto diretrizes do modelo assistencial, contribuem para a construção de uma nova postura dos profissionais, resignificando a finalidade de seus trabalhos.

No entanto, apesar da concepção de promoção de saúde estar implícita na Lei Orgânica do SUS, políticas e ações não têm sido efetivamente implementadas, tendo as ações de saúde um caráter ainda muito incipiente (Mello, 2000).

O princípio da integralidade, que é uma das

premissas ideológicas do SUS, permite um diálogo entre o saber técnico e o saber popular e a interdisciplinaridade na prática profissional. Porém, a execução das práticas interdisciplinares apresenta dificuldades que estão, principalmente, relacionadas, mais uma vez, à formação que os profissionais receberam na universidade.

Mudar as estruturas curriculares significa repensar a sociedade e as suas estruturas, porque o currículo é o espaço onde se concentram e se desdobram as lutas em torno de diferentes significados sobre o social e o político. É por meio do currículo, concebido como elemento discursivo da política educacional, que os diferentes grupos sociais, expressam sua visão de mundo, seu projeto social, sua verdade (Silva, 2001).

Dessa forma, uma nova concepção curricular seria aquela que estivesse baseada numa noção essencialmente dinâmica da cultura e que deveria ser compreendida como prática de significação, prática produtiva, relação social, relação de poder e prática que produz identidades sociais (Silva, 2001).

Para mudar de fato, é preciso que se forme um novo profissional de saúde, que esteja adequado não só às demandas da área de saúde, mas ao que se espera do trabalhador do mundo atual, de uma forma geral.

Esse trabalhador deve ser aquele que convive em uma sociedade contemporânea, em que a substituição da divisão taylorista de tarefas por atividades integradas, em equipe ou individualmente, exige uma visão global do processo de trabalho em que se encontra inserido, bem como maior capacidade de resolver problemas. Esses novos requerimentos do processo produtivo fazem necessário que o trabalhador possua requisitos intelectuais que envolvem o conhecimento sobre a origem, a produção e a mudança do mundo físico e da vida social, capaz de interagir como sujeito crítico da sociedade (Amâncio Filho, 2007).

Considerações finais

O que Freire (1994) propõe em sua pedagogia do oprimido é o estabelecimento de uma prática pedagógica desveladora da razão de ser dos fatos, instigadora dos oprimidos para que se assumam como sujeitos críticos do conhecimento e da ação transformadora do mundo. Essa pedagogia não se limita ao treinamento técnico, mas propõe a

compreensão de como e por que a sociedade opera daquela forma.

Manifestamos o que somos, agindo e praticando na vida social. Mesmo quando o enfoque for o exercício de uma determinada prática, como por exemplo, a prática profissional, não podemos esquecer que ela só tem significado concreto quando referida ao conjunto de práticas sociais em que nos envolvemos por sempre vivermos em sociedade.

As idéias de Freire nos ajudam a compreender que, somente através do verdadeiro diálogo e da troca de vivências entre os profissionais de saúde e a população, pode haver o efetivo estabelecimento do modelo de Promoção de Saúde. Dessa forma, o profissional de saúde deve se transformar em um legítimo educador progressista e desafiar a população a “pensar criticamente a realidade social, política, histórica em que é uma presença” (Freire, 2000, p.44).

Referências Bibliográficas

- AMÂNCIO FILHO, Antenor. Cenários e situações da formação em saúde no Brasil. *Boletim Técnico do SENAC*. Disponível em <<http://www.senac.br/informativo/BTS/233>>. Acesso 7 ago. 2007.
- Brasil. Lei 9394. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União* 1996; 20 dez.
- BOEHS, Astrid Eggert; HEIDMANN, Ivonete; GRISOTTI, Marcia. Comunidades e órgãos públicos: quem pode resolver os problemas sócio-ambientais? *II Seminário Internacional Educação Intercultural, Gênero e Movimentos Sociais- Identidade, diferença, mediações*. Disponível em <<http://www.rizoma.ufsc.br>>. Acesso. 15 jul. 2007.
- BORDENAVE, Juan Enrique Diaz; PEREIRA, Adair Martins. *Estratégias de ensino- aprendizagem*. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 1993. 312p.
- CARVALHO, Sérgio Rezende. *Saúde Coletiva e Promoção à Saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança*. 2002. 189p. Tese (Doutorado)- Pós Graduação em Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.
- DEMO, Pedro. Conhecimento e aprendizagem – a atualidade de Paulo Freire. *Rev. ABENO*;v. 7, n. 1, p.: 20-37, 2007.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. 8 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987, 184p.
- _____. *Cartas a Cristina*. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1994. 334p.
- _____. *Educação como prática de liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996, 150p.
- _____. *Educação e Mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997(a), 79p.
- _____. *Pedagogia da Autonomia*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997(b), 152p.

_____. *Pedagogia da Indignação*. Cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: UNESP, 2000, 134p.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuller Buss. *A Promoção de Saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família*. 2006. 296p. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto, 2006.

LAVERACK, Glenn. An identification and interpretation of the organizational aspects of community empowerment. *Community Development Journal*, v.36, p. 134- 146, 2001.

MELLO, Dalva. Reflexões sobre a promoção à saúde no contexto do Brasil. *Cad Saúde Pública*, v.16, n.4, p. 1149, 2000.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde* São Paulo:Hucitec, 1996.

_____. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde pública do Ceará, 2002.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: Apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, Emerson Elias; MAGALHÃES, Helvécio Miranda; RIMOLI, Josely et al. *O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre as práxis de saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.6, n. 1, p. 7- 19, 2001.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad Saúde Pública*, v.19, n.5, p. 1527- 1534, 2003.

SERPA, Maria de Lourdes & SERPA, Caetano Valadão. Book Review: Paulo Freire, *Pedagogia da Autonomia- Saberes à prática educativa*. *The Journal of Pedagogy Pluralism & Practice* 2(1): Book Review,1997

SILVA, Tomaz Tadeu. *O currículo como fetiche*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

World Health Organization- WHO. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa, Canada, November, 1986. Disponível em <<http://www.paho.org/English/AD/SDE/HS/OttawaCharterEng.pdf>>. Acesso 3 jul. 2007.

Abstract

Political changes in Brazil were accompanied by changes in health's models. In the same way, education conception changes influenced the construction of health's models. These influence was shown clearly in the construction of Health Promotion model, in which people were seen in their autonomy, as citizens who were able to progress from individual to collective actions. This action will reflect in changes in life's condition. Inside this concept, Paulo Freire's education method is the most important contribution for this practice, because it makes possible the construction of relations between health's professionals and users more liberated, autonomous and where dialogue is possible. It is also important to review the formation of health's professionals by changes in curriculum. This reformulation could make possible the effective implementation of Health Promotion model.

Keywords: Health, Education, Citizenship

