



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE HUMANIDADES - CAMPUS III
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO
CURSO DE LICENCIATURA PLENA EM PEDAGOGIA**

GÉSSICA QUÊNIA DE OLIVEIRA ALVES

**ESCOLA ENQUANTO AMBIENTE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA LEITURA
A PARTIR DO CONCEITO HOLDING DE WINNICOTT**

**GUARABIRA-PB
2022**

GÉSSICA QUÊNIA DE OLIVEIRA ALVES

**ESCOLA ENQUANTO AMBIENTE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA LEITURA
A PARTIR DO CONCEITO HOLDING DE WINNICOTT**

Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) apresentado ao Curso de Pedagogia do Departamento de Educação do Centro de Humanidades da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Licenciado em Pedagogia.

Área de concentração: Fundamentos da Educação e Formação de Professores.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Saturnino da Silva.

Coorientadora: Profa. Ms. Polyanna Felipe Ferreira da Costa.

**GUARABIRA-PB
2022**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A474e Alves, Géssica Quênia de Oliveira.

Escola enquanto ambiente de promoção da saúde [manuscrito] : uma leitura a partir do conceito Holding de Winnicott / Géssica Quênia de Oliveira Alves. - 2022.

34 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Humanidades, 2022.

"Orientação : Prof. Dr. Marcelo Saturnino da Silva , Departamento de Educação - CH."

"Coorientação: Prof. Dr. Polyanna Felipe Ferreira da Costa , UFPE - Universidade Federal de Pernambuco"

1. Educação Escolar. 2. Promoção de saúde. 3. Winnicott.
4. Ambiente-Holding. I. Título

21. ed. CDD 020

GÉSSICA QUÊNIA DE OLIVEIRA ALVES

ESCOLA ENQUANTO AMBIENTE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA LEITURA
A PARTIR DO CONCEITO HOLDING DE WINNICOTT

Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) apresentado ao Curso de Pedagogia do Departamento de Educação do Centro de Humanidades da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Licenciado em Pedagogia.

Área de concentração: Fundamentos da Educação e Formação de Professores.

Aprovada em: 01/08/2022.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Marcelo Saturnino da Silva (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Ms. Polyanna Felipe Ferreira da Costa (Coorientadora)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)



Profa. Ms. Ana Raquel de Oliveira França
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Ms. Joana Dar'k Costa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos educadores, especialmente aqueles que atuam na educação básica, que se importam com seus alunos como “gente”,
DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À Deus, primeiramente, por minha saúde e por todas as dádivas a mim concedidas, agradeço.

À toda minha família, em especial, a minha madrinha, Elaine, e a meu esposo, Eduardo, por todo apoio, agradeço.

Aos meus amigos e amigas de luta da UEPB, em particular, Geane, André, Marta, Naiara e Ruth, pela amizade, companheirismo e por estarem ao meu lado me apoiando e ajudando durante esses longos 5 anos na graduação, agradeço.

À minha turma de Pedagogia, 2017.2 noturno, agradeço por todas as aprendizagens e conhecimentos partilhados, agradeço.

Ao meu querido professor e amigo, Dr. Marcelo Saturnino, por todos os ensinamentos durante o período que atuei como sua monitora, pelos inúmeros conselhos relacionados ao universo acadêmico, pelas conversas descontraídas, por ter me ensinado sobre esperança, pelo apoio e incentivo de sempre, agradeço.

Aos professores e professoras do Curso de Pedagogia e demais cursos da UEPB, em especial, Dra. Débora Benício, por todos os ensinamentos durante o período que atuei como sua extensionista, por todos os conselhos, orientações e conversas, agradeço.

Aos funcionários da UEPB, particularmente, aos do Departamento de Educação, da Biblioteca e da equipe de apoio, pela presteza e atendimento quando necessário, agradeço.

“Enquanto a escola não partir da ideia de que todo aluno é especial, ela não poderá cumprir adequadamente a sua função educadora” (BOGOMOLETZ, 2018, p.47).

RESUMO

O trabalho discute a promoção da saúde na escola a partir das noções de ambiente e holding, formuladas pelo psicanalista inglês Donald Winnicott, objetivando compreender a instituição escolar como um espaço de promoção da saúde, numa perspectiva winnicottiana. Para isso, foram traçados alguns objetivos específicos, tais como: refletir sobre o conceito ampliado de saúde e de determinação social dos processos de saúde; refletir sobre a política de promoção da saúde; refletir sobre as práticas de saúde na escola, na perspectiva do conceito ampliado de saúde e da Política Nacional de Promoção de Saúde – PNPS; identificar as contribuições dos conceitos winnicottianos de ambiente e holding, para a promoção/produção da saúde na escola ou da construção da escola enquanto ambiente saudável. Estas reflexões são importantes porque muitas das ações adotadas para a promoção da saúde na escola ainda estão presas a uma visão do modelo biomédico. Concernente aos aspectos metodológicos, esta monografia possui natureza bibliográfica. A coleta de dados foi realizada a partir da “revisão narrativa”. Para ilustrar a escola enquanto ambiente holding, foram utilizadas cenas do filme “Taare Zameen Par” (Como Estrelas na Terra). Por meio das reflexões propostas neste trabalho, foi possível compreender que a escola pode se constituir enquanto lugar de promoção e produção de saúde de forma abrangente, a partir de uma perspectiva winnicottiana (holding).

Palavras-Chave: Educação Escolar. Promoção de saúde. Winnicott. Ambiente-Holding.

ABSTRACT

The work discusses the promotion of health at school from the notions of environment and holding, formulated by the English psychoanalyst Donald Winnicott, aiming to understand the school institution as a space for health promotion, in a Winnicottian perspective. For this, some specific objectives were outlined, such as: reflecting on the expanded concept of health and social determination of health processes; reflect on the health promotion policy; reflect on health practices at school, from the perspective of the expanded concept of health and the National Health Promotion Policy – PNPS; to identify the contributions of the Winnicottian concepts of environment and holding, for the promotion/production of health in the school or the construction of the school as a healthy environment. These reflections are important because many of the actions taken to promote health at school are still tied to a vision of the biomedical model. Concerning the methodological aspects, this monograph has a bibliographic nature. Data collection was carried out from the “narrative review”. To illustrate the school as a holding environment, scenes from the movie “Taare Zameen Par” (Every Child is Special) were used. Through the reflections proposed in this work, it was possible to understand that the school can constitute itself as a place of health promotion and production in a comprehensive way, from a Winnicottian perspective (holding).

Keywords: School Education. Health promotion. Winnicott. Environment-Holding.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Características do modelo de saúde biomédico.....	18
Figura 2 –	Modelo dos Determinantes Sociais de Saúde criado por Dahlgren e Whitehead e adotado pela OMS.....	21
Figura 3 –	Modelo dos Determinantes Sociais de Saúde alterado a partir de Solar & Irwin.....	22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
DSS	Determinação Social de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 CONCEITOS/MODELOS DE SAÚDE PARA A ESCOLA	16
2.1 <i>Biomédico X bem-estar</i>	16
2.2 <i>Realçando a escola.....</i>	23
3 PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA UMA PERSPECTIVA DA PNPS.....	26
3.1 <i>A visão biomédica na escola.....</i>	26
4 CONTRIBUIÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA.....	35
4.1 <i> Holding como práxis escolar</i>	36
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

A escola vive um paradigma dicotômico: ou ela produz um ambiente de saúde ou ela será um ambiente gerador de adoecimentos. Quando organizada a partir do modelo tradicional, denominado por Freire (2019) de “Educação Bancária”, a escola tende a não considerar o aluno como “gente”, ou seja, não respeitar sua autonomia e singularidade, enquanto sujeito. A esse respeito Freire (2019, p. 92) salienta que “o essencial nas relações entre educador e educando, entre autoridades e liberdades, entre pais, mães, filhos e filhas é a reinvenção do ser humano no aprendizado de sua autonomia”.

No entanto, esta mesma instituição – escola – quando pensada e organizada em outras perspectivas, possui um forte potencial em termos de geração de saúde para todos os sujeitos que compõem seu ambiente como professores, gestores, alunos etc. Para tanto, é necessário que sejam revistas as práticas, o currículo, as formas de organização do tempo e do espaço, entre outros aspectos para que a escola se torne um ambiente não apenas promotor, mas, sobretudo, produtor de saúde. Os conceitos de desenvolvimento, ambiente e *holding*, tal como formulado por Winnicott, podem contribuir para esse repensar da instituição escolar, na perspectiva de torná-la uma instituição promotora e geradora de saúde.

Nesta perspectiva, o objetivo geral deste trabalho é compreender a instituição escolar como um espaço de promoção de saúde, numa perspectiva winnicottiana. Os objetivos específicos (a) refletir sobre o conceito ampliado de saúde e sobre a determinação social dos processos de saúde; (b) refletir sobre a política de promoção de saúde; (c) refletir sobre as práticas de saúde na escola, na perspectiva do conceito ampliado de saúde e da Política Nacional de Promoção de Saúde – PNPS; e, (d) identificar as contribuições dos conceitos winnicottiano de ambiente e *holding*, para a promoção/geração da saúde na escola ou da construção da escola enquanto ambiente saudável.

O interesse em trabalhar o presente tema surgiu quando eu estava cursando a disciplina eletiva de “Educação e Saúde”, no âmbito do curso de Pedagogia. As discussões sobre a importância da educação para a promoção da saúde contribuíram para resgatar lembranças acerca da minha trajetória como aluna do ensino fundamental I, no município de Gurinhém-PB. Tal trajetória começou em uma escola da zona urbana (1ª a 3ª série) e teve como ponto de conclusão uma escola do campo,

localizada na comunidade Lagoa das Pipucas, onde concluí a 4ª série, no ano de 2005.

Na escola da zona urbana, os professores tinham uma postura autoritária, era preciso decorar o conteúdo da forma que era ensinada. As aulas eram ministradas a partir do livro didático que tinha uma sequência de conteúdos que eram seguidos rigorosamente. Mesmo que, por coincidência, o livro didático apresentasse um elemento que fizesse parte do contexto do aluno, o mesmo não era explorado pelos professores e não era permitido interromper as aulas para expressar dúvida ou opinião. As avaliações eram feitas com muitas provas com uma semana dedicada somente a sua aplicação denominada “semana de provas”. Essas provas exigiam que os alunos decorassem a maior quantidade de informações para mostrar o que aprenderam. O que os alunos decoravam era considerado como aprendizagem. As aulas eram exclusivamente realizadas na sala de aula, cujas cadeiras eram sempre dispostas em fileiras. O professor tinha seu espaço de atuação delimitado dentro da área da sala, próximo ao quadro, e, dificilmente, deixava esse lugar para auxiliar o aluno, por exemplo.

Na escola do campo tive oportunidade de vivenciar outro modelo pedagógico. Ali o professor tinha uma relação de respeito com os saberes dos educandos, todo conteúdo era contextualizado. Pela falta de livros didáticos, o professor trazia os conteúdos em aulas expositivas, aulas práticas, trabalhos em grupo e rodas de conversas. A avaliação era realizada considerando a autonomia que o aluno apresentava na realização das atividades individuais, orais e trabalhos escritos em grupo. A sala de aula era organizada com as cadeiras em círculo. As aulas também eram realizadas fora do âmbito da sala de aula, como, por exemplo, uma aula em que o professor levou a turma para um campo com bastante árvores no intuito de estudar as partes das plantas e os animais invertebrados e vertebrados que existiam no local.

Refletindo sobre as experiências como aluna que viveu tais práticas educativas, pude perceber que as duas escolas pelas quais estudei os primeiros anos do ensino fundamental, representavam dois modelos de instituição escolar em relação à temática da saúde: um de produção de saúde e outro de produção de adoecimento. Na situação da escola da zona urbana, ao qual era guiada por uma pedagogia tradicional, a relação professor-aluno era desgastante, pois exigia dos alunos uma adequação ao ambiente escolar. Já na escola do campo o ambiente guiado por um professor com prática libertadora permitia aos alunos um desenvolvimento mais

saudável. Nessa escola, o professor buscava constantemente adequar o ambiente às suas necessidades dos alunos, sem retirar-lhes a autonomia.

Diante deste relato podemos refletir sobre qual tipo de educação vai produzir saúde ou adoecimento. Outro ponto importante é pensar como a escola pode tornar-se promotora de saúde. Partindo do entendimento que, segundo Winnicott o ambiente está ligado ao desenvolvimento, a escola é um dos lugares onde as crianças e adolescentes passam o maior tempo de suas vidas. Também é na escola que essas crianças e adolescentes começam, a partir das relações que o ambiente escolar favorece, construir suas identidades, subjetividade, entendida como gostos, sentimentos, “formas de ser, sentir, pensar e agir” (MINERBO, 2013, p. 25-26). Dessa forma, as relações construídas na escola podem sustentar projetos de saúde ou de adoecimento.

Metodologicamente, o presente trabalho é resultado de uma pesquisa bibliográfica do tipo “Revisão de Narrativa”, entendida, de acordo com Cordeiro, Oliveira, Renteria e Guimarães (2007, p. 429-430), como aquela que não segue um protocolo rígido para seleção do *corpus* estudado. Na revisão narrativa o material (livros, artigos, dissertações e teses) é selecionado de maneira arbitrária. Tanto a seleção quanto a interpretação estão sujeitas a critérios subjetivos do próprio pesquisador, cabendo a este a decisão sobre quais autores e artigos são importantes para responder as suas questões de pesquisa (SILVA; PESSOA; MENEZES, 2021; CORDEIRO; OLIVEIRA, RENTERIA; GUIMARÃES, 2007).

O presente trabalho está dividido em três seções, a primeira se refere a estas considerações iniciais e aos aspectos metodológicos da pesquisa. Na segunda seção, teremos os referenciais teóricos, os quais dividi em três tópicos: no primeiro, os conceitos/modelos de saúde e definição de determinações sociais de saúde, no segundo, a Política Nacional de Promoção da Saúde com as ações que são dirigidas para a escola na saúde segundo a legislação. Já no terceiro a escola como ambiente de prática de saúde a partir da perspectiva *holding* de Winnicott. Incluindo a reflexão do *holding* no ambiente escolar partindo de cenas do filme “Como Estrelas na Terra”. A seção três apresenta as discussões finais, que visa refletir sobre a importância do ambiente escolar para a promoção da saúde. Espera-se que este trabalho possa ampliar a discussão sobre os impactos na saúde produzidos nas escolas a partir das práticas, os currículos, condições de trabalho e do relacionamento professor-aluno, entre outros.

2 CONCEITOS/MODELOS DE SAÚDE PARA A ESCOLA

Segundo Lourenço (2012), os estudos sobre o conceito de saúde, na contemporaneidade, podem ser divididos em dois grupos sendo um mais abrangente e outro mais restritivo. A visão mais abrangente significa a preocupação com o bem-estar. Já o modelo mais restrito refere-se à visão da saúde presente no modelo biomédico. Ambas as perspectivas estão presentes no âmbito escolar, porém, por suas características peculiares, a perspectiva de saúde para o bem-estar pode ser ainda mais potencializada na e pela escola.

Partindo do exposto, nesta parte do trabalho será apresentado como se deu a construção do termo saúde na concepção do modelo biomédico, bem como a evolução do termo saúde no sentido de bem-estar, no âmbito do qual ganha destaque a noção de determinantes sociais de saúde – DSS e, posteriormente a noção de Determinação Social da Saúde. Tais pontos são primordiais para que se possa entender a relação entre escola e saúde e assim avançar na compreensão da escola enquanto instituição de promoção e de produção de saúde.

2.1 Biomédico X bem-estar

O primeiro ponto é o surgimento do modelo biomédico que tinha como foco exclusivamente o tratamento de doenças. Este modelo, de acordo com Cruz (2012), surge a partir do século XVI no contexto do Renascimento e Revolução Artístico-Cultural da época. Segundo Lourenço (2012), o período do Renascimento é marcado pelos estudos empíricos dando origem a formação da ciência básica. O século XVIII, teve como foco principalmente estudos sobre o funcionamento do corpo humano. Vale destacar, ainda, que no final do século XVIII e início do Século XIX é elaborada uma Medicina Social, fundada na ideia – defendida por cientistas e filósofos – de que a saúde e a doença eram influenciadas por condições ambientais, sendo o ambiente retratado de uma forma abrangente, de modo a abarcar as dimensões sociais e econômicas.

A ideia de que as condições econômicas e sociais estavam relacionadas aos processos saúde-doenças perde força rapidamente graças a uma série de fatores, dentre os quais merece destaque os diversos acontecimentos que, ao longo do século XIX, impulsionaram o paradigma biomédico. A esse respeito Cutolo (2018) explica que

o século XIX foi um período marcado pela alta mortalidade causada por doenças infecciosas em todo o mundo. Foi também o período de grandes avanços na biomedicina. É nesse período que Pasteur, químico francês, desenvolve a teoria dos germes como causas de algumas doenças infecciosas.

Esses fatos fizeram com que tomasse o corpo a ideia da natureza biológica da doença deslocando o pensamento causal em saúde do ambiente físico e social, predominante no Séc. XVII, para patógenos concretos. Todas essas questões e principalmente teoria dos germes originando cada etiologia. Decorre dessa noção o conceito de que saúde é a ausência de doença, isto é, a ausência de um agravo causado por germes. (SANTOS; WESTPHAL, 1999 apud CUTOLO, 2018, p. 07)

Assim, o modelo biomédico passa a dominar a reflexão e as práticas de saúde. Tal modelo compreende saúde como sinônimo de ausência de doença. Por esse motivo “[...] o cuidado, na concepção biomédica, está focado, segundo Foucault (1979), no controle dos corpos” (CRUZ, 2012, p. 25). Ou seja, trata-se de um modelo que considera o corpo humano uma máquina. “Desta forma, a patologia passa a ser objeto das intervenções médicas [...]. Com isso, cuida-se da doença e não mais do ser humano” (LOURENÇO, 2012, 29). No quadro contido na figura 1 estão sintetizadas as principais características do Modelo Biomédico.

Figura 1. Características do modelo de saúde biomédico

Positivismo	Tem a verdade científica.
Fragmentação/ Especialização	Ensino com ênfase na anatomia, estudando segmentos do humano, dando origem às múltiplas especialidades médicas.
Mecanicismo	Considera o corpo humano como uma máquina.
Biologicismo	As doenças são causadas sempre por um agente causal (biológico, físico, químico).
Tecnificação	Centraliza os processos de diagnóstico e cura nos procedimentos e equipamentos tecnológicos.
Individualismo	Focaliza no indivíduo, negando os grupos sociais e a comunidade.
Curativismo	Dá ênfase à cura das doenças, em detrimento da promoção da saúde e da prevenção das doenças.
Hospitalocêntrico	O melhor ambiente para tratar as doenças é o hospital, porque tem todos os exames acessíveis e se administram medicamentos nas horas certas.

Fonte: Verdi, M, das Ros, M., Cutolo, L. R. Saúde e sociedade [Recurso eletrônico]/Universidades Aberta do SUS, Florianópolis: UFSC, 2010.

Percebe-se que o modelo biomédico desconsidera a dimensão social, política, econômica e cultural, na produção dos processos saúde-doença, pois trata a saúde de forma individual, adotando um caráter curativista. Conforme Cutolo (2006, p. 13), “ações de recuperação e reabilitação da doença são priorizadas em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde. É a doença e sua cura, o diagnóstico individual e o tratamento e o processo fisiopatológico que ganham espaço”.

Todavia, as características no modelo biomédico não eram suficientes para compreender os processos que envolviam saúde-doença na sociedade. Era necessário que surgisse uma concepção mais ampla de saúde, uma concepção de saúde que finalmente pudesse compreender e atender melhor às necessidades presentes no ambiente social, uma vez que, conforme Lourenço (2012, p.27), “a concepção da saúde vista somente através da relação biológica há tempos não pode ser considerada, sua relação histórica é essencial frente à influência social e cultura em que está inserida”.

A partir do século XX a visão do modelo biomédico começa então a dividir espaço com uma nova visão ou paradigma que pensa a saúde a partir do bem-estar. Conforme Maggi (2016), essa ideia de saúde como sinônimo de bem-estar surge no início do século XX, formulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e como uma oposição à visão biomédica de saúde como ausência de doença. Com a nova definição da OMS, a saúde passa a ser vista em seus aspectos físico, mental e social. De acordo com Sá Junior (2004), a concepção de saúde para bem-estar foi uma mudança positiva, pois permitiu a superação entre saúde e enfermidade, como também criou a possibilidade de perceber a necessidade de políticas sanitárias mais úteis e eficazes. Nesse contexto, a Saúde passa a ser colocada como algo que podia ser promovido e tornou-se comum falar de “Promoção de Saúde”.

Nessa trajetória, o conceito de saúde vem sofrendo mudanças, por ter sido definido “como estado de ausência de doenças”, foi redefinido em 1948, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, passando de uma visão mecânica da saúde para uma visão abrangente e não estática do processo saúde doença (CRUZ, 2012, p.29).

Diante dessa nova concepção sobre saúde, o século XX viu surgir um novo marco caracterizado pela consideração do social nos processos saúde-doença. Conforme Garbois (2017), nas três últimas décadas do século XX foi construída também a noção de determinação social, com o movimento de produção-científica do

pensamento médico-social latino-americano que tinha como objetivo defender uma nova leitura para saúde pública a partir de uma teoria elaborada com base do pensamento social no campo da saúde.

Vale destacar que as discussões sobre a noção de determinação social se intensificaram com a virada do século, o que influenciou diretamente as ações realizadas pela OMS. Foi assim que no século XXI esses processos de Determinações sociais de saúde (DSS) passaram a ser definidos como “[...] circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem, e envelhecem, e o amplo conjunto de forças e sistemas que moldam as condições da vida cotidiana” (DSS BRASIL, 2020). No contexto brasileiro, tal definição da OMS ganhou destaque com a criação da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS).

Em março de 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health - CSDH), com o objetivo de promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas. (COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2008, p. 10)

A criação da CNDSS colocava em evidência que os países deveriam discutir os fatores de desigualdade em saúde. Conforme Vianna (2016), diversos modelos foram sugeridos para estudar os determinantes sociais. Um dos modelos escolhidos pela CNDSS foi o modelo de Dahlgren e Whitehead. “Neste modelo, os determinantes sociais da saúde são abordados em camadas, desde aquelas que expressam as características individuais, até as que incluem os macros-determinantes do processo saúde-doença” (GARBOIS, 2017, p.66). A seguir a *figura 2* é uma representação do modelo de determinantes sociais de Dahlgren e Whitehead:

Figura 2. Modelo dos Determinantes Sociais de Saúde criado por Dahlgren e Whitehead e adotado pela OMS.



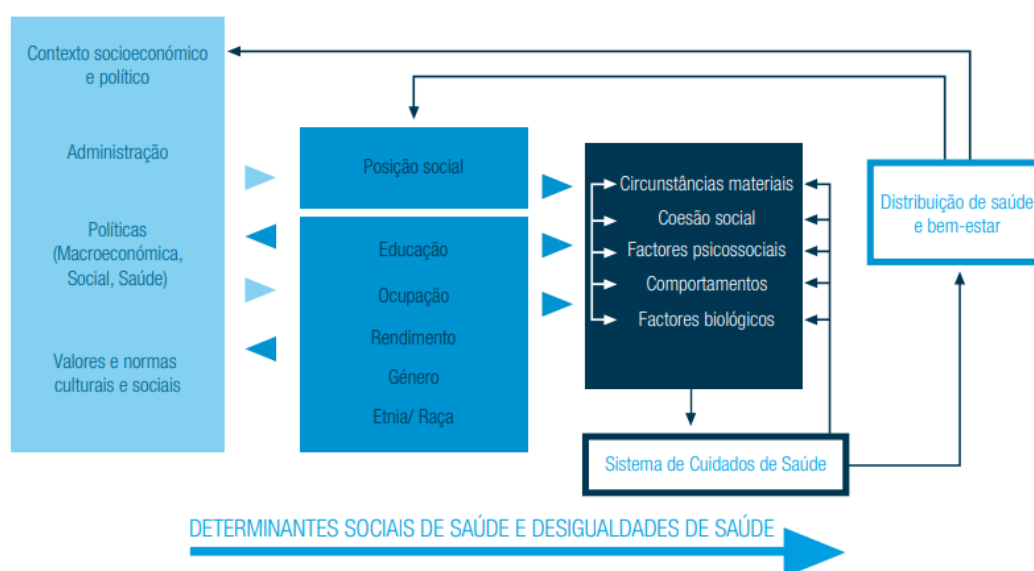
Fonte: Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2008)

Como se percebe, *figura 2* apresenta um modelo organizado representando as várias dimensões ou fatores – desde os mais individuais até os mais estruturais que apontam para a dimensão social, política e econômica. Segundo CNDSS (2008), tal modelo trata, de forma abrangente, os determinantes individuais e os macrodeterminantes presente no processo saúde-doença:

[...] os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na camada imediatamente externa, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos dependem não apenas de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, mas também de DSS, como acesso a informações, propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que, é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. No próximo nível, estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Finalmente, no último nível, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização. (COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES DE SAÚDE, 2008, p.13-14)

No ano de 2010, a OMS define um novo modelo de DSS baseado no modelo proposto por Solar e Irwin (2007), publicado pela CNDSS (2010) no seu relatório final. O novo modelo de Solar e Irwin (2007) permite “[...] a compreensão das relações e conexões entre os determinantes estruturais e os determinantes intermediários da saúde” (GARBOIS, 2017, p.68). Segue abaixo a *figura 3* do modelo dos DSS alterado de acordo com o modelo proposto por Solar e Irwin (2007):

Figura 3. Modelo dos Determinantes Sociais de Saúde alterado a partir de Solar & Irwin (2007).



Fonte: Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2010)

Como justificativa para a nova adoção do modelo de Solar e Irwin (2007), a CNDSS (2010) explica que para fortalecer a igualdade na saúde em toda parte do mundo é preciso ir além da concepção de causas imediatas de doenças e focar “nas causas das causas”. Isso quer dizer que o modelo proposto por Solar e Irwin (2007) consegue abranger melhor as questões socioeconômicas e sua relação com fatores genéticos, estilo e condições de vida:

Nesse modelo, os determinantes estruturais operam por meio de um conjunto de determinantes intermediários para moldar os efeitos na saúde. A ‘estrutura’ expressa como os mecanismos sociais, econômicos e políticos dão origem a um conjunto de posições socioeconômicas, em que as populações são estratificadas de acordo com a renda, a educação, a ocupação, o gênero, a raça/etnia e outros fatores. [...] Os determinantes intermediários referem-se ao conjunto de elementos categorizados em circunstâncias materiais (como condições de moradia, características da vizinhança, condições de trabalho, qualidade do ar, acesso e disponibilidade a alimentos, água), fatores

comportamentais (estilos de vida e comportamentos, que se expressam, entre outros, nos padrões de consumo de tabaco, álcool e na falta de atividade física), biológicos (fatores genéticos) e psicossociais (estressores psicossociais, circunstâncias estressantes, falta de apoio social).(SOLAR, IRWIN, 2010 *apud* GARBOIS, 2017, p.67)

Partindo desse novo modelo, a OMS consegue evidenciar que os processos de desigualdade sociais produzem adoecimento na sociedade. A saúde, que antes era vista no modelo biomédico, como ausência de doença, passa, com as novas definições da OMS, a ser entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Por sua vez, os novos modelos de saúde estão fundados na ideia de que o estado de saúde dos indivíduos, dos grupos e das populações estão conectados aos DSS.

Atualmente, vem ganhando cada vez mais espaço no campo da saúde pública a ideia de “Determinação Social da Saúde” em substituição à ideia de Determinantes. A entrada em campo deste novo termo é resultado da crítica de diferentes autores, a exemplo de Areliano, Escudeiro e Moreno (2008). Para esses autores, a ideia de determinantes ainda tem como foco as mudanças de comportamento dos indivíduos e se baseia numa relação unicasual e direta com fatores de riscos.

Assim é que a OMS e a CNDSS afirmam que para combater o câncer é preciso que as pessoas pratiquem atividades físicas e tenham uma alimentação saudável. Nesse sentido, o foco dessas organizações seria o comportamento individual. Não há uma crítica a forma como a sociedade está organizada e como essa forma de organização social impede para muitas pessoas e grupos sociais o acesso à alimentação saudável, por exemplo.

É nesse contexto que o termo *determinação* social dos processos de saúde é colocado para se diferenciar de *determinantes* sociais. Trata-se de um novo modelo para análise e compreensão da epidemiologia, um modelo que se baseia na crítica ao sistema capitalista de acumulação e na luta pela construção de outros modos de organização social e de relação com a natureza, aliada ao respeito aos modos de vida sustentáveis, soberanos, solidários, saudáveis e biosseguros (BREILH, 2013).

Tal ideia traz uma nova concepção da saúde-doença, entendida como processo que, de acordo com Leandro (2016), “acontece em diferentes dimensões, desde o nível celular até o social, envolvendo também questões planetárias, tais como as alterações climáticas” e são determinados pelo modo como as sociedades se estruturam e se organizam, inclusive em sua relação com os elementos naturais (terra,

água, ar etc.). Leandro (2016, p. 141) se ampara em Moreira (2013) e faz a seguinte anotação:

Sobre o conceito de determinação social da saúde, é importante saber que ele foi um dos pilares essenciais do pensamento crítico da saúde na América Latina na década de 1970, tendo como dois dos principais estudiosos Jaime Breilh, no Equador, e Sérgio Arouca, no Brasil. Esse conceito foi importante para a fundação da saúde coletiva e a fundamentação do projeto de Reforma Sanitária brasileira que originou o Sistema Único de Saúde – SUS.

2.2 Realçando a escola

As concepções de saúde aqui expostas vão se fazer presente no cotidiano da escola, influenciando a forma como as questões de saúde serão trabalhadas por essa instituição. No espaço da escola, a concepção de saúde para o bem-estar não anulou a concepção do modelo biomédico. Importante salientar que, assim como na sociedade, também na escola os diferentes modelos de saúde convivem, sendo que a forma como a saúde será trabalhada no ambiente escolar vai ser condicionada pelo modelo adotado pelos docentes e pela própria instituição.

Quando o modelo biomédico atua na escola o que iremos encontrar são ações voltadas para a preocupação com os corpos, visando “prevenir” as doenças, por exemplo, ensinando as crianças técnicas de higiene, cuidados relacionados à alimentação, cuidado com o corpo etc. E, apesar do modelo biomédico ser importante na ação direta contra as doenças, sua adoção leva a uma desconsideração dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais em geral. A saúde quando vista pelo modelo biomédico coloca-se como um resultado que é alcançado de forma individual, como se saúde e doença fossem resultado de decisões individuais de cada pessoa.

Como a “doença” é seu único foco, as ações de saúde que são praticadas na escola, quando orientadas pelo modelo biomédico, resumem-se a cuidados com o corpo. São cuidados receitados pelos próprios profissionais de saúde (em suas visitas pontuais às escolas) e que podem eventualmente ser executados pelos professores, que também os recebe como instruções dos profissionais de saúde. Esse tipo de saúde é feito, geralmente, por meio de palestras ou por outros meios de transmissão de conhecimento. Falkenberg (2014, p. 849) relata como esse tipo de “*educação para a saúde*” possui uma forma verticalizada, no real sentido do que Paulo Freire chama de uma prática educativa bancária, pela qual “[...] os profissionais de saúde ensinam

para a população ignorante o que precisaria ser feito para a mudança de hábitos de vida a fim de melhorar a saúde individual e coletiva”. No contexto escolar, o modelo biomédico na escola se expressa numa prática educativa que objetiva a transmissão do conhecimento. O profissional de saúde é o detentor do conhecimento que age em função de tratar, remediar, intervir sobre as doenças que atingem ou podem vir a atingir os corpos dos alunos da escola.

Quando se adota a perspectiva de saúde relacionada ao bem-estar físico, mental e social e sua relação com a forma como a sociedade está organizada, a escola busca assumir seu total potencial como ambiente que produz saúde. Considerando estes aspectos, a escola que pensa em saúde para bem-estar está preocupada em se produzir enquanto ambiente, lugar acolhedor, humanizado; lugar do encontro e do cuidado.

A formação de um indivíduo depende não apenas de um crescimento cognitivo, mas também de um crescimento emocional, capaz de formar seres humanos generosos, criativos, abertos ao próximo e capazes de defender seus próprios pontos de vistas. (BOGOMOLETZ, 2018, p.5-6)

Cabe destacar que a escola que produz bem-estar assume uma relação de cuidado com todos aqueles que fazem parte do seu ambiente. O cuidado aqui vai além de ser somente o cuidado físico, apesar de que também é importante para a saúde que a escola seja um ambiente de bem-estar físico, de segurança. Esse cuidado vai direcionar-se a cuidar do sócio emocional e também das relações. Por isso será comum encontrar nesta escola relações humanas construídas com base nos sentimentos de respeito, empatia, aceitação da diferença e dos diferentes, amizade etc. As relações humanas que são estabelecidas na escola são um dos pontos principais para que se possa enxergar se há produção de saúde ou adoecimento. Porém não é o único ponto, pois também é preciso considerar as condições de trabalho de professores e alunos. Assim, a escola para produzir saúde deve pensar amplamente nas condições que o ambiente escolar oferece.

Dito isso, a escola para produzir saúde não pode limitar-se à perspectiva de saúde do modelo biomédico. É preciso seguir uma linha pedagógica que adote uma concepção ampliada de saúde e que a relacione ao bem-estar e bem-viver. Uma concepção que leve em consideração que os processos saúde-doença estão relacionados às formas de organização das sociedades humanas, cujos efeitos se expressam também a nível individual como saúde e adoecimento.

A discussão sobre os modelos de saúde impacta diretamente a prática pedagógica da escola que no campo da legislação surgem documentos que direcionam o papel da escola frente a produção de saúde. Sobre esse cenário, o capítulo seguinte explora como a escola incorpora seus deveres frente à saúde, deveres colocados segundo uma legislação com documentos influenciados tanto pelo modelo de saúde biomédico como pelo modelo de saúde para o bem-estar.

3 PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA UMA PERSPECTIVA DA PNPS

No capítulo anterior, foram apresentados os dois modelos de saúde: o modelo biomédico e o modelo que relaciona saúde ao bem-estar. Além disso, discorreu-se sobre o conceito de “Determinação do processo saúde-doença”. Na última parte, partindo do pressuposto de que a escola, como agência de formação das novas gerações, está também implicada nos processos de saúde e adoecimento, defendeu-se a ideia de que a forma como a escola trabalha a temática da saúde estão sempre fundamentadas em determinado modelo de saúde adotado – consciente ou inconscientemente – pelos agentes escolares (professores, gestores, coordenação etc.).

Este segundo capítulo dedica-se a apresentar as políticas públicas de saúde para a promoção da saúde, com foco nas partes da política nacional de saúde que têm definido responsabilidades no campo escolar para a produção de saúde. Tais explicações são pertinentes para que se possa entender como a perspectiva de promoção da saúde, definida nas políticas públicas de saúde, tem impactado as ações pedagógicas dentro das escolas e questionar a própria instituição escolar enquanto ambiente promotor e produtor de saúde-adoecimento.

3.1 A visão biomédica na escola

A adoção do conceito de saúde como bem-estar e qualidade de vida desencadeou discussões acerca de estratégias que favorecessem a construção de ambientes promotores de saúde, o que resultou na formulação e aperfeiçoamento do conceito “promoção da saúde”, entendido como a somatória de ações dos diferentes atores sociais (sociedade, serviços de saúde, setor sanitário, instituições diversas) com o objetivo de construir melhores condições de saúde, no plano individual e coletivo, tendo como meta a qualidade de vida (O’NEILL, 2004).

Essas discussões só foram possíveis graças a superação da visão do modelo biomédico em direção à visão de saúde para o bem-estar, a qualidade de vida e o bem viver. Conforme Lima (2012, p. 145), “Para entender a promoção da saúde é necessário antes, entender a saúde como qualidade de vida, num sentido positivo e não na concepção negativa, como ausência de doença.” Impulsionado pelo modelo

de saúde para o bem-estar, o conceito de promoção da saúde surge atrelado a necessidade de atuação sobre os determinantes sociais de saúde

A promoção da saúde fundamenta-se “[...] em estratégias que atuam sobre os determinantes sociais da saúde, [...]visando uma melhor qualidade de vida e na construção de territórios saudáveis (LIMA, 2012, p. 146).”. Essas estratégias estão presentes nas legislações de políticas públicas de saúde, construídas por meio de conferências internacionais, realizadas nas últimas três décadas do século XX. Tais conferências serviram de base para a formulação das atuais políticas públicas de saúde desenvolvidas no Brasil.

O surgimento do conceito de promoção da saúde garantiu que as práticas e estratégias no âmbito da saúde adquirissem uma abrangência para além da dimensão curativa, presente no modelo biomédico. Nesta perspectiva a saúde deixa de ser reduzida a ausência de doença, às práticas hospitalares e à atuação de médicos, enfermeiros e outros profissionais “tidos” da saúde e passa a abranger o cuidado com a vida nas dimensões individuais e coletivas, bem como a construção de ambientes saudáveis, ambientes produtores de saúde para os que neles vivem e trabalham, processo este que demanda a luta cotidiana contra todos os fatores que acarretam menos vida e, portanto, mais adoecimentos.

Conforme Bezerra & Sorpreso (2016), a concepção de promoção da saúde emerge internacionalmente na metade dos anos 1970, devido às discussões realizadas na década anterior sobre a determinação social e econômica da saúde e a criação de uma visão de saúde que não era focada na doença. Vale destacar que estas discussões desencadearam debates sobre as responsabilidades dos países para a saúde da população, isso quer dizer que a saúde já não era vista como responsabilidade individual. “Na realidade é importante compreender que a promoção à saúde constitui-se num modo de ver a saúde e a doença, e sua abordagem pode trazer contribuições relevantes que ajudam a romper com a hegemonia do modelo biomédico. (HEIDEMANN, 2006, p.356)”

A saúde, agora vista como responsabilidade coletiva, culminou na organização de conferências internacionais que pretendiam discutir estratégias para orientar os países no combate às desigualdades da saúde. Segundo Alves (1996, p. 03), na literatura existem diversas descrições sobre as conferências internacionais que discutiram ações para a promoção da saúde. Dentre todas essas conferências internacionais, as que têm mais destaque para o estudo sobre promoção da saúde,

são: “[...] a Carta de Ottawa, como resultante da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá em 1986, e a Carta de Adelaide, fruto da II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na Austrália em 1988”.

Com relação a Carta de Ottawa, suas discussões, segundo Sucupira e Mendes (2003), tiveram como referência a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde (1978) e discussões seguintes em todo o mundo. A Declaração de Alma-Ata serviu como uma espécie de estímulo para que pudesse ocorrer a I Conferência Internacional sobre promoção da saúde executada em Ottawa. Conforme Heidemann (2006), a elaboração da Carta de Ottawa contou com a participação de trinta e cinco países, tornando-se referência no desenvolvimento dos princípios para a promoção da saúde ao redor do mundo. Na definição de promoção da saúde a Carta de Ottawa (1986, p. 01) apresenta: “promoção da saúde é um processo em que os sujeitos da comunidade recebem capacitação para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde.”

A Carta de Ottawa (1986) apresenta aspectos imprescindíveis para as ações básicas de saúde pelas implicações filosóficas que tem com a promoção da saúde, dentre as quais salientamos a proposição de uma política de saúde pública; os esforços para que uma consciência holístico-ecológica enseje ambientes favoráveis; a participação popular em saúde de forma justa e ética; o pensar em potenciais de recursos humanos e a reorientação dos serviços de saúde. (ALVES, 1996, p.03)

A Carta de Ottawa foi um documento importante para nortear os países com estratégias de promoção de saúde, principalmente porque ela abrangia de forma direta todos os setores que impactam a saúde da população. Conforme Heidemann (2006, p.354), de forma sucinta, a Carta de Ottawa define cinco ações de promoção de saúde, quais sejam: “1) Implementação de políticas públicas saudáveis; 2) Criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) Reorientação dos serviços de saúde; 4) Reforçando a ação comunitária; 5) Desenvolvimento de habilidades pessoais”.

Essas cinco ações serão reafirmadas pela Carta de Adelaide, como resultado da II Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada na cidade de Adelaide, Austrália, em 1988. Apesar de todas as ações de promoção da saúde serem importantes, neste documento [Carta de Adelaide] “a ação da implementação de políticas públicas saudáveis foi colocada como prioridade, por entender que esta é primordial para que se possa alcançar as outras ações (BEZERRA; SORPRESO, 2016, p.06).”

No cenário nacional do Brasil, a concepção de promoção de saúde e a importância das políticas públicas para a sua efetivação surge em meio ao processo de redemocratização do país. De acordo com Aith (2013), a promoção de saúde no Brasil só começa a ser um tema de reconhecimento normativo, a ser tratado pelo Estado e Sociedade a partir das grandes reformas estabelecidas pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, promulgada após um período de regime de governo militar no Brasil. Ainda vale destacar a importância do movimento da Reforma Sanitária que ocorreu neste mesmo período: “Os movimentos políticos contra a ditadura se expressaram no que se conhece como Reforma Sanitária, resultando, pois, no SUS constitucional” (PAIM, 2003 *apud* BEZERRA; SORPRESO, 2016, p. 07).

O movimento pela Reforma Sanitária teve grande contribuição na luta pela garantia do direito ao acesso à saúde pública, pois, segundo Sousa (2014), o movimento da Reforma Sanitária ganha força em 1986 durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde pela primeira vez, no país, foi discutido sobre um novo modelo de saúde para o Brasil. Esta discussão contou com mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil, o que contribuiu com a formulação de ideias para a saúde, na Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, na elaboração do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição Brasileira de 1988 assegurou a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, trazendo em seu conteúdo político-ideológico parcela das recomendações propostas na Conferência de Alma-Ata (OMS/UNICEF, 1978), nas Ações Integradas de Saúde – AIS – (Brasil/Ministério da Saúde, 1984), na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS – (Brasil/Ministério da Saúde, 1987) e no resultado das manifestações do movimento pela reforma sanitária em nosso país. (ALVES, 1996, p.03)

Por tudo isso é possível afirmar, conforme Carvalho (2008), que a concepção sobre promoção da saúde no Brasil foi adotada na metade dos anos de 1980, promovida pelo debate acerca da Reforma Sanitária. Isso quer dizer que o movimento da Reforma Sanitária contribuiu para disseminar, em solo brasileiro, as ideias de promoção da saúde, inclusive para a sua formulação nos documentos oficiais brasileiros. É nesse contexto e a partir do exposto que deve ser entendida a definição de saúde, expressa no Art. 196 da Constituição Federal (1988):

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros

agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988, p.86).

Após dois anos da promulgação da Constituição Federal é promulgada a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Esta lei se refere à criação do Sistema Único de Saúde no Brasil, o SUS, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” (BRASIL, 1990, p. 01). Nesta lei podemos destacar dois artigos muito importantes que trazem a definição de saúde, o dever do Estado com a saúde e os fatores de determinação de saúde. Conforme o Art. 2º, a definição de saúde e o dever do Estado são: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990 p.01). Já o Art. 3º dispõe sobre a explicação do que são os determinantes de saúde, os quais são apontados como “[...] fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990, p. 01).

Toda essa trajetória na busca do entendimento da promoção da saúde no Brasil foi concretizada nas discussões e implantação de um novo Sistema Único de Saúde (SUS), retratando a preocupação com o aspecto econômico dos resultados/produtos esperados, com o rigor teórico/prático de essência e com nova abordagem/tendência em saúde no rumo de novo paradigma (ALVES, 1996, p.03).

A promulgação da Constituição Federal e do SUS na legislação brasileira favoreceu a implementação de documentos específicos sobre promoção da saúde, no contexto brasileiro. Nesse sentido, vale destacar a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), cujo objetivo geral “é promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais”. (BRASIL, 2007, p. 17).

No que interessa às ações de promoção da saúde dentro das escolas, no âmbito da PNPS, entre os anos de 2006 a 2007 foram publicados duas portarias e um decreto a fim de definir diretrizes de promoção da saúde para a escola. A primeira publicação ocorreu no ano de 2006, tendo como referência as instituições escolares, foi direcionada para a questão da alimentação saudável. A esse respeito, Santos

(2013) destaca que as políticas públicas de alimentação e nutrição para a promoção da alimentação saudável têm colocado grande foco de efetivação na escola, pois o Ministério da Educação tem reconhecido a escola como local prioritário para a formação de hábitos e escolhas.

A Portaria Interministerial nº 1.010, de 08 de maio de 2006, estabelece “[...] diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional (BRASIL, 2006, p.45).” Em seu Art. 3º, a portaria define os cinco eixos prioritário para a base da promoção da alimentação saudável nas escolas:

I - ações de educação alimentar e nutricional, considerando os hábitos alimentares como expressão de manifestações culturais regionais e nacionais; II - estímulo à produção de hortas escolares para a realização de atividades com os alunos e a utilização dos alimentos produzidos na alimentação ofertada na escola; III - estímulo à implantação de boas práticas de manipulação de alimentos nos locais de produção e fornecimento de serviços de alimentação do ambiente escolar; IV - restrição ao comércio e à promoção comercial no ambiente escolar de alimentos e preparações com altos teores de gordura saturada, gordura trans, açúcar livre e sal e incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras; e V - monitoramento da situação nutricional dos escolares.(BRASIL, 2006, p.47)

Um ano após a publicação das diretrizes para a promoção da alimentação e nutrição saudável nas escolas foi criado o Programa Saúde na Escola (PSE) a partir do decreto nº 6.286, em 5 de dezembro de 2007. Conforme o Art. 1º deste decreto o PSE tem a “[...] finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde” (BRASIL, 2007, p. 56). O Decreto apresenta sete objetivos que o PSE pretende alcançar, dentre estes objetivos vale destacar: “[...]promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes (BRASIL, 2007, p.57).”

Outra parte deste decreto que vale a pena ser ressaltada cita algumas das ações do PSE na promoção da saúde na escola. Assim, o Art. 4º define que estas ações devem ser realizadas na rede de educação pública de educação, sendo executadas em conformidade com o princípio e diretrizes do SUS. Sobre as ações a serem implementadas no âmbito do PSE, destacam-se:

I – avaliação clínica; II – avaliação nutricional; III – promoção da alimentação saudável; IV – avaliação oftalmológica; V – avaliação da saúde e higiene bucal; VI – avaliação auditiva; VII – avaliação psicossocial; VIII – atualização e controle do calendário vacinal; IX – redução da morbimortalidade por acidentes e violências; X – prevenção e redução do consumo do álcool; XI –

prevenção do uso de drogas; XII – promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; XIII – controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; XIV – educação permanente em saúde; XV – atividade física e saúde; XVI – promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e XVII – inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (BRASIL, 2007, p.58).

Ainda tratando das ações estipuladas para a promoção da saúde no ambiente escolar, vale mencionar que, no ano de 2008 foi publicado um documento que define ações entre educação e saúde na escola. Nessa ocasião foi publicada a Portaria Interministerial nº675, de 4 de junho de 2008, instituindo a Comissão Interministerial de Educação e Saúde na Escola (CIESE). No Art. 1º dessa portaria é definido que a criação da CIESE tem por finalidade “[...]estabelecer diretrizes da política de educação e saúde na escola, em conformidade com as políticas nacionais de educação e com os objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS”. (BRASIL, 2008, p.53).

Assim, com essa última Portaria publicada em 2008, foram estabelecidas as ações das políticas de promoção da saúde na escola com base nos preceitos do SUS. Apesar de já existir os três documentos citados, no ano de 2017 o MS – Ministério da Saúde pública uma nova Portaria que definiria as obrigações dos Estados, Distrito Federal e municípios na adesão do PSE. A Portaria Interministerial 1.055, de 25 de abril de 2017 entendia que a escola precisaria da contribuição dos diferentes entes da federação (Estado, Distrito Federal e municípios) para executar as ações do PSE. Algumas dessas ações de promoção da saúde, estabelecidas nessa portaria, eram uma reafirmação do que já tinha sido estabelecido anteriormente pelos outros documentos, são estas:

I. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*; II. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas; III. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; IV. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos; V. Prevenção das violências e dos acidentes; VI. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação; VII. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor; VIII. Verificação e atualização da situação vacinal; IX. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; X. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração. XI. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; XII. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração. (BRASIL, 2017, p.37).

Apenas uma das ações descrita na Portaria Interministerial 1.055/2017 inovava, em relação às propostas dos documentos anteriores. Essa ação não foi direcionada a cuidados com o corpo físico, ao contrário, contemplou uma dimensão mais ampla,

humana e social. A ação em questão estabelece que seja feita a “promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos” (BRASIL, 2017, p.37).

Ao estabelecer a promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos, a portaria aumenta a abrangência das práticas e ações visando a promoção de saúde, no ambiente escolar. Já não se trata de reduzir as ações de promoção da saúde para questões pontuais, como a alimentação e a prevenção de doença, nem apenas de garantir o funcionamento saudável do corpo em sua dimensão fisiológica. Sem desconsiderar a importância desses fatores pontuais, a promoção de uma cultura da paz, de cidadania e direitos humanos, aponta para a construção da escola, enquanto ambiente humanizado e saudável, ambiente no qual, inclusive, se favorece a reflexão e o posicionamento frente aos Determinantes Sociais de Saúde – DSS.

Só a título de exemplo, já não se trata apenas de oferecer alimentação saudável, nem mesmo de transmitir hábitos alimentares saudáveis, mas sobretudo de questionar: quem tem direito a alimentação? Como os alimentos são produzidos? Por que muitas pessoas e grupos não têm acesso a alimentação saudável? Que fatores sociais, políticos, econômicos e culturais contribuem para a fome, bem como para os hábitos alimentares não saudáveis? É possível que todas as pessoas tenham acesso a uma alimentação saudável nas sociedades contemporâneas, organizadas sob a lógica do capitalismo?

Questionamentos como esses permitem perceber que temos um impasse entre algumas das recomendações da legislação brasileira para a promoção da saúde na escola e a profundidade do conceito de promoção da saúde, sobretudo quando pensado em relação com a atuação sobre o processo de determinação social da saúde-doença. Nessa mesma direção, Cavalcante (2015) adverte que muitas vezes as políticas de promoção de saúde tem seu alcance reduzido, em razão de sofrerem os efeitos do modelo biomédico de saúde, esse modelo que o conceito de promoção visa combater e ultrapassar. Em suas palavras:

Mesmo possuindo um caráter abrangente, a Promoção da Saúde acaba contraditoriamente sofrendo as influências do modelo que tenta combater, sendo, dessa forma, possível constatar que as ações que têm se destacado são as ações curativas, assistenciais e por outro lado, as ações de promoção têm sido confundidas com as de prevenção. (CALVACANTE, 2015, p.399)

Nesse impasse, criado pela forma como as ações de promoção de saúde, são instituídas na PNPS e PSE, e a escola, que deveria produzir saúde para o bem-estar, se vê presa a uma prática educativa bancária. No entanto, ao preconizar a importância

de promoção de uma cultura da paz, da cidadania e dos direitos humanos, a Portaria Interministerial 1.055/2017 abre a possibilidade de a instituição escolar pensar a promoção da saúde e pensar-se enquanto espaço de promoção da saúde, numa dimensão mais abrangente.

Fica claro a urgência em criar debates sobre promoção da saúde na escola com ações que fujam do modelo biomédico de saúde. Para tal, a escola promotora de saúde vai desenvolver ações que contemplam tanto o bem-estar físico como o bem-estar mental e social. Pois entende-se que a formação educativa é saudável quando atinge o ser humano por completo, sem excluir nem um aspecto que envolve a determinação de saúde de todos os agentes que fazem parte da escola. Entende-se também que, ao levar a sério sua responsabilidade na efetivação da promoção da saúde, a instituição escolar poderá repensar se orientando na perspectiva de se tornar um ambiente saudável, ambiente de vida e, por isso mesmo, promotor de vida e de esperança para crianças, adolescentes e jovens que nela convivem, estudam e se educam.

O capítulo seguinte trata da produção da saúde na escola vista de forma abrangente. Como forma de ilustrar as implicações do ambiente escolar na saúde dos alunos, será descrito algumas cenas do filme “Como Estrelas na Terra”. O intuito da utilização das cenas é refletir sobre a produção de saúde na escola com base na teoria *holding* de Winnicott.

4 CONTRIBUIÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA

Nos capítulos anteriores foram trabalhados o conceito de saúde, numa perspectiva ampliada, entendida como relacionada ao bem-estar e a qualidade de vida. Trabalhou-se igualmente a noção de determinação social dos processos de saúde, com vistas a compreensão de que tais os processos estão imbricados com a forma como nos organizamos socialmente e nos relacionamos com o ambiente natural.

Com a ideia de promoção de saúde, formulada inclusive como política pública, objetivando uma melhor qualidade de vida e a construção de territórios saudáveis, foi possível pensar o papel das instituições escolares. Nesse sentido, no segundo capítulo deste trabalho se passou em revista algumas ações e estratégias que foram atribuídas à escola, no âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS.

Importante realçar que a temática da saúde sempre esteve presente no cotidiano escolar. No entanto, como defendido na última parte do primeiro capítulo deste trabalho, muitas das práticas de saúde presentes na instituição escolar se orientavam e continuam se orientando pelo modelo biomédico.

A escola tem sido lugar de aplicação de medidas de controle e prevenção de doenças, porque o setor Saúde costuma ver a escola como um lugar onde os alunos seriam um grupo passivo para a realização de ações de saúde. [...] Os programas de educação para a saúde ainda se voltam muito para o foco da doença, o que precisa ser revisado para que tenham uma perspectiva de maior participação e de melhor promoção da saúde e da qualidade de vida (CERQUEIRA, 2007, p. 36).

Mesmo as ações relativas ao Programa Saúde na Escola têm sido pautadas, geralmente, por esta lógica individualizante, que compreende a promoção de saúde como transmissão de informações e mudanças nos hábitos de vida individuais, desconsiderando as dimensões micro e macro ambiental nas quais esses hábitos são produzidos e atualizados.

Este trabalho se funda na ideia de que a instituição escolar está imbricada nos processos de saúde e de adoecimento. Assim, a forma como se organiza, as condições de convivência, de estudo e de trabalho nas quais alunos, professores e funcionários estão inseridos, bem como a forma como ocorre a educação no ambiente escolar, são todos fatores que promovem saúde ou adoecimentos.

Trata-se de pensar a escola como ambiente no qual crianças, adolescentes e adultos convivem, estudam, trabalham, a maior parte de seu tempo. Ambiente no qual

é estabelecida relações diárias de interação entre o professor e seus alunos, dos alunos entre si, da gestão e coordenação com alunos, professores e funcionários, do professor e alunos, com os demais funcionários.

Enquanto ambiente, pensado como uma teia de recursos, condições e relações, a escola pode ser mais ou menos saudável e assim promover e produzir mais ou menos saúde e adoecimento para todos que nela estão inseridos. Assim, torna-se necessário refletir como as condições, as práticas educativas e as relações humanas construídas no ambiente escolar são promotoras e produtoras de saúde, para os diferentes sujeitos

Para tal, esta parte do trabalho dedica-se a pensar saúde na escola de forma mais abrangente utilizando-se do conceito *holding*, tal como formulado por Winnicott. Como forma de ilustrar o ambiente escolar em suas práticas, ambiente físico, relação professor-aluno etc., será utilizado o filme “Como Estrelas na Terra”, no intuito de refletir a partir da teoria winnicottiana (*holding*) a promoção e produção da saúde na escola.

4.1 Holding como práxis escolar

Donald Winnicott foi um médico pediatra e psicanalista que se dedicou a realizar estudos sobre a influência do ambiente para a formação saudável na infância. As teorias de Winnicott permitem compreender a contribuição do ambiente para a maturação saudável do bebê humano.

Para tal, Winnicott preconiza que o desenvolvimento emocional do bebê; sua formação saudável depende das condições estabelecidas pelo ambiente que a mãe proporciona ao lactente; a essas condições boas para o desenvolvimento saudável, Winnicott (1983) vai chamar de “*holding*”. Ou seja, *holding* diz respeito a fornecer condições ambientais suficientemente boas que permitirão a integração do bebê; sua integração e seu amadurecimento.

Segundo Winnicott (1983), a falta de *holding* no ambiente produz um desenvolvimento distorcido. Isso quer dizer que o fornecimento do *holding* no ambiente torna-se importante na medida em que o atendimento ou não atendimento das necessidades no ambiente influenciará qual tipo de *self* o ele precisará assumir. Assim, Winnicott (1983) define que existe dois tipos de *self*, o *self* verdadeiro, que expressa a personalidade real, se relacionando à criatividade e à ação espontânea

(gesto espontâneo), como também o falso *self*, que oculta o *self* verdadeiro para construir um conjunto de relacionamentos falsos.

O gesto espontâneo é o verdadeiro *self* em ação. Somente o *self* verdadeiro pode ser criativo e se sentir real. Enquanto o *self* verdadeiro é sentido como real, a existência do falso *self* resulta em uma sensação de irrealidade e em um sentimento de futilidade (WINNICOTT, 1983, p.135).

Dessa forma, o ambiente suficientemente bom e produtor de saúde é aquele concedido através do *holding*. Somente com a produção de *holding* no ambiente é possível ser desenvolvido o *self* verdadeiro. A falta desse ambiente suficientemente bom (*holding*) faz com que o *self* verdadeiro dê lugar a um falso *self*, fato que ocorre pela submissão do *self* às exigências do ambiente. Nesse sentido o ambiente social tem forte influência no processo de maturação dos indivíduos, cabendo ressaltar que o ambiente em que os sujeitos passam maior parte das suas vidas terá forte impacto em sua saúde física e emocional. “Todos esses desenvolvimentos fazem parte da condição do ambiente *holding*, e sem um *holding* suficientemente bom esses estágios [maturacionais] não podem ser alcançados, ou uma vez alcançado não podem ser mantidos” (WINNICOTT, 1983, p.45).

Medeiros e Aiello-Vaisberg (2014) chamam a atenção para os sentidos que Winnicott atribui ao *holding* ao longo de sua obra. Para os autores, o conceito faz referência “ao conjunto de cuidados maternos físicos e psicológicos dispensados ao bebê humano no período logo posterior ao seu nascimento” (MEDEIROS; AIELLO-VAISBERG, 2014, p. 51). Eles propõem que o conceito seja utilizado para fazer referência a “provisão ambiental suficientemente boa, o ambiente de *holding*” (MEDEIROS; AIELLO-VAISBERG, 2014, p. 51) fazendo relação com o conceito de cuidado. Nesse sentido, o *holding* não se reduziria ao vínculo mãe-bebê ou mesmo as relações entre crianças-adultos, mas abarcaria as relações de todas as pessoas em seus diversos ambientes.

Podemos afirmar que toda e qualquer pessoa necessita sentir-se sustentada ao longo de toda sua vida, variando a forma e a intensidade desta sustentação, uma vez que a condição humana apresenta uma instabilidade jamais completamente resolvida pela maternagem suficientemente boa inicial (MEDEIROS; AIELLO-VAISBERG, 2014, p. 54).

Embora as contribuições de Winnicott sobre o ambiente enquanto *holding*, desenvolvimento do *self* verdadeiro saudável e implicações do *self* falso para a saúde estejam sendo utilizadas para uma melhor compreensão do ambiente escolar, a

maioria dos estudos priorizam a fase escolar da educação infantil. Como bem pontuam Medeiros e Aiello-Vaisberg (2014), apesar de Winnicott (1983) ter dirigido seus estudos aos cuidados maternos, suas contribuições deixam claro a importância do ambiente para formação humana saudável durante toda a vida.

Assim, é possível utilizar as noções winnicottianas, para a compreensão da escola, contemplando toda a educação básica (educação infantil, ensino fundamental e ensino médio). No entanto, ainda são poucos autores que têm utilizados os conceitos winnicottianos para pensar a educação de forma mais abrangente. Nessa direção e somente a título de exemplo, cito o livro “Educação: uma Questão de Saúde Pública: Contribuições de Winnicott para a Educação”, escrito por Bogomoletz (2018), e o artigo “Por mais Winnicott na Pedagogia”, escrito por Moraes (2017).

Sobre a relação entre ambiente de *holding* e escola, Bogomoletz (2018, p. 15-16) anota que é na escola que “a partir de certa idade, os seres humanos em fase de crescimento passam uma parte considerável de suas vidas. O modo como eles serão tratados ali terá, por isso, grande influência em seu futuro”. Nesta mesma direção, Ribeiro (2004, p. 10) realça que o ambiente de *holding* é aquele que “oferece condições para o crescimento do indivíduo em direção à saúde”.

Pensar a escola como lugar de promoção e produção de saúde é pensá-la enquanto ambiente e indagar, pelas lentes de Winnicott, que tipo de ambiente a escola tem propiciado para crianças, adolescentes e jovens que nela estão inseridos. Trata-se de um ambiente suficientemente bom, que produz condições para que esses indivíduos possam continuar ou retomar seus processos de crescimento cognitivo, emocional e social ou, ao contrário, trata-se de um ambiente adoecido e, portanto, adoecedor?

Buscando construir e oferecer pistas sobre a escola enquanto ambiente *holding*, promotor e produtor de saúde, farei a apresentação e análise de algumas cenas do filme “Como Estrelas na Terra”, dirigido por Aamir Khan e Amole Gupte, disponível nas plataformas NETFLIX e Youtube, as quais serão trabalhadas na esperança de lançar um olhar sobre o ambiente escolar na perspectiva de Winnicott e seu conceito de Ambiente-Holding, o qual, por sua vez, permite-nos construir uma proposta de promoção e produção de saúde no ambiente escolar.

O filme “Como Estrelas na Terra” é um filme indiano, chamado originalmente de *Taare Zameen Par*, tendo sua estreia no cinema ocorrida em no cinema em 2017. O filme conta a história do menino Ishaan, de nove anos, que vive na Índia com a mãe,

pai e um irmão. Ishaan é um aluno repetente, que sofre com dificuldades de aprendizagem na escola. Em contraponto, seu irmão Yohan é um aluno de destaque que sempre tira as melhores notas. Após uma conversa entre os pais de Ishaan, a direção da escola e suas professoras, é informado a seus pais que as dificuldades de aprendizagem da criança persistem. Com isso, o pai de Ishaan decide mudar o garoto para uma escola de internato. Na nova escola Ishaan sofre diversas punições, como forma de disciplina, o que faz com que ele entre em uma profunda tristeza e desânimo, chegando até a abandonar o hábito que mais gostava: desenho e pintura.

Em meio a esse período em que Ishaan se encontra em uma profunda tristeza, chega na escola de internato um novo professor de Artes. O professor Nikumbh ao chegar no primeiro dia de aula na turma de Ishaan percebe que o garoto não está bem e se preocupa em investigar o motivo de tanta tristeza. Por ter experiência na educação especial e também ter dislexia, o professor Nikumbh percebe que o problema de aprendizagem de Ishaan tem relação com a dislexia que o garoto possui. Daí em diante o professor busca novas estratégias para ajudar seu aluno: como ir na casa dos pais explicar que o Ishaan possui dislexia, conversar com o diretor para poder auxiliar Ishaan com aulas adaptadas para a dislexia, organizar uma aula expositiva com nomes importantes de pessoas que também tiveram problemas de aprendizagem na escola, realizar uma feira de Artes na escola para a criação, e exposição de desenhos e pinturas. Essas ações do professor Nikumbh têm resultados positivos na vida de Ishaan. Com o tempo o menino consegue retomar seu processo de crescimento e consegue aprender, a ler, escrever, retomando, ainda, suas atividades de desenho e pintura e, o mais importante, voltando a sonhar.

Agora, de forma mais detalhada, vamos refletir sobre algumas das cenas que o filme “Como Estrelas na Terra” traz para reflexão numa perspectiva Winnicottiana. Iniciamos confrontando a diferenças de duas cenas. A primeira cena (1:03 à 1:06) diz respeito a uma aula de português que acompanha uma trilha sonora da música *Breja Kum*, que significa “Burro”. Na cena Ishaan aparece estressado, envergonhado e com raiva, sempre recebendo cobranças do professor que permanece o tempo todo, em frente ao quadro negro falando, sem nenhuma pausa, sobre conceitos gramaticais. Além disso a música “Burro” carrega frases que Ishaan ouvia, como: “Por que você não consegue? Qual é o seu problema? Por que você é tão burro? Idiota, um bobão, preguiçoso, maluco”.

Na segunda cena (1:11 à 01:20), também acompanhada por uma música como trilha sonora chamada “Bum Bum Bole”, temos a chegada do professor Nikumbh na aula de Artes. A entrada do professor Nikumbh é feita de forma lúdica, fantasiado de palhaço e tocando flauta. O professor Nikumbh convida a turma para cantar e dançar. Algumas frases da música “Bum Bum Bole” que embala essa cena são “O mundo é o que você enxerga através de suas lentes”, “estou com você! Você está comigo!”. Vale destacar que durante esta cena a proposta de atividade foi que os alunos fizessem um desenho livre para expressarem a sua imaginação, porém Ishaan, mesmo gostando de desenhar, já se encontrava em um estágio de tanta tristeza, que tinha perdido a vontade de desenhar. Esse fato que chamou atenção do professor Nikumbh.

A primeira cena do professor de português demonstra um processo de adoecimento produzido pela prática empregada na sala de aula. Nesse momento o ambiente escolar é o contrário do *holding*. Força-se que o garoto Ishaan se adequasse a metodologia de ensino para aprender os conteúdos. É o contrário do que Winnicott indica em suas reflexões sobre ambiente e *holding*. Aqui, é o ambiente que se adequa ao indivíduo. No filme, é o indivíduo (Ishaan) que deve se adequar ao ambiente. A aula serve apenas para depositar conteúdos que devem ser aprendidos rigorosamente. O processo de adoecimento ocorre porque Ishaan tem seu *self* verdadeiro reprimido, assim é que ele se refugia num *self* falso, espécie de casulo, para que possa corresponder as exigências do ambiente. Nesse processo em que o garoto tenta incorporar o falso *self* existe a construção de sentimentos ruins como tristeza, raiva e culpa, pois Ishaan é taxado como “burro”.

Na segunda cena o ambiente atende o *holding*. A forma como professor introduz a aula atendendo a faixa etária e interesse demonstra que ocorre uma adequação do ambiente para atender as especificidades dos sujeitos. Com as necessidades colocadas e acolhidas no e pelo ambiente, o *self* verdadeiro se sente livre para atuar. A própria escolha de atividade de desenho livre demonstra que o *self* verdadeiro pode agir de forma espontânea.

A terceira cena (1:49 à 1:56) que foi escolhida para ilustrar a teoria *holding* de Winnicott na escola ocorre em uma aula do professor Nikumbh, que apresenta nomes de pessoas importantes que se destacaram na história, porém tiveram dificuldades de aprendizagem na escola. Também foi explicado na aula o que era dislexia. Alguns dos nomes que tiveram suas histórias contadas foram a de Albert Einstein, Leonardo da Vinci, Thomas Edison, dentre outros. Vale destacar que na questão de

desempenho de aprendizagem, Ishaan era extremamente comparado pelos pais e por alguns professores com seu irmão Yohan. Apesar de que cada pessoa aprende em um ritmo diferente, tanto em sua casa como na escola havia uma cobrança para que Ishaan aprendesse no mesmo ritmo e desempenho do seu irmão. Retornando para análise da cena da aula professor Nikumbh, o ambiente enquanto *holding* ocorre porque a aula foi pensada justamente para que Ishaan se sentisse representado naquelas histórias, o que agiu como uma espécie de efeito terapêutico. Sem deixar de ser aula, o efeito sobre Ishaan foi para além do pedagógico, alcançando o próprio ser.

A partir dessa cena é demarcado que aquela sala de aula seria um ambiente *holding* em que Ishaan encontraria refúgio para retomar seu *self* verdadeiro. Foi nesta sala de aula e a partir da relação construída entre professor Nikumbh e o aluno Ishaan que o garoto começa a sentir livre para expressar sua espontaneidade e criatividade. O professor Nikumbh forneceu *holding* em sua sala procurando manter um ambiente que fosse propício para que seus alunos atingissem as suas potencialidades. Com relação ao aluno Ishaan, o professor Nikumbh percebeu que era preciso *salvá-lo*. Inclusive em uma outra cena (1:29 à 1:30) ocorre um diálogo de desabafo entre o professor Nikumbh e uma colega; o professor Nikumbh usa exatamente essas palavras: Ele está em perigo! Ribeiro (2004, p. 22) diz que “Winnicott reconhecia o papel da escola, até **como uma segunda chance**, para crianças que não tiveram um bom ambiente inicial”. Foi exatamente assim que funcionou a escola para Ishaan, a partir de seu encontro com o professor Nikumbh

Ainda sobre a cena da aula do professor Nikumbh, é interessante ressaltar que se inicia um processo muito importante para o enredo do filme. O ambiente escolar, enquanto *holding*, que começa naquela sala de aula do professor Nikumbh, passa a ser expandido para toda a escola de internato. Assim é que o professor Nikumbh funcionou como “mãe suficientemente boa”, aquela capaz de prover o *holding*. Nesse sentido, Moraes (2017, p. 10) diz que o conceito da “mãe suficientemente boa” deveria ser usado por qualquer pessoa responsável pelos cuidados de uma criança pequena”.

A prática do professor Nikumbh não se limitou ao espaço da sala de aula. Após a cena da aula do professor Nikumbh outros espaços da escola são transformados pela prática do professor Nikumbh. A exemplo, a cena (2:14 à 2:31) em que ocorre um concurso de pintura na Feira de Artes da escola de internato. Nesta cena, do concurso de pintura, todo o corpo docente e alunos são mobilizados para participarem,

transparecendo uma leveza nas relações entre professores e alunos, até mesmos com os professores considerados mais rigorosos da escola. O próprio diretor, que a princípio resistia a forma como o professor Nikumbh pensava o fazer na educação, acabou sendo influenciado por ele, nas questões da direção da escola de internato, pois concordou inteiramente com a realização da feira de artes, proposta pelo professor Nikumbh.

O filme “Como Estrelas na Terra” demonstra bem como a escola pode influenciar positivamente ou negativamente na saúde das pessoas. O pertinente do filme é que ele foi estruturado em dois momentos distintos, para evidenciar a distinção entre uma prática educativa que promovia adoecimento e, uma outra prática educativa, relacionada a promoção e produção de saúde. A princípio, a escola só se importava em transferir conhecimento; em um segundo momento a escola busca adequar-se para desenvolver potencialidades dos seus alunos.

Outra questão que o filme evidencia é que a prática transformadora de um professor pode influenciar toda a instituição escolar, o que para muitos expectadores pode ser sinal de “idealismo”, mas que também pode ser lido como convite para pensarmos a responsabilidade de cada docente mesmo nos contextos educativos mais adversos. Não se trata de pensar o professor como salvador da pátria, mas de compreender que é se nem sempre é possível tudo fazer; é sempre possível fazer alguma coisa, e essa alguma coisa pode fazer a diferença.

Nesse sentido, o que diferenciou a prática do professor Nikumbh dos demais professores da escola de internato é expressado quando Paulo Freire (2019) diz: “Me movo como educador porque, primeiro, me movo como gente” (FREIRE, 2019, p. 92). Isso implica dizer que antes de qualquer coisa a escola deve lembrar que é formada por pessoas humanas. No caso do filme foi preciso um professor agir como gente para que a escola passasse a entender que seu ambiente é formado por pessoas humanas. Vale destacar que o valor do ambiente para Winnicott (1983) reside justamente em sua dimensão humana. Além disso, vale apenas refletir como a prática do professor em sala de aula pode impactar a vida dos alunos e o cotidiano da escola.

Depois dos responsáveis familiares, os educadores são as pessoas nas quais a dependência absoluta e relativa, os vínculos afetivos, a segurança interna e a confiança no ambiente são projetados e introjetados pelas crianças e adolescentes. (MORAES, 2017, p.113)

A lição sobre a importância da escola na vida das pessoas presente no filme “Como Estrelas na Terra” é pensar que a escola quando não se preocupa em entender e acolher as necessidades de seus alunos acaba cometendo exclusão, se convertendo em ambiente adoecido e que adocece. Segundo Bogomoletz (2018), o termo inclusão é um bom exemplo de atitude de *holding*, porém é preciso sempre considerar a necessidade de fornecimento para a pessoa incluída, exemplos do que é o contrário de *holding* são o estranhamento, a rejeição, a exclusão, a discriminação e o racismo. Além disso, o *holding*, quando presente no contexto escolar, demonstra o que Paulo Freire (2003) coloca em seu poema “A Escola”:

O lugar onde se faz amigos. /Não se trata só de prédios, salas, quadros,
/Programas, horários, conceitos... /Escola é sobretudo, gente /Gente que
trabalha, que estuda /Que alegre, se conhece, se estima. /O Diretor é gente,
O coordenador é gente, /O professor é gente, /O aluno é gente, /Cada
funcionário é gente. /E a escola será cada vez melhor /Na medida em que
cada um se comporte /Como colega, amigo, irmão. /Nada de “ilha cercada de
gente por todos os lados” /Nada de conviver com as pessoas e depois,
/Descobrir que não tem amizade a ninguém. /Nada de ser como tijolo que
forma a parede, /Indiferente, frio, só. /Importante na escola não é só estudar,
não é só trabalhar, /É também criar laços de amizade, /É criar ambiente de
camaradagem, /É conviver, é se “amarrar nela”! /Ora é lógico... /Numa escola
assim vai ser fácil! /Estudar, trabalhar, crescer, /Fazer amigos, educar-se, ser
feliz. /É por aqui que podemos começar a melhorar o mundo. (FREIRE, 2003)

Diante disso, a escola que promove saúde segundo a teoria *holding winnicottiana* é aquela que considera e trabalha promoção de saúde de forma ampla, é a escola que adota estratégias de acolhimento à diversidade, que combate todas as formas de preconceito. É a escola que busca se construir enquanto ambiente humanizado [fala-se muito em humanização da saúde; seria preciso falar também em humanização da educação], abrindo espaço e cultivando cotidianamente a empatia, o cuidado, o respeito, a paz, entendem que seus alunos têm contextos diferentes, peculiaridade e problemas fora ou dentro da escola que afetam seu estado emocional. A escola que atua desta forma contribui para o crescimento saudável, para a maturação dos alunos contribuindo para a formação pessoas espontâneas, verdadeiras, criativas e felizes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho é resultado da tentativa de compreender a escola enquanto lugar de promoção e produção de saúde, a partir de uma perspectiva winnicottiana. Partiu-se do pressuposto de que o ambiente escolar está sempre imbricado na produção, promoção e potencialização dos processos de saúde-adoecimento.

Assim, as condições materiais presentes na escola, os métodos de ensino e o currículo adotado, a organização do tempo e dos espaços o clima organizacional e as relações entre os diversos agentes (alunos, professores, gestores e demais profissionais), dentre outros, são todos fatores que atuam diretamente na qualidade de vida, podendo tanto promover saúde, quanto adoecimentos diversos. Tudo isso justifica e torna importante a reflexão sobre a saúde e seus impactos nos processos de adoecimento, dos diversos ambientes, inclusive no ambiente escolar.

Este trabalho apresentou os principais paradigmas de saúde, com destaque para o modelo biomédico e para a perspectiva que relaciona saúde ao bem-estar. No modelo biomédico entende-se saúde, de forma restrita, como cura ou prevenção de doenças. No modelo para bem-estar o conceito de saúde inclui o físico, mental e social. Esta segunda concepção de saúde contribuiu para as discussões a respeito das determinações sociais dos processos de saúde. Essa noção tornou possível entender que os processos de saúde e de adoecimento estão relacionados às questões de natureza socioeconômicas e políticas, que condicionam as condições de vida das pessoas e grupos sociais impactando, positiva ou negativamente, à saúde das pessoas. Essa noção deixa explícito como os processos relacionados à desigualdade social produzem menos qualidade de vida e, portanto, mais adoecimentos.

Através da literatura pesquisada, foi possível compreender que, apesar do modelo para bem-estar ser mais abrangente ao considerar as determinações sociais dos processos saúde-doença, o modelo biomédico continua presente nas ações e práticas de saúde, nos diversos ambientes, inclusive nas instituições escolares, nas quais o tema [saúde] tende a aparecer e ser trabalhado, em sua dimensão de prevenção de doenças, muitas vezes relacionadas aos hábitos e estilos de vida das pessoas, por meio e de uma prática educativa bancária, desconsiderando os fatores políticos, econômicos e sociais que promovem e produzem adoecimentos.

A emergência do modelo de saúde para o bem-estar, relacionado a compreensão das determinações sociais dos processos de saúde, contribuiu com debates sobre a ideia da promoção da saúde, debates que a princípio se concentraram fora do Brasil e dos quais resultaram diversos documentos, como, por exemplo, a Carta de Ottawa, que serviu como um documento norteador para ações de promoção da saúde em diversos países, inclusive no Brasil. Neste país, o direito a saúde em seu sentido ampliado, será garantido nos documentos legislativos a partir da Constituição Federal (1988), do SUS (1990) e, posteriormente, da PNPS (2006).

A PNPS (2006) foi um grande marco no avanço da promoção da saúde no Brasil. E no marco dessa política que a escola começa a receber atribuições para as ações de promoção da saúde. Prova disso é que, entre os anos de 2006 a 2008, foram lançados no âmbito da PNPS (2006) duas portarias e um decreto que vinculam algumas ações de promoção da saúde para a ambiente escolar. Embora a escola tenha recebido tais atribuições para a promoção da saúde, as ações descritas para a escola configuram-se voltadas para as questões de prevenção e cuidados com o corpo, a exemplo da alimentação saudável e do combate a obesidade. Percebe-se, assim, na política de promoção, ainda a influência do modelo biomédico.

Foi em uma atualização de portaria lançada em 2017, que trata da responsabilidade dos Municípios, Estados e Distrito Federal, que surgiu apenas uma proposta diferente para trabalho destinado à promoção da saúde na escola. A proposta apresentada pensava saúde de forma mais abrangente, ao propor que as instituições escolares contribuam para a “promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos” (BRASIL, 2017, p.37).

Buscando refletir sobre como a escola pode ser um ambiente produtor de saúde, apesar de existir uma legislação que, por influência do modelo biomédico, confunde o sentido de promover saúde e reduz as ações de saúde na escola a uma perspectiva pontual, individualizante e de caráter preventivo, fez-se uso dos conceitos de ambiente e *holding*, tal como formulados por Winnicott, por apostar que tais conceitos podem lançar luz sobre o caminho para a construção de uma escola enquanto ambiente-*holding*, portanto, promotora e produtora de saúde. Tratar do *holding* no ambiente da escola significa prover circunstâncias suficientemente boas para um desenvolvimento saudável, para que crianças, adolescentes e jovens possam dar continuidade ao seu processo maturacional. Tais circunstâncias são expressas

nas condições de trabalho e relações humanas que cercam o cotidiano da escola, sendo que, no âmbito deste trabalho, foram destacadas o aspecto relacional.

Seria impossível pensar saúde em uma escola que não possui instalações físicas decentes, porém não é possível também produzir saúde em uma escola que as relações humanas são carregadas de exclusão e preconceito. Por essa razão, escolheu-se o filme “Como Estrelas na Terra” para ilustrar as potencialidades do ambiente escolar quando pensando como ambiente-holding. Tal conceito – *holding* – mostra aqui, toda sua pertinência, nos possibilitando entender a importância da escola na construção de uma sociedade que respeite e valorize as diferenças.

A escola é uma instituição formada por gente de diferentes gostos, aparências físicas, dificuldades de aprendizagem, etc. O outro difere, mas precisa ser acolhido nas suas diferenças. Quando o *holding* está presente no ambiente escolar, por exemplo, existe inclusão, combate a qualquer tipo de discriminação, acolhimento, empatia, amizade, respeito e predomina-se uma cultura de paz. A falta de *holding* no ambiente significa exclusão, intolerância, preconceito, autoritarismo e competitivismo.

Ademais, quando o ambiente escolar possui *holding* viver torna-se mais leve. A escola torna-se um espaço de cuidado e zelo para as crianças e adolescentes, inclusive para aqueles que carregam inúmeros problemas do seu contexto familiar e social. A escola torna-se assim, nunca a última (pois a vida sempre guarda a possibilidade de bons encontros), mas **uma chance a mais** na vida de cada um deles.

REFERÊNCIAS

AITH, F.M.A. **Marcos Legais da Promoção da Saúde no Brasil**. Revista de Medicina: São Paulo, v.92, n.2, p.148-154, abr.-jun. 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79977> Acesso em: 28 jun. 2022.

ALVES, E. D.; ARRATIA, A.; SILVA, Denise M.G. V. da. **Perspectiva Histórica e Conceitual da Promoção da Saúde**. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 1, n. 2, ago. 2007. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/8727> Acesso em: 28 jun. 2022.

ARELLANO, O. L.; ESCUDERO, J. C.; CARMONA, L. D. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES . **Medicina Social**, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 323–335, 2008.

BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. **Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas**. J. Hum. Growth Dev. São Paulo , v. 26, n. 1, p. 11-20, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822016000100002&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 28 jun. 2022.

BOGOMOLETZ, D. **Educação Uma Questão de Saúde Pública**: contribuições de Winnicott para a educação. Rio de Janeiro: Editora Eranthus, ed. 1, 2018. *E-book*.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil** [recurso eletrônico] : texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais nºs 1/1992 a 116/2022, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas constitucionais de revisão nºs 1 a 6/1994. -- 59. ed. -- Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2022. -- (Série legislação ; n. 1)

Brasil. **Lei 8080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/l8080.pdf Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.010**, de 8 de maio de 2006. Brasília; 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/pri1010_08_05_2006.html Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial Nº 1.055**, de 25 de abril de 2017. Brasília; 2017. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/prt_pse_1055_25_04_2017.pdf Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial Nº 675**, de 4 de Junho de 2008. Brasília; 2008. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_PORTARIAINTERMINISTERIAL_675_4JUNHO2008.pdf Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf Acesso em: 23 julho.2022.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 6.286**, de 5 de dezembro de 2007. Brasília; 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm Acesso em: 30 jun. 2022.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Medellín, v. 31, n. 1, p. 13–27, 2013.

CARVALHO, A. I. C. **Princípios e Práticas da Promoção da Saúde no Brasil**. Cad. Saúde Pública: Rio de Janeiro, v.25, n.1, p.4-5, jan. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/GrJjGsCJSDqJFkDKvCk9jqJ/?lang=pt> Acesso em: 29 jun. 2022.

CAVALCANTI, P. B.; LUCENA, C. M. F.; LUCENA, P. L. C. **Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil**. Textos & Contextos: Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 387-402, ago.-dez. 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3215/321543546014.pdf> Acesso em: 29 jun. 2022.

CDSS (2010). **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais**. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde. Disponível em: https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Relatório_Final_OMS_Redução-das-Desigualdades-no-período.pdf Acesso em: 29 jun. 2022.

CERQUEIRA, M. T. A. Construção da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde. In. Brasil. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

COMO, estrelas na terra. Direção: Aamir Khan; Roteiro: Amole Gupte, Estúdio/Distrib: Aamir Khan Productions; Índia, 2007, 140min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=6rxSS46Fwk4> Acesso em: 20 de jul. 2022.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, **Alma-Ata. Declaração de Alma-Ata**. In: BRASIL. Ministério da Saúde.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
Acesso em: 30 jun. 2022.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, **Ottawa. Carta de Ottawa**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf Acesso em: 30 jun.2022.

CORDEIRO, A. M.; OLIVEIRA, G. M.; RENTERIA, J. M; GUIMARÃES, C. A. **Revisão sistemática**: Uma revisão narrativa. Revista do Colégio Brasileiro dos Cirurgiões. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 428-431, nov/dez., 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/CC6NRNtP3dKLqLPwcgmV6Gf/?lang=pt> Acesso em: 22 jun.2022.

CRUZ, M. M. **1. Concepção de Saúde-Doença e o Cuidado em Saúde**. São Paulo: Biblioteca Virtual em Saúde, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cfc-193774> Acesso em: 22 jun. 2022.

CUTOLO, L. R. A.; ANTONIO, G. D.; NILSON, L. G.; OLIVEIRA, I. **A Concepção de Saúde e a Organização da Atenção Básica**. Florianópolis : UFSC, 2018.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P. de. SOUZA, E. M. de. **Educação em saúde e educação na saúde**: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Brasília: Ciência & Saúde Coletiva, 2014.

FREIRE, P. A escola, Nova Escola. N° 163, jun.-jul. 2003. Disponível em: <http://profgege.blogspot.com/2008/01/poema-escola-paulo-freire.html> Acesso em: 22 jun. 2022

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, ed. 60, 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, ed. 81, 2019.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; ARAUJO, M. D. **Da Noção de Determinação Social à Noção de Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro: Saúde Debate, v.41, nº 112, p.63-76, jan.-mar. 2017.

HEIDEMANN, I.T.S. Buss et al. **Promoção à saúde**: trajetória histórica de suas concepções. Texto & Contexto - Enfermagem [online], v. 15, n. 2, abr. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/W4mZfM69hZRxdMjtSqcQpSN/?lang=pt#> Acesso em: 28 jun. 2022.

LEANDRO, B.B.S. A determinação social do processo saúde-doença pelo olhar da educação popular em saúde. In: BORNSTEIN, Vera Joana et al (Org.). **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde**: textos de apoio. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/textos-de-apoio-para-o-curso-de-aperfeicoamento-em-educacao-popular-em-saude> Acesso em: 28 jun. 2022.

LIMA, S.C.; MAGALHÃES, M. A.; SANTOS, F. O. **Território Escolar, Práticas e Ações**: promoção da saúde na escola. Revista Eletrônica de Geografia, v. 2, n. 4, p. 144-156, dez. 2012. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/Observatorium/article/view/45669> Acesso em: 28 jun. 2022.

LOURENÇO, L. F. L.; DANCZUK, R. F. T.; PAINAZZER, D. PAULA JUNIOR, Newton Ferreiar. MAIA, Ana Rosete Camargo Rodrigues. SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherinos dos. **A Historicidade Filosófica do Conceito Saúde**. São Paulo: Biblioteca Virtual em Saúde, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1028952> Acesso em: 22 jun. 2022.

MAGGI, B. **Bem-estar**. Laboreal. v. 2, nº 1, 2006. *E-book*.

MEDEIROS, C.; AIELLO-VAISBERG, T. M.J.; Reflexões sobre holding e sustentação como gesto psicoterapêutico. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, vol. 26, n.2, p. 49-62, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pc/a/wLtHmFGfDBWy4vR5Mwdt9Nb/?lang=pt> 22 jun. 2022.

MINERBO, M. **Neurose e Não neurose**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. (Coleção Clínica Psicanalítica).

MORAES, S. P. de. **Por Mais Winnicott na Pedagogia**. Revista Educação, Guarulhos, v.12, n.1., p. 102-114, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/gessi/Downloads/2888-9280-1-PB.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2022.

MOREIRA, M. C. **Determinação social da saúde**: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira. 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

O que é DSS. DSS Brasil – Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/> Acesso em: 22 jun. 2022.

O'Neill M. 2004. Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé : d'où vient-il et pourquoi est-il si important ? In **Promotion & Education, Efficacité de la promotion de la santé**. IUHPE/UIPES (1) 2004 – Edition especial p.6-9

RIBEIRO, M. J.; **O ensinar e o aprender em Winnicott**: a teoria do amadurecimento emocional e suas contribuições à psicologia escolar, 2004. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP. São Paulo, 2004.

SÁ JÚNIOR, L. S. M.; **Desconstruindo a definição de saúde**. Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM), p. 15-16, jul./set. 2004.

SANTOS, L. A. S. **O Fazer Educação Alimentar e Nutricional**: algumas contribuições para reflexão. Ciência e Saúde Coletiva, v. 17, n. 2, p. 453-462, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2012.v17n2/455-462/pt/#ModalArticles> Acesso em: 29 jun. 2022.

SOLAR.O. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. 2007.

SOUSA, M. F.de. **A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde**. Tempus – Actas De Saúde Coletiva, v. 8, n. 1, pág. 11-16, 2014. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1448> Acesso em: 29 jun. 2022.

SUCUPIRA, A C.; MENDES, R. **Promoção da Saúde**: conceitos e definições. *SANARE - Revista De Políticas Públicas*, v. 4, n. 1, jan.- mar. 2003. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/107> Acesso em: 28 de jun. 2022.

VERDI, M. R. M.; Cutolo, L. R. **Saúde e sociedade**. Universidades Aberta do SUS, Florianópolis: UFSC, 2010.

VIANNA, L. A. C. **Determinantes Sociais de Saúde**: processo saúde doença. São Paulo: UNIFESP, 2016. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf Acesso em: 22 jun. 2022.

WINNICOTT, D. **O Ambiente e os Processos de Maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Por Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983.