

Modelo de Intervenção em Saúde Pré-escolar

Almeida I. *, Corte A. **, Rato C. **, Silvestre A. **, Grande M. ***, Gil G. ***, Martins C. ***

* Psiquiatra da Infância e da Adolescência no Hospital N.º Sr.ª do Rosário, SA, Barreiro; ** Enfermeira; *** Educadora de Infância

RESUMO

Os autores desenvolvem neste trabalho um modelo de intervenção em saúde escolar, reforçando a vantagem da realização dum exame global de saúde no final da idade pré-escolar.

Foi feito um levantamento dos objectivos gerais pedagógicos definidos para a educação pré-escolar, dos objectivos da Educação para a Saúde Pré-Escolar e reflectiram sobre a intervenção adequada e articulada em crianças com necessidades educativas especiais, não só no que concerne a necessidades específicas resultantes do tipo e grau de deficiência, mas também na prevenção de outra problemática emergente.

Um desenvolvimento harmonioso apela à precocidade da intervenção educativa e à necessidade de se realizar acções de educação para a saúde no jardim de infância.

Palavras chave: Saúde, Escola, Criança, Família.

ABSTRACT

The authors develop in this work, a model for intervention in school health, and reinforce the benefits of a global medical examination at the end of pre-school.

They had done a research of pedagogic general objectives defined to pre-school education

and the objectives of education for a pre-school health. They also reflect about an intervention in children with special needs of education.

Keywords: Health; School; Child, Family.

0 - NOTA INTRODUTÓRIA

As atitudes, os comportamentos, os ambientes e os estilos de vida da sociedade são determinantes fundamentais para a saúde. O cidadão e a sociedade são a razão de existir do sistema de saúde. Perante esta perspectiva, as parcerias na saúde são uma filosofia indispensável para a promoção e protecção da saúde comunitária, incluindo a criação de ambientes mais saudáveis e seguros (escolas, trabalho, cidade, lazer, etc). Assim esta abordagem revela-se de extrema utilidade no contexto da saúde escolar, pois a equipa de saúde e os educadores/ professores desempenham papéis fundamentais na criação dos referidos ambientes saudáveis. Para tal torna-se indispensável repensar as práticas de saúde e educação, por forma a encontrar vias que permitam às crianças e jovens agir como sujeitos activos do seu próprio desenvolvimento e assumir um protagonismo directo na promoção da saúde das suas famílias e da comunidade onde vivem.

As crianças serão elas ouvidas porventura, relativamente aos conhecimentos que detêm sobre saúde, ou a atitude mais comum dos próprios técnicos envolvidos não será a de se

limitarem a entregar folhetos e efectuar sessões de educação sem as adequarem aos conhecimentos que as crianças possuem? Sem querermos ser então demasiado exaustivos e “megalómanos” deixamos aqui a nossa perspectiva e contributo relativo a uma intervenção no pré-escolar criando um modelo de articulação (MISE – Modelo Interventivo em Saúde Escolar) entre os serviços educativos e de saúde.

1– UMA ABORDAGEM ECOLÓGICA

Os seres humanos desenvolvem-se e aprendem em interacção com o mundo que os rodeia. A criança, quando inicia a educação pré-escolar, já sabe muitas coisas sobre este “mundo”.

A área de Conhecimento do Mundo, englobada nas Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar, enraíza-se no desejo da criança saber e compreender porquê. Neste domínio são abordados o seu desenvolvimento e os aspectos que se relacionam com os processos de aprender: a capacidade de observar, o desejo de experimentar, a curiosidade de saber e a atitude crítica.

Alguns dos temas transversais, enunciados na Área da Formação Pessoal e Social, como por exemplo, a Educação para a Saúde e a Educação Ambiental, relacionam-se directamente com o Conhecimento do Mundo.

Uma das grandes metas do desenvolvimento humano é conseguir uma integração efectiva

no mundo social no qual nos encontramos imersos desde o nascimento.

A família, guardiã do desenvolvimento humano, garante não só a sobrevivência física da criança, como encerra os ingredientes básicos para que se realizem as aprendizagens necessárias à autonomia e à identidade.

No entanto, existem outros factores, características inerentes à criança e contextos em que se insere a sociabilização (jardim de infância, escola, colegas e família), que têm influência sobre o desenvolvimento da mesma. Pode assim dizer-se, que junto com o património genético, existe uma herança cultural que condiciona o comportamento e o desenvolvimento humano.

Se a linha natural do desenvolvimento está vinculada aos processos maturativos, a linha social e cultural relaciona-se com os processos de sociabilização e aculturação, e em especial, com a educação e o ensino.

A educação pré-escolar e a escola em geral, encerram contextos de aprendizagem diferenciados dos da família, definidos por regras de interacção, padrões de comportamento e códigos necessários à comunicação, de forma, a que a criança ao integrá-los, possa relacionar-se com o outro alcançando um bem estar somatopsíquico e social.

Assim, para que a mensagem educativa seja interiorizada, o educador deve não só conhecer o processo evolutivo, suas leis e princípios

gerais, como também particularidades referentes a aspectos cognitivo-emocionais, linguísticos e sociais.

Os jardins de infância constituem uma oportunidade valiosa para a avaliação do perfil funcional da criança. No entanto, um olhar atento às capacidades adaptativas, auto-estima, apreciação de experiências sensoriais, compreensão, expressão e gestão de emoções, poderá sinalizar e prevenir descontextualizações. É neste espaço privilegiado, que a criança numa postura activa e exploratória do jogo, a par das relações afectivas, desenvolve uma atitude saudável e adquire competências ao nível da autonomia, da percepção de poder, da aprendizagem e compreensão. Nesta perspectiva, os adultos envolvidos no processo educativo da criança, devem constituir-se como parceiros de reciprocidade de relações, emoções, sensações e de resolução de problemas.

2 – EDUCAÇÃO E SAÚDE

Actualmente, saúde não é só um estado de perfeito bem estar físico, psíquico e social, mas um conceito alargado e dinâmico de bem-estar global em equilíbrio com o ambiente; pressupõe-se assim que os indivíduos sejam capazes de assumir progressivamente a sua própria mudança, numa perspectiva de saúde, com um sentido de responsabilidade e através de investimentos quotidianos. O autor Chistosos Dejourns¹ remete-nos para a

seguinte definição: “...é a capacidade de cada Homem, Mulher ou Criança, para criar e lutar pelo seu próprio projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao bem-estar”. Todos de uma forma ou de outra possuímos um estado de saúde que utilizamos diariamente sem que disso nos apercebamos; só na sua ausência é que tomamos consciência da sua necessidade e importância para a promoção do nosso bem estar global, apresentando-se-nos assim uma certa dificuldade para defini-la com relativa objectividade, pois a saúde tem dimensões subjectivas e objectivas, relativas a cada indivíduo.

Se entendermos por educar, ajudar a crescer, o que significa, autonomizar, construir uma identidade própria, adquirir competências, conseguimos perceber e interiorizar a importância da educação pré-escolar. Júlia Formosinho² refere que, “...Tornar-se pessoa é um processo lento de construção social com raízes nas experiências de infância. Tornar-se moral é um processo lento de construção social que requer a colaboração social...”.

Paulo Moreira³ refere ainda “...O desenvolvimento processa-se a partir das interacções do indivíduo com o meio. E a qualidade de interacção que o indivíduo estabelece com o meio depende da forma como ele se organiza a nível emocional, cognitivo e comportamental ...”.

As capacidades crescentes das crianças para comunicar, discutir, negociar, dar a vez, cooperar, exprimir preferências e razões que estão por detrás das suas acções, aceitar compromissos e empatizar, desempenham um papel importante na interacção social. Experiências e interacções positivas proporcionarão níveis adaptativos de organização da experiência emocional, bem como, da construção de uma identidade psicossocial adaptativa.

A Escola e toda a Comunidade Educativa bem como o avanço dos conhecimentos, são elementos que interagem no desenvolvimento da vulnerabilidade e resiliência do indivíduo.

Se o desenvolvimento se processa a partir da integração de experiências actuais na organização já existente, isso implica, a necessidade de se intervir a nível não só das fases mais precoces do desenvolvimento, mas também em situações de transição nomeadamente na adolescência.

A vivência intra-familiar, constitui uma das experiências mais importantes no desenvolvimento social da criança. No jardim de infância, e uma vez que as crianças agem sobretudo num contexto grupal, os educadores assumem um papel importante na modulação das experiências das crianças com os colegas. À medida que as crianças se afastam da primeira infância, os colegas têm um papel cada vez mais importante no

seu desenvolvimento social. A consciência da diversidade cultural implica também por parte do educador, e posteriormente dos professores, o interpretar correcto de comportamentos, sentimentos e necessidades das crianças no sentido de promover a sua integração plena.

Tal como a maior parte da aprendizagem feita durante os primeiros anos, os “skills” sociais, são apreendidos e interiorizados através de processos interactivos. Assim, a natureza do currículo na idade pré-escolar assume um papel importante no desenvolvimento socio-emocional, linguístico, capacidade de controlo da atenção, competências sensoriais e perceptivas, psicomotor e pedagógico, contribuindo para a eficácia do seu funcionamento cognitivo ao nível da compreensão, raciocínio e memória.

Na transição entre a casa e um contexto de grupo que tem as suas próprias exigências e rotinas, ajudar a criança a pensar, reflectir, resolver os seus problemas, são responsabilidades do educador. É com este ou com o adulto responsável pela criança, que ela estabelece as primeiras relações importantes fora da família. No entanto, deve também ser dado à criança a oportunidade de lidar com a adversidade, usar o seu discernimento e bom senso num “timing” que lhe é próprio.

Os anos de educação no pré-escolar, contribuem para estabelecer um ciclo positivo nas

suas relações sociais. Os educadores e a escola em geral, para além de definir padrões de interacção na sala, devem proporcionar um ambiente favorável ao processo de aquisição, compreensão e desenvolvimento das capacidades sociais. As necessidades, sentimentos, predisposições e comportamento das crianças variam, pelo que tratá-las todas da mesma forma seria injusto. Um ambiente social saudável é aquele em que as diferenças e necessidades individuais das crianças recebem uma resposta que denota igual preocupação e respeito. Olhar a criança, como indivíduo, devolve-lhe o sentimento de ser *compreendida e respeitada*.

2.1 - A CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

A criança em idade pré-escolar encontra-se no período pré-operatório que se inicia no fim do segundo ano e termina por volta dos 7-8 anos, segundo Jean Piaget ⁴ (1977).

As competências sociais, afectivas, psicomotoras e linguísticas, interligam-se numa malha de progressiva complexidade e equilíbrio necessário à maturação cognitiva que permitirá a escolarização.

A grande conquista neste período é o acesso à função simbólica que a criança vai desenvolver através de diferentes condutas: a imitação diferida, o jogo simbólico, o desenho, as representações mentais e a linguagem. O pensamento da criança nesta fase está marcado por limites: o egocentrismo, a centra-

ção, o pensamento estático, a não reversibilidade, os pré-conceitos e já no final o pensamento intuitivo. A criança revela uma incapacidade de se descentrar, de pôr-se no lugar do outro. Tem uma apreensão global das situações e associa numa lógica aparente elementos que não estão ligados. Atribui à realidade características subjectivas (realismo), e atribui características de seres vivos a objectos (animismo). Ela raciocina de maneira unidimensional e o pensamento intuitivo existe ainda numa dependência das percepções.

A linguagem, quer a capacidade verbal quer a forma e o conteúdo como os pensamentos são formulados, permitem à criança ser ouvida e compreendida pelo outro. A linguagem e o seu desenvolvimento, jogam assim, um papel importante na relação que a criança estabelece com o mundo à sua volta, o modo como organiza o pensamento e como constrói as representações do corpo, acedendo à aprendizagem.

As crianças em idade pré-escolar experimentam uma diversidade de dificuldades sociais que podem ter inúmeras causas subjacentes. A criança, ainda em grande dependência dos pais e adultos, conjuntamente com a dificuldade em expressar os seus sentimentos e desejos, bem como as razões da suas preferências e /ou dos seus direitos, poderá tender ao isolamento, ou incapaz de mentalizar con-

flitos resultantes de estimulações exteriores, tenderá a agir. A falta de skills necessários ao estabelecimento de interações satisfatórias com os pares pode ser motivo para a necessidade de uma intervenção junto da criança.

Os anos do jardim de infância, do ponto de vista da sociabilização, podem constituir um espaço de eleição para trocas afectivas gratificantes, estimular a relação da criança que tem dificuldades interactivas ou ainda, detectar situações de risco inerentes à criança ou à família, no sentido de ajudar a promover respostas adaptativas aos vários desafios que se sucedem.

Toda a intervenção junto da criança, exige da parte do educador uma atenção individual que respeite em cada momento a sua fase de desenvolvimento, as suas características individuais, as suas capacidades, competências e os contextos em que se inserem⁵ (Dec. 240/2001 de 30 de Agosto, anexo1). Este, deverá proporcionar experiências enriquecedoras e motivadoras, facilitar o envolvimento e a auto-responsabilização, ajudar na resolução de problemas no sentido não só de promover o desenvolvimento harmonioso da criança, como sinalizar e elaborar estratégias, que em articulação com a família e com a comunidade, possam conduzir ao crescimento, desenvolvimento e maturação. Qualquer decisão, quer pedagógica, quer curricular, tomada pelos professores deverá ter repercussões mí-

nimas nas vivências socio-afectivas da criança. Falar em prevenir é falar de movimento, de desenvolvimento, evoluir num estadio face a um estadio anterior e evoluir no seguinte em função do actual.

2.2 - A EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR

O Ministério da Educação,⁶ estabelece como princípio geral que a *“educação pré-escolar é a primeira etapa da educação básica no processo de educação ao longo da vida, sendo complementar da acção educativa da família, com a qual deve estabelecer estreita relação, favorecendo a formação e o desenvolvimento equilibrado da criança, tendo em vista a sua plena inserção na sociedade como ser autónomo, livre e solidário”*.

Deste princípio decorrem os objectivos gerais pedagógicos definidos para a educação pré-escolar, dos quais se destacam:

- Promover o desenvolvimento pessoal e social da criança com base em experiências de vida democrática numa perspectiva de educação para a cidadania;
- Estimular o desenvolvimento global da criança no respeito pelas suas características individuais, inculcando comportamentos que favoreçam aprendizagens significativas e diferenciadas;
- Proporcionar à criança ocasiões de bem estar e de segurança nomeadamente no âmbito da saúde individual e colectiva;

- Proceder à despistagem de inadaptações, deficiências ou precocidades e promover a melhor orientação e encaminhamento da criança;
- Incentivar a participação das famílias no processo educativo e estabelecer relações de efectiva colaboração com a comunidade.

Um desenvolvimento harmonioso apela à precocidade da intervenção educativa e à necessidade de se realizar acções de educação para a saúde no jardim de infância.

• **Conteúdos:**

Conceitos	Procedimentos	Atitudes
Conhecimento do seu corpo e a importância do seu equilíbrio para o bom funcionamento.	Partir do que a criança conhece e sente para a descoberta do seu organismo e do equilíbrio que ele estabelece com o meio envolvente: vestuário, alimentação, higiene.	Incentivar descobertas no próprio organismo e na natureza; Relacionar conhecimentos que já se têm com os conhecimentos acabados de adquirir; Motivar a criança à aquisição de novos hábitos ou alteração de hábitos anteriores.

• **Necessidades:**

As necessidades das crianças em idade pré-escolar no âmbito da saúde escolar prendem-se sobretudo com as necessidades básicas de qualquer ser humano:

- alimentação
- afecto
- competência social
- segurança
- higiene

2.3 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO PRÉ-ESCOLAR

• **Objectivos**

- Fomentar a capacidade de observação;
- Criar o desejo de experimentar;
- Despertar a curiosidade do saber;
- Incentivar uma atitude crítica;
- Incentivar hábitos de sistematização, registo e avaliação.

A alimentação é igualmente rotina do jardim de infância, para que as crianças desde cedo adquiram bons hábitos alimentares, implicando estratégias e actividades cujo objectivo é:

- aquisição de regras sociais;
- conhecer os alimentos;
- promover hábitos alimentares saudáveis;
- ensinar a criança a beber água.

É necessário facultar à criança saberes, que lhe permitam contactar e conviver diariamente com condições adversas, sem que se verifiquem prejuízos para a sua saúde ou para o seu desenvolvimento. O equilíbrio que se desenha entre o papel activo que a criança desempenha na sua interacção com o meio e as condições favoráveis que o mesmo lhe devolve, estabelece o binário necessário à aprendizagem e desenvolvimento. Também aqui, e como vimos referindo, a experiência social é decisiva. No conhecimento do corpo, na construção do esquema corporal, não bastam a maturação neurológica e sensorial. Na realidade, antes de passarmos a conhecer o nosso corpo conhecemos o do outro. O desenvolvimento de habilidades motoras facilita a exploração do meio e das interacções que a criança estabelece com o seu corpo.

Sensibilizar a criança para situações consideradas perigosas, tais como os acidentes domésticos (quedas, envenenamentos, queimaduras) e acidentes rodoviários (atropelamen-

tos, projecção por falta de cinto de segurança), será pois uma tarefa a ter em conta já que o meio envolvente deverá ser facilitador de descobertas, mas muitas vezes é permissivo e desatento à capacidade quase genial com que a criança se expõe a situações de risco.

No entanto, existem outras situações de risco não menos perigosas, mas que aparecem dissimuladas, para as quais é necessário alertá-los:

- evitarem desconhecidos;
- saírem de perto dos pais;
- deixarem mexer no seu corpo;
- fazerem favores a desconhecidos;

A educação para a saúde e higiene fazem parte do dia a dia do jardim de infância, onde a criança terá oportunidade de cuidar da sua higiene e saúde e de compreender as razões porque lava as mãos antes de comer, se agasalha no Inverno, usa roupa mais leve quando está calor, porque deve comer a horas certas e porque não deve abusar de determinados alimentos.

Estas questões podem levar à mobilização de determinados conhecimentos sobre:

* o conhecimento do corpo e cuidados a ter com ele;

- funcionamento do corpo;
- higiene oral;
- peso e crescimento;
- importância da vacinação;
- características que distinguem os alimentos.

A educação ambiental relaciona-se com a educação para a saúde, bem estar e qualidade de vida, incluindo os cuidados com a preservação do ambiente. Neste âmbito trabalham-se regras como:

- manter a sala limpa;
- colocar o lixo no caixote;
- cuidados a ter na utilização do WC;
- cuidar do espaço exterior;
- reciclar.
- As crianças com necessidades educativas especiais devem também ser alvo de uma intervenção adequada e articulada, não só no que concerne a necessidades específicas resultantes do tipo e grau de deficiência, como na prevenção de outra problemática emergente.

• ***Actividades***

Desenvolvimento de Projectos, nomeadamente:

‘Já Fomos Bebés’

Onde poderão ser realizadas actividades de pesquisa, com roupas, utensílios utilizados, fotografias e relatos dos pais.

‘Como nós Crescemos’

Semelhante à anterior, no entanto, com a comparação entre pares, e estudo individual, através dos registos anteriores, registos feitos no Jardim de Infância ao longo do ano lectivo e ainda comparações com os pais das crianças.

‘Ataque aos Micróbios’

Criação de jogos que permitam à criança identificar os pólos infecciosos, seguido de criação de atitudes adequadas, tais como: higiene pessoal (lavar as mãos antes de comer, depois de ir à casa de banho, tomar banho todos os dias, etc.).

‘As Estações do Ano’

Conhecer como é que as várias mudanças de tempo influenciam o nosso dia-a-dia, através da utilização de vestuário adequado, alimentação e respectivos procedimentos realizando trabalhos de grupo de pesquisa.

‘Os Acidentes’

Organizar jogos de identificação de acidentes escolares, rodoviários e domésticos. Poderá ainda haver acções com o Centro de Saúde local destinadas a adultos.

‘A Alimentação’

Através dos conhecimentos dos alimentos e respectivas características, organizar sessões culinárias temáticas, por exemplo se o jardim de infância possui laranjeiras, organizar *A Semana da Laranja*, com venda de laranjas, confecção de sumos, bolos, compotas, etc..

‘O Lixo e a Poluição’

Poderão realizar-se trabalhos de reciclagem, organizando-se visitas de estudo a fábricas que utilizem este método, em simultâneo com as acções de divulgação junto da comunidade, de selecção e reciclagem do lixo.

3 - MODELO INTERVENTIVO EM SAÚDE ESCOLAR (MISE)

A saúde escolar realiza-se na Escola com os profissionais de saúde e todos os intervenientes no processo educativo. Requer uma permanente cooperação entre saúde, educação e comunidade o que implica o desenvolvimento de uma actividade de cooperação/envolvimento regular e contínua. Só conhecendo bem a Escola e o seu meio envolvente é que é possível intervir de forma a melhorar a qualidade dos que aí actuam, educadores/professores, pais e alunos. Nesta perspectiva, qualquer modelo de intervenção em saúde escolar só poderá ser viável se todos os intervenientes sentirem e expressarem as mesmas necessidades/motivações.

Para Stanhope⁷ (1999, pág. 503) o conceito de saúde e hábitos de saúde adquirem-se no seio da família, pelo desenvolvimento do sistema de valores, crenças e atitudes face à saúde e à doença, que são expressas e demonstradas através dos comportamentos de saúde/doença dos seus membros. Na elaboração deste modelo deu-se ênfase a uma dinâmica de carácter local (Escola – Família - Comunidade), pois sem o apoio e a colaboração da família e da comunidade, qualquer modelo intersectorial, por melhor que seja, arrasta consigo perigos de insucesso. A família é responsável pelo estilo de cada um dos seus membros, promovendo-o ou inibindo-o positivamente, regulando também

as fronteiras do sistema, pois a família é vista como um sistema sociocultural aberto que mantém trocas com o exterior, num equilíbrio dinâmico entre a sua tendência para a transformação. Neste sentido, na saúde escolar é desejável que todas as actividades sejam realizadas em colaboração e parceria com os professores, os alunos (especialmente os mais velhos em relação aos mais novos), os pais e outras instituições pertinentes da comunidade. O modelo a desenvolver destina-se assim às escolas, às suas crianças e jovens bem como às respectivas famílias, uma vez que estas são o primeiro e principal prestador de cuidados à criança.

Consideramos fundamental a articulação com outras estruturas comunitárias nomeadamente nas suas formas de expressão organizada e a mobilização e optimização dos seus recursos disponíveis. Para a viabilização de qualquer modelo, deverá então existir uma cooperação intersectorial e inter-institucional. Na conceptualização deste modelo pressupõe-se a existência de várias equipas restritas de saúde escolar, dependendo o número destas dos seguintes critérios:

- **áreas geográficas de abrangência** pelas quais cada equipa restrita de saúde escolar será responsável
- **densidade populacional escolar** por cada área
- **grau de risco** da população escolar

E, ainda, a existência de equipas denominadas alargadas, devido à sua composição técnica diferenciada, como já anteriormente salientámos.

Equipa restrita	Equipa alargada
- médico - enfermeiro - professor/educador - psicólogo - higienista oral - assistente social	- constituída por diversos técnicos de áreas diferenciadas nomeadamente pedopsiquiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala ...

3.1 - FILOSOFIA / PRINCÍPIOS ORIENTADORES

A filosofia deste modelo assenta essencialmente em **três pressupostos**:

1. que não existem serviços de saúde na Escola mas sim serviços de intervenção nas áreas de prevenção da doença, promoção da saúde e assistência à população escolar e suas famílias.
2. existência de equipas multidisciplinares trabalhando intersectorialmente e intradisciplinarmente.
3. a Escola deverá ser entendida como local de aquisição de aprendizagens múltiplas e como tal é um local privilegiado de actuação das equipas em parceria com as suas famílias, elementos essenciais na implementação de qualquer plano de intervenção. Daí ser necessário estar na Escola e vivenciar a sua realidade para em conjunto delinear estratégias interventivas pertinentes e de qualidade.

3.2 - OBJECTIVOS DO MODELO

Cada equipa restrita de saúde escolar definirá a melhor estratégia de intervenção para atingir os objectivos propostos no seu plano

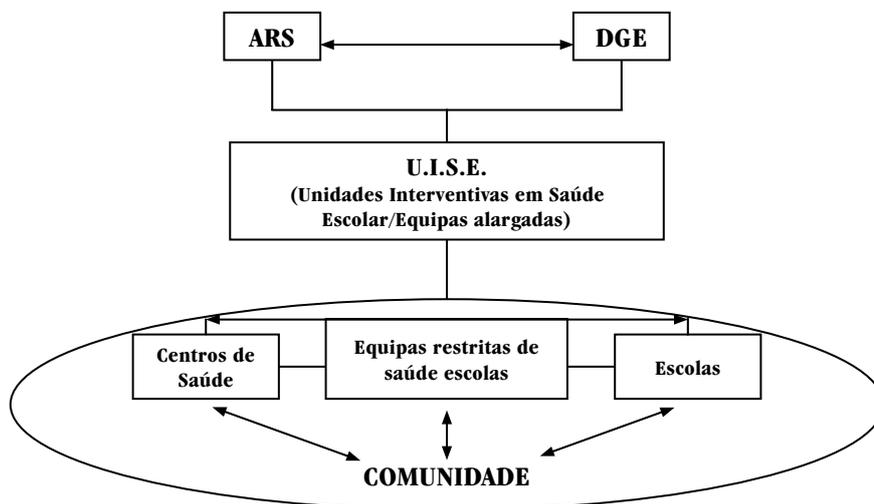
de acção, baseado nas “guidelines” previamente definidas por uma comissão técnica e directiva da unidade de saúde escolar central. Os profissionais envolvidos nas actividades de saúde escolar pretendem investir na promoção e manutenção da saúde das crianças, para tal têm que desenvolver acções pertinentes e de qualidade orientadas por objectivos:

- promover hábitos e comportamentos saudáveis (alimentação adequada, prática de exercício físico, gestão de “stress”, evitar consumos nocivos, entre outros).
- promover a autonomia, responsabilidade e sentido crítico.
- prevenir acidentes.
- prevenir perturbações da relação pais/filhos e das disfunções da esfera psicoafectiva.
- executar medidas de prevenção primária (cumprimento do Programa Nacional de Vacinação, prevenção de doenças infectocontagiosas, implementação do Programa de Saúde Oral, entre outros).
- executar medidas de prevenção secundária através da detecção precoce/rastreios

- e encaminhamentos das situações patológicas.
- executar medidas de prevenção terciária contribuindo para a integração das crianças com necessidades de saúde especiais (NSE) e necessidades educativas especiais (NEE) nos estabelecimentos de educação e ensino, e apoio às respectivas famílias.
- promover e avaliar o crescimento e o desenvolvimento físico, psíquico, motor sensorial, comportamental e social, de forma regular, repetida e prospectiva.
- detectar precocemente, prestando apoio e orientação em situações de disfunção familiar, violência, abuso físico e sexual e/ou

- outras formas de maus tratos.
- favorecer a autoestima da criança e de todos os restantes intervenientes no processo educativo.
- realizar sessões de educação para a promoção da saúde tendo em vista os cuidados antecipatórios.
- apoiar a função parental e promover o bem-estar familiar/escolar
- promover o desenvolvimento da capacidade de resiliência aquando do contacto e da convivência diária com múltiplos factores de risco sem que se verifiquem prejuízos para a saúde.

FIG. 1 – ORGANIGRAMA DO SISTEMA DE SAÚDE ESCOLAR DO MODELO INTERVENTIVO EM SAÚDE ESCOLAR (MISE)



3.3 – ÁREAS TEMÁTICAS – OBJECTIVOS PEDAGÓGICOS

A – SAÚDE, EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

B – PROMOÇÃO DA SAÚDE. EVOLUÇÃO DO CONCEITO. ESTRATÉGIAS.

C – SAÚDE DA CRIANÇA

1. Alimentação
2. A Saúde Oral
3. Os Acidentes. Prevenção de acidentes. Primeiros socorros
4. A prevenção de doenças transmissíveis. O Plano Nacional de Vacinação
5. Factores de risco e protectores no crescimento
6. Biometria e desenvolvimento
7. Mortalidade e morbilidade
8. A Criança diferente
9. Sexualidade da criança (ANEXO I)

3.4 - COMPOSIÇÃO DA EQUIPA TÉCNICA DE INTERVENÇÃO NAS ESCOLAS NA ÁREA DA SAÚDE DA CRIANÇA E FAMÍLIA

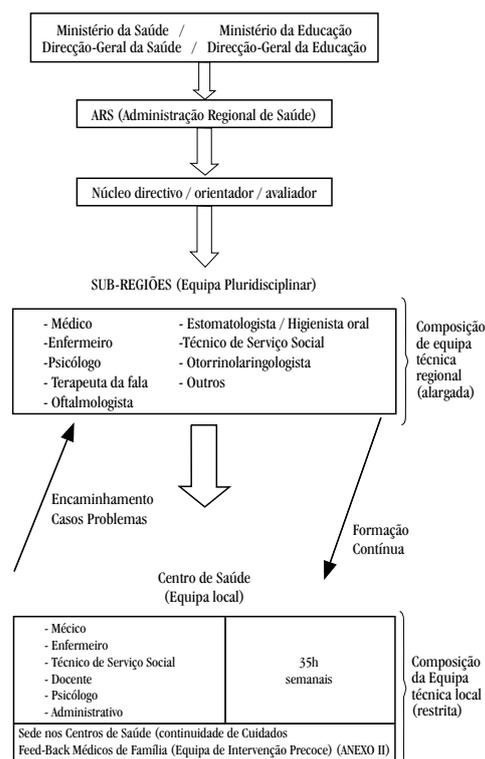
Partimos do princípio que a intervenção ao nível da saúde escolar passa pela constituição de equipas pluridisciplinares e pela definição de alguns princípios orientadores nomeadamente:

- prevenir com a finalidade de evitar situações de perigo ou risco;
- antecipar os problemas;
- intervir no contexto familiar;
- intervenção imediata por parte do sistema

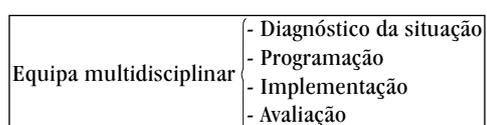
social, educativo e de saúde preparado e formado para detectar problemas de saúde;

Neste sentido, reveste-se de maior importância a reflexão sobre a constituição das referidas equipas assim como a definição de linhas orientadores da acção a desenvolver.

3.5 – OPERACIONALIZAÇÃO DO MISE



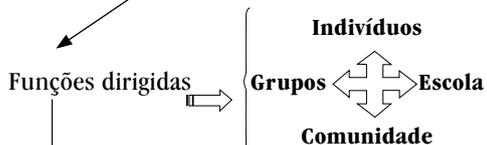
3.6 - PAPEL DA EQUIPA DE SAÚDE ESCOLAR



↳ Formação global - **Técnica**
- **Relacional/Humana**

→ que capacita para

Intervenção - Participação em:



Tipo de intervenção - **Promoção**
- **Prevenção**
- **Reabilitação**

→ e ainda a:

Gestão de recursos

**TODOS PARTICIPAM NUM ESFORÇO
CONJUNTO PARA O BEM ESTAR DA CRIANÇA**

Para que a equipa de Saúde Escolar consiga levar a bom porto as suas actividades é necessário:

- Diagnóstico da situação de saúde de cada área escolar;

- Sistematização/planificação das actividades a desenvolver anualmente;
- Planeamento de recursos envolvidos (humanos e materiais)/ suporte logístico;
- Parcerias com outras entidades públicas e privadas;
- Envolvimento activo de associação de pais /educadores, nas actividades da promoção para a saúde;
- Detecção precoce das famílias de risco;
- Dar continuidade ao acompanhamento das famílias de risco (Portage) intervenção precoce;
- Formação de clubes sobre temáticas escolhidas pelos alunos;
- Desenvolvimento de uma actividade abrangente a população escolar;
- Relatórios anuais por distrito.

4 - PRÁTICAS EDUCATIVAS E PRÁTICAS DE SAÚDE

“Educação / promoção para a saúde, não serviços de saúde, é o papel adequado das equipas de intervenção nas escolas”

Segundo DELORS⁸ (1999) a educação ao longo da vida deve organizar-se à volta de quatro aprendizagens que são consideradas pelo autor como os pilares do conhecimento:

- aprender a conhecer;
- aprender a fazer;
- aprender a viver juntos;
- aprender a ser.

Parece-nos que o fundamental de qualquer sistema educativo, de qualquer reforma agora e no futuro, deverá pautar-se pelo reconhecimento de que a educação é global e atravessa a sociedade e o indivíduo em todas as direcções. Deverá ser concebida como um todo e citando DELORS⁸ “os *objectivos da educação serão a realização da pessoa, que na sua totalidade, aprende a ser*”.

Também NATÁRIO⁹ (1993) nos diz que “*aprender sobre a saúde na escola deverá possibilitar a aquisição pelos alunos, de um conjunto, não só de conhecimentos (saberes), mas também de capacidades e competências (saber fazer e saber ser), que lhes permitam realizar opções saudáveis e recusar comportamentos indesejados*”.

Pensamos que promover a saúde na escola implica estar e trabalhar na Escola, para em conjunto “conseguir o que faz falta” para obter ganhos em saúde, esperando-se de cada interveniente o contributo possível de acordo com as suas possibilidades, competências e atribuições.

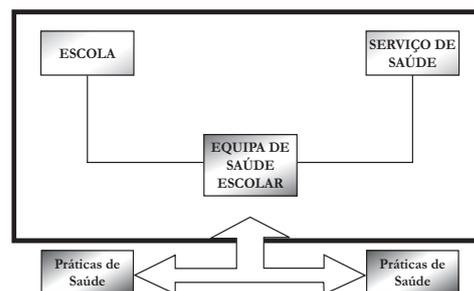
Eis o nosso objectivo: contribuir para que o trabalho na área da saúde seja desenvolvido de forma participada e contribua para o desenvolvimento global das crianças e jovens.

Saúde e educação – a mesma finalidade

Como já vimos “contribuir para haver mais saúde na escola constitui, assim, desde sempre, a qualidade última do trabalho de saúde escolar”.

Passamos a explicitar uma possível articulação entre os serviços de saúde e educativos por forma a atingir a meta acima referenciada.

4.1 - CONSIDERANDOS SOBRE UM PROJECTO DE ARTICULAÇÃO ENTRE SERVIÇOS DE SAÚDE E EDUCATIVOS



COMO ARTICULAR?

“É possível trabalhar em conjunto no sentido de que cada vez mais as nossas escolas constituam locais saudáveis, onde se goste de estar e onde se adquiram competências básicas para uma vida com sucesso” (NATÁRIO⁹).

As respostas hoje encontradas no respeitante à articulação de serviços e mais objectivamente em relação aos serviços de saúde e educativos, têm sido afectadas pelo esvaziamento de um

plano coordenador efectivo entre ambos os ministérios, o qual se concretize na aplicabilidade do Programa de Saúde Escolar. Vive-se actualmente num momento de carência de um modelo de intervenção que realmente responda às necessidades de saúde da nossa população em idade escolar. Sendo assim denota-se “um esgotar” da capacidade interventiva dos moldes actuais, justificando-se cada vez mais um repensar nas práticas de saúde e educativas.

Decorrente desta necessidade e de um modelo geral de intervenção em saúde escolar em que estes dois serviços coexistam com objectivos comuns, promovemos a geminação conceptual e metodológica DE UMA UNIDADE EM SAÚDE ESCOLAR, fundamentada num conceito sistémico e pluridisciplinar de intervenção, exigindo uma grande proximidade entre a equipa de saúde escolar e os sistemas próximos em que a criança e a sua família se enquadram - A Escola, o Centro de Saúde, a Comunidade num sentido mais amplo. Assim antes demais há que fazer um diagnóstico de uma comunidade educativa, quais as suas necessidades em termos de saúde, compreendendo o contexto institucional, quer o educativo, quer o de saúde.

Quando se tenta perceber esta realidade, nunca o poderemos fazer prescindindo do contexto comunitário em que estas instituições estão inseridas, dos seus problemas e recursos. Portanto o primeiro ponto de qualquer estratégia de articulação, é a aproxima-

ção ao contexto analisando as suas características de modo a aproximar sempre a Escola e os Serviços de Saúde, **UNINDO UM POUCO MAIS A COMUNIDADE NO ÂMBITO DA SAÚDE NA ESCOLA.**

Quer as instituições de saúde, quer as instituições educativas fazem parte de uma comunidade, não podendo estas trabalhar à margem dela. Há então que adoptar uma posição de consciencialização da realidade numa perspectiva de saúde da comunidade educativa. Reportamo-nos então a uma mudança não só de práticas mas também de atitudes de todos os membros da equipa pluridisciplinar que actua nesta possível unidade de saúde escolar. Todos em conjunto com uma atitude mais positiva, utilizando os seus recursos favorecendo a autoestima, o autoconceito e o desenvolvimento pessoal da população escolar.

No âmbito deste modelo, os diferentes elementos da equipa de saúde escolar necessitam de estruturar e definir estratégias de intervenção de uma forma dinâmica, considerando-se que cada elemento é um recurso complementar para um fim comum, isto é, para atingir os objectivos do modelo. Para que haja complementaridade na intervenção é indispensável a definição e articulação das actividades a desenvolver por cada um dos intervenientes (serviços educativos, sociais e da saúde).

Isto implica que a equipa técnica formalize por escrito linhas orientadoras (GUIDELINES) da acção a desenvolver:

- Estabelecer uma rede entre os serviços de Saúde/ Jardins de Infância e a comunidade para a implementação das actividades relacionadas com a prevenção e promoção da saúde.
- Definir os objectivos e respectivos critérios de avaliação.
- Apoiar e supervisionar a implementação do programa de saúde nas escolas.
- Criar protocolos de actuação e normas de procedimento que facilitem a articulação entre os vários intervenientes da equipa técnica, por forma a determinar a intervenção de cada um, desde o planeamento passando pela execução e terminando na avaliação.
- Criar um fluxo de informação eficaz entre a criança/família/escola/equipa técnica.
- Incrementar ligações protocolares com serviços de saúde comunitários de forma coordenada e integrada e outras instituições e serviços implicados no processo de actuação da equipa.
- Definir um elemento da Comunidade Educativa que sirva de elo de ligação entre a criança, a família, a escola e a equipa técnica.
- Elaborar projectos de intervenção específicos para os vários contextos educativos abrangendo a área de influência da equipa.

A melhoria da qualidade de vida das populações é uma tarefa de todos, e nunca acabada, por isso serviços de saúde e de educação

têm de assumir juntos e em parceria o trabalho no “comportamento quotidiano” das nossas crianças e jovens. Este sim, é o grande desafio para os serviços que servem a comunidade educativa. Há efectivamente uma necessidade de reorganização das estruturas que participam no processo de implementação do programa de saúde escolar, não é uma necessidade formal, mas sim uma necessidade real.

Há que aprender a trabalhar juntos e há que dar a todos e a todas as instituições a mesma responsabilidade e a mesma oportunidade na proposta de dar mais e melhor saúde nas nossas escolas.

5 – CONCLUSÃO

A criança em idade pré-escolar tem um conhecimento amplo e articulado do mundo que é adquirido desde muito cedo em contacto com a rotina diária de actividades e a interacção permanente com os objectos e as pessoas. A inserção da criança num mundo de experiências enriquecedoras, tal como concebemos o jardim de infância, contribuirá para a eficácia das aprendizagens através da motivação, do envolvimento e da familiaridade com o material de aprendizagem, permitindo através do conhecimento que o educador tem de cada criança, uma melhor “performance” das suas competências.

Ainda assim, a criança dependente do seu meio envolvente, encontra-se sujeita a factores de risco, que desencadeiam os mecanis-

mos de vulnerabilidade e resiliência, que tendem a equilibrar a criança do ponto de vista afectivo e emocional e na sua organização interna.

O olhar do educador perante a criança não deve tão somente vê-la como um indivíduo, mas também na globalidade que encerra o mundo que a rodeia, identificando factores de risco e elaborando medidas de protecção que permitam desenhar estratégias preventivas com alguma segurança. Conduzir à constituição de um ser equilibrado, física, mental e socialmente saudável, deverá ser uma tarefa do educador, implicando não só uma avaliação do seu crescimento e maturação biológica, como uma avaliação e intervenção prevendo uma abordagem ecológica e multidisciplinar. Neste contexto ao pensar-se em prevenção, esta só é possível numa perspectiva desenvolvimentista iniciando-se tão precocemente quanto possível.

Qualquer estratégia preventiva que se pretenda implementar deve ser capaz de introduzir mudanças não só a nível individual como da comunidade, respeitando a matriz socio-económica e cultural, e de acordo com a fase de desenvolvimento da criança. Estas estratégias devem prever a articulação em equipas multidisciplinares e estarem integradas nos currículos escolares. É então na Escola que as nossas crianças passam uma grande parte do seu dia, e como tal esta não pode demitir-se da responsabilidade de

promover em parceria com os profissionais de saúde “a melhoria da qualidade de vida das nossas crianças e suas famílias”. É portanto imprescindível que cada vez mais os profissionais de saúde se aproximem da Escola, pois só delineando um conjunto de estratégias adequadas se poderá exercer uma influência positiva sobre comportamentos e estilos de vida. A educação para a saúde deve ser realizada de forma participada e direccionada às necessidades sentidas e expressas pelo grupo envolvido e sempre COM e NA ESCOLA.

Reconhecendo que o que ficou por dizer, é certamente bem mais vasto do que se disse, devido a limitações do contexto académico, não abrangemos de facto todos os aspectos que desejaríamos, parece-nos no entanto, que atingimos os objectivos a que nos propusemos. Estamos certos que a pesquisa efectuada e a reflexão crítica proporcionada pela concretização deste trabalho, contribuirá para o enriquecimento do nosso conhecimento, conduzindo-nos à identificação e à compreensão dos fenómenos implicados no processo de promoção/educação para a saúde, no contexto da actividade das equipas de saúde escolar. Simultaneamente acreditamos que irá no seu todo reflectir-se na nossa postura pessoal e profissional no enquadramento – meio escolar.

Não poderíamos terminar sem deixar de salientar um aspecto, pois hoje em dia e de acordo com diversos autores a educação está

em plena mutação, e como este processo é um *continuum* na existência do homem, serve para todos nós, (intervenientes no meio escolar) como máxima o seguinte:

Intervir na Escola de modo a assegurar um espaço e um tempo privilegiados, simultaneamente de Educação e de Promoção de Saúde será sem dúvida a finalidade da Saúde Escolar. É necessário que cada vez mais todos nós contribuamos para que: “as pessoas, desde a infância até ao fim da vida possuam um conhecimento dinâmico do mundo, dos outros e de si mesmas”.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - NAVARRO, F., “Modelos de Intervenção em Saúde na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário. In simpósio: ”A educação para a saúde. O papel da Educação Física na promoção de estilos de vida saudáveis”. Lisboa. Escola Superior de Comunicação Social, 5 de Dezembro 1995
- 2 - FORMOSINHO, J.; KATZ, L.; MCCLELLAN, D.; LINO, D. (2001) - “Educação Pré-Escolar - A construção Social da Moralidade” - Lisboa - 3ª Edição. Texto Editora, 2001.
- 3 - MOREIRA, P. “Para uma prevenção que previna”. Coimbra. Quarteto Editora, 2001
- 4 - PIAGET J., ”Seis estudos de psicologia”, Lisboa, Publicações D. Quixote, 1977
- 5 - Diário da República, Dec.-Lei n.º 240/2001 de 30 de Agosto (anexo 1)
- 6 - SILVA, I., “Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar”, Lisboa, Ministério da Educação, 1997
- 7 - STANHOPE, M., LANCASTER, J. “Enfermagem Comunitária - Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos”, Lisboa: Lusociência, 1226 p., 1999.
- 8 - DELORS, J. et al. “Educação – um tesouro a descobrir”. 5.ª Ed. Porto: Edições Asa, 77-78p., 1999
- 9 - NATÁRIO, Emília - A Escola promotora de saúde - conceito e princípios de intervenção. “Promover a Saúde Na Escola. Texto de Apoio n.º 1”. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Direcção de Serviços de Saúde Escolar e Ocupacional, Núcleo de Saúde Escolar, 1993, 14 p.

ANEXOS

ANEXO I

ÁREAS TEMÁTICAS – OBJECTIVOS PEDAGÓGICOS

A – SAÚDE, EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- construir o conceito de saúde, educação e educação para a saúde
- definir os objectivos gerais da educação para a saúde
- explorar as vantagens da aprendizagem participativa no contexto de educação para a saúde.

B – PROMOÇÃO DA SAÚDE. EVOLUÇÃO DO CONCEITO. ESTRATÉGIAS

- clarificar a expressão “promoção da saúde” e as suas implicações.
- Clarificar a expressão Escola Promotora da Saúde e as suas possíveis implicações na educação para a saúde na escola
- Identificar medidas favoráveis à construção de um clima favorável à promoção da saúde.
- Construir e avaliar programas de Educação para a Saúde/Promoção da Saúde.

C – SAÚDE DA CRIANÇA

1. Alimentação

- conhecer as bases da alimentação saudável
- conhecer as necessidades alimentares recomendadas

- conhecer as diferenças entre alimentação individual e colectiva
- reconhecer a interacção da alimentação e desenvolvimento emocional
- identificar os hábitos alimentares, a influência social e cultural
- reconhecer o papel da alimentação na saúde. As escolhas, a influências dos *mass media*, pares e família
- reconhecer o interesse sobre a intervenção sobre as opções alimentares os processos de produção e o ambiente.

2. A Saúde Oral

- conhecer a prevalência da cárie dentária em meio escolar no nosso país
- reconhecer o papel das medidas de prevenção da cárie dentária
- conhecer o papel activo do educador na participação no Programa de Saúde Oral na DGS
- Treinar as competências para a administração de flúor em meio escolar
- Conhecer as recomendações e orientações em saúde oral.

3. Os Acidentes. Prevenção de acidentes. Primeiros socorros

- reconhecer a dimensão do problema dos acidentes
- identificar situações de risco de acidentes domésticos, lazer, rodoviário e escolar
- desenvolver atitudes preventivas
- explorar os manuais de educação rodoviária

- treinar os futuros educadores educando para a Segurança
- treinar os futuros educadores proporcionando-lhes competências básicas em primeiros socorros.

4. A prevenção de doenças transmissíveis. O Plano Nacional de Vacinação

- conhecer as doenças de evicção escolar
- identificar os parceiros a contactar em situações de possíveis doenças transmissíveis e reconhecer o papel do educador nestas situações
- conhecer o actual PNV

5. Factores de risco e protectores no crescimento

- identificar diferentes factores de risco desde a gravidez até à idade adulta
- conhecer a importância da interacção precoce, vinculação, separação/individualização, autonomia e identidade
- reconhecer o papel de autoestima, autoconceito e auto-imagem favoráveis como factores protectores no crescimento
- clarificar o significado de comportamento assertivo
- criar e manter boas relações no seio dos grupos.

6. Biometria e desenvolvimento

- Reconhecer as diferenças entre crescimento e desenvolvimento
- Identificar algumas características do desenvolvimento “normal”
- Possuir conhecimentos nas áreas de biometria e desenvolvimento da criança

- Reconhecer as diferenças individuais e valorizá-las
- Reconhecer a continuidade/descontinuidade em desenvolvimento infantil.

7. Mortalidade e morbilidade

- conhecer os indicadores de Saúde no País e diferentes regiões
- conhecer o resultado dos indicadores de saúde
- conhecer a evolução dos principais indicadores disponíveis em saúde infantil
- promover a discussão/intervenção da educação na melhoria desses indicadores.

8. A Criança diferente

- conhecer medidas básicas em situações de crise (doença crónica e aguda)
- preparar os futuros educadores para integrar crianças portadores com doenças infecto-contagiosas em meio escolar
- desmontar tabus face às diferenças
- conhecer possíveis sinais de alarme de crianças em risco de depressão e tentativa de suicídio.

9. Sexualidade da criança

- O educador perante o desenvolvimento sexual da criança
- Expansão subjectiva, atitude do educador
- A descoberta da realidade exterior, atitude do educador
- Entrada na Escola primária/meio extra-familiar
- Treinar situações de resposta a perguntas das crianças.

ANEXO II

Teste de Portage

O método de Portage, é um modelo de educação precoce domiciliário, dirigido aos pais das crianças com necessidades educativas especiais.

Iniciou-se em 1969, em Portage, Wisconsin - Estados Unidos da América, num projecto que se destinava a desenvolver um modelo de atendimento precoce de crianças deficientes numa área rural.

Os autores David e Marsha Shearer, partindo de uma ideia básica simples, de que os pais quando devidamente acompanhados, podem ensinar/educar/orientar os seus filhos, ajudando-os a desenvolver ao máximo as suas potencialidades, implementaram um modelo que rapidamente obteve grande sucesso.

O facto de ser dirigido aos pais, considerando-os como parceiros dos técnicos e principais agentes de ensino junto dos seus filhos, foi talvez uma das características mais inovadoras e que mais têm contribuído para a sua emancipação.

No programa de Portage o foco da intervenção está centrado na família de uma forma global. O papel do técnico é o de perante as necessidades expressas pela família, ajudá-la a recorrer às suas próprias capacidades para re-encontrar os recursos necessários que conduzam à resolução dos problemas. A família só se empenhará em tarefas que resultem de necessidades por ela própria sentidas.

CAMERON (1985), concluiu que os pais das crianças com necessidades educativas especiais são de um modo geral os mais competentes e colaboradores.

Na base de qualquer programa Portage podemos destacar, para além do suporte global às necessidades da família, quatro actividades específicas:

1. Visitas semanais domiciliárias, realizadas por um profissional treinado;
2. Actividades de ensino individualizadas, definidas por escrito semanalmente para cada criança e respectivos pais;
3. Ensino das actividades e correspondentes registos realizados pelos pais;
4. Supervisão semanal pelo visitador domiciliário. A este nível de avaliação e registo das aprendizagens, o material Portage de suporte, funciona como um auxiliar importante e consta de:

1. Lista de verificação de comportamentos ("checklist"), que uma criança sem problemas, geralmente adquire entre os zero e os seis anos, agrupados em cinco áreas do desenvolvimento, nomeadamente, socialização, linguagem, autonomia, cognição, desenvolvimento motor e, uma sexta área complementar de estimulação;
2. Cartões de ensino, que oferecem sugestões de actividades e de material a que se pode recorrer para aprendizagem de cada uma das competências listadas no "checklist";
3. Folhas de registo de actividades, que permitem a delineação dos objectivos de ensino semanais, assim como as condições e ajudas

definidas à partida para a criança os alcançar. Proporciona um processo de registo simples das respostas diárias da criança às actividades de ensino.

O programa Portage é concretizado através de visitas domiciliárias semanais e, o facto de ser desenvolvido na casa de cada criança e, sendo este o meio mais natural tanto para si como para os seus pais, permite uma observação mais realista dos seus comportamentos e da sua interacção com a família.

O papel do visitador domiciliário, não se limita única e exclusivamente à criança e à aplicação de estratégias de ensino mas, implica também o lidar com a problemática da família como um todo, encontrando-se numa posição privilegiada para proporcionar o suporte e o apoio necessário.

Embora não exista um esquema rígido na concretização da visita domiciliária, podem considerar-se basicamente três momentos:

1. O momento dedicado às actividades estruturadas definidas semanalmente. E este é o melhor momento para apoiar os pais no ensino de competências aos seus filhos;

2. Um período em que o visitador domiciliário e os pais planificam as actividades informais, que integrados na rotina familiar auxiliarão a criança a manter e a generalizar os comportamentos adquiridos;

3. Espaço dedicado a abordar as preocupações dos pais sobre aspectos, que directa ou indirectamente, afectam a criança e a família. Equacionando com eles os recursos que deverão ser mobilizados para responder às suas necessidades. O suporte emocional que o visitador domiciliário vai proporcionar aos pais é fundamental para proporcionar uma perspectiva mais clara da situação da criança e a encontrar novas formas de interacção, bem como no apoio aos problemas e dificuldades com os quais se deparam no dia-a-dia.

O objectivo último do programa Portage, é a total autonomia dos pais, guarnecendo-os de uma maior competência e capacidade de mobilização dos recursos para suprir as necessidades e alcançar os objectivos desejados, quer para a criança, quer para todo o sistema familiar.