**ANÁLISE DOS INDICADORES DE SAÚDE DE ESCOLARES IDENTIFICADOS PELO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

Fernanda Janaina de Souza Emiliano Pereira. Enfermeira Graduada pela Faculdades Pequeno Príncipe.

Leandro Rozin. Professor e Mestre da Faculdades Pequeno Príncipe.

**RESUMO:** Para que os direitos da criança sejam ainda mais respeitados, o Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação lançou o Programa Saúde na Escola (PSE), que foi criado em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286 com o intuito de incluir a comunidade escolar em projetos e programas na área da saúde. Buscou-se identificar o perfil de crianças e adolescentes escolares baseado no instrumento de avaliação aplicado ao Programa Saúde na Escola (PSE) em uma região do Município de Curitiba e analisar indicadores de saúde referente à avaliação da acuidade auditiva, oftalmológica, bucal, da situação vacinal e do diagnóstico nutricional de crianças e adolescentes escolares identificados no instrumento de coleta de dados do Programa Saúde na Escola (PSE). O estudo foi de caráter documental, descritivo com abordagem quantitativa, na busca por dados já existentes para identificar o perfil de crianças e adolescentes escolares baseado no instrumento de avaliação aplicado pelo Programa Saúde na Escola (PSE), seguindo todos os preceitos éticos.A maioria dos escolares em 2013 não foi avaliado pelo Programa Saúde na Escola (PSE), exceto na avaliação do diagnóstico nutricional, 1761 escolares foram avaliados enquanto 519 não foram avaliados. A maioria das crianças desta região do estudo é do gênero masculino, dos 2340 escolares, 1227 (52%) são do sexo masculino. Na avaliação do diagnóstico nutricional pode-se destacar que 1220 são crianças são de baixo peso. Na avaliação da acuidade visual 543 (23,2%) apresentaram acuidade auditiva normal, porém 1783 (76,2%) não foram avaliadas. Percebeu-se que na avaliação da acuidade auditiva 241 (10,3%) possuem dificuldade auditiva normal, porém 2096 (89,6%) não foram avaliados. Na avaliação vacinal 381 (16,2%) apresentaram a carteira vacinal completa enquanto 1922 (82,1%) não foram avaliados. Na avaliação da saúde bucal observou-se que 2149 (91,8%) dos escolares não foram avaliados e todas as faixas etárias apresentaram cárie e necessidade de encaminhamento para um especialista não só pela cárie, mas por outros motivos já que a necessidade nas faixas etárias supera a presença de cárie nas crianças. Recomenda-se que os profissionais engajados no programa tenham capacitações em relação as avaliações e ao preenchimento das fichas das avaliações tento como subsídio documentos científicos pertinentes, pois pode ter acontecido casos de subnotificação.

**Palavras chaves:** Programa Saúde na Escola, Educação em Saúde, Cuidados de Enfermagem; Saúde da Criança.

I**NTRODUÇÃO**

Para dar um suporte a mais e fazer com que os direitos da criança passem a ser ainda mais respeitado, o Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação lançou o Programa Saúde na Escola (PSE), no qual foi criado em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286 com o intuito de incluir a comunidade escolar em projetos e programas na área da saúde.

A atuação do profissional enfermeiro é de extrema importância neste programa, pois ele faz o papel de desenrolar na maioria das vezes, as ações em saúde, ele faz a ponte em conjunto com outros profissionais da ESF com a instituição escolar (RASCHE e SANTOS, 2011).

Apesar do desenvolvimento do programa, há poucos estudos científicos com análise dos resultados identificados com o desenvolvimento do mesmo. Dessa forma, torna-se necessário investigar o perfil das crianças em período escolar baseado no instrumento de coleta de dados do Programa Saúde na Escola e de que maneira o profissional enfermeiro está inserido neste contexto.

**OBJETIVOS**

* Identificar o perfil de crianças e adolescentes escolares baseado no instrumento de avaliação aplicado pelo Programa Saúde na Escola (PSE) em uma região do Município de Curitiba.
* Analisar indicadores de saúde referente à avaliação da acuidade auditiva, oftalmológica, saúde bucal, da situação vacinal e do diagnóstico nutricional de crianças e adolescentes escolares identificados no instrumento de coleta de dados do Programa Saúde na Escola (PSE).

**REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

A escola é um campo muito vasto nas relações interpessoais e de aprendizagem sendo assim ela contribui para o desenvolvimento do pensamento crítico e político, fornecendo suporte na construção dos valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de enxergar o mundo, fazendo com que tudo isso afete diretamente a produção social em saúde,

Segundo Brasil *apud* BRASIL (2009), o Programa Saúde na Escola (PSE) foi criado com o intuito de expandir as ações em saúde aos alunos da rede pública que inclui Ensino Fundamental, Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos e a melhorar a qualidade de vida da população brasileira. O Ministério da Saúde repassa o financiamento para esse programa através de um instrumento de gestão e repasse financeiro o chamado fundo de saúde que é um fundo especial de natureza orçamentária, financeira, contábil e patrimonial criado por lei com a finalidade de gerir a totalidade dos recursos da saúde em cada esfera governamental seja ela de origem municipal, estadual ou federal.

Para incluir as ações previstas no programa os profissionais tanto das escolas quanto das unidades de saúde precisam passar por uma formação adequada e continuada visando seu sucesso. Essas ações devem fazer parte do processo político pedagógico das escolas, porém leva-se em conta à competência dos Estados e Municípios, à desigualdade sociocultural dos diferentes territórios brasileiros e também à autonomia que os educadores e as equipes possuem no Programa Saúde na Escola. As ações feitas e previstas no artigo 4º englobam dentre outras, a avaliação auditiva, atualização e controle do calendário vacinal, avaliação oftalmológica, avaliação da saúde bucal e avaliação nutricional que é controle do peso.

Segundo Sulkes *et al*, (2004) é necessário lembrar que:

O conhecimento do crescimento e do desenvolvimento normais das crianças é essencial para a prevenção e detecção de doenças, pelo reconhecimento de desvios evidentes dos padrões normais.

**METODOLOGIA**

O estudo é de caráter documental, descritivo com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado na área de abrangência de uma unidade de Saúde da Família que cobre um bairro de Curitiba: Tatuquara.

Para a coleta dos dados, foi utilizado o próprio instrumento do Programa Saúde na Escola, que possui informações como o nome do escolar com: a idade, peso, altura, índice de IMC, diagnóstico nutricional, atualização do calendário vacinal contendo a situação vacinal, avaliação nutricional onde são compilados resultados de um questionário de consumo alimentar, avaliação oftalmológica onde o escolar é submetido ao Teste de *Snelen*, avaliação da saúde bucal onde é avaliado se há presença de cárie, trauma dentário, dor bucal e se há necessidade de encaminhamento, avaliação da acuidade visual se está normal ou não e também à avaliação auditiva onde é registrado se há ou não dificuldade auditiva na criança. Dessa forma, foram identificadas apenas crianças com idade entre 0 e 12 que fizeram parte da amostra desse estudo.

A técnica para essa análise estatística será a regressão logística, com o auxílio do *software Excel*, através da estatística simples, o que proporcionou o agrupamento destes dados fornecendo um padrão e delineando a análise dos dados obtidos, conforme proposto no estudo. Dessa forma, os resultados são apresentados em gráficos e tabelas, com base em dados categóricos e numéricos que irão delinear os indicadores de saúde de escolares identificados pelo programa saúde na escola. O presente estudo seguiu os preceitos éticos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Não houve necessidade de termo de consentimento livre e esclarecido, mas sim do Termo de Compromisso para Utilização de Dados (TCUD). O projeto de pesquisa teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdades Pequeno Príncipe (CEP-FPP) sob o CAAE nº 38796114.6.0000.5580 e parecer nº 892.245. Além disso, foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

**RESULTADOS**

Gráfico 1 - Relação de escolares referente ao sexo masculino e feminino.

Fontes: Dados da pesquisa, 2015.

Nas escolas da região do presente estudo o que predomina são crianças do sexo masculino das 2340, 1113 (48%) são de meninas enquanto de meninos o total é 1227 (52%). Este resultado confirma vários outros dados demográficos e estudos no qual o gênero masculino é o predominante como no CENSO 2010 da região do Paraná de que a maioria das crianças de 0 a 14 anos são meninos (IBGE, 2015).

Tabela 1- Relação entre escolares avaliados e não avaliados e critérios de avaliação.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Escolares avaliados e não avaliados | | | | | | |
|  | **Avaliados** | | | | **Não avaliados** | |
| **N** | | | **%** | **N** | **%** |
| Saúde bucal | **191** | | | **8,1%** | **2149** | **91,8%** |
| Avaliação vacinal | **419** | | | **17,9%** | **1922** | **82,1%** |
| Avaliação auditiva | **244** | | | **10,4%** | **2096** | **89,6%** |
| Avaliação oftalmológica | **557** | | | **23,8%** | **1783** | **76,2%** |
| Diagnóstico nutricional | **1761** | | | **75,3%** | **579** | **24,7%** |
| TOTAL= 2340 | | | | | | |
| Saúde bucal | | | | | | |
|  | | | **N** | | **%** | |
| Não avaliados | | | **2149** | | **91,8%** | |
| Necessidade de encaminhamento | | | **178** | | **7,6%** | |
| Dor bucal | | | **11** | | **0,4%** | |
| Trauma dentário | | | **0** | | **0%** | |
| Presença de cárie | | | **140** | | **6%** | |
| TOTAL= 2340 | | | | | | |
| Avaliação vacinal | | | | | | |
|  | | **N** | | | **%** | |
| Não avaliados | | **1922** | | | **82,1%** | |
| Carteira vacinal completa | | **381** | | | **16,2%** | |
| Carteira vacinal incompleta | | **37** | | | **1,6%** | |
| TOTAL= 2340 | | | | | | |
| Avaliação auditiva | | | | | | |
|  | | **N** | | | **%** | |
| Não avaliados | | **2096** | | | **89,6%** | |
| Não possuem dificuldade auditiva | | **241** | | | **10,3%** | |
| Possuem dificuldade auditiva | | **3** | | | **0,1%** | |
| TOTAL= 2340 | | | | | | |
| Avaliação oftalmológica | | | | | | |
|  | | **N** | | | **%** | |
| Não avaliados | | **1783** | | | **76,2%** | |
| Acuidade visual normal | | **543** | | | **23,2%** | |
| Não possuem acuidade visual normal | | **14** | | | **0,6%** | |
| TOTAL= 2340 | | | | | | |
| Diagnóstico nutricional | | | | | | |
|  | | **N** | | | **%** | |
| Não avaliados | | **579** | | | **24,7%** | |
| Eutrófico | | **455** | | | **19,4%** | |
| Abaixo do peso | | **1220** | | | **52,1%** | |
| Magreza | | **7** | | | **0,3%** | |
| Acima do peso | | **41** | | | **1,7%** | |
| Risco de sobrepeso | | **27** | | | **1,4%** | |
| Obesidade | | **11** | | | **0,4%** | |
| TOTAL= 2340 | | | | | | |

**Fontes:** Dados da pesquisa, 2015.

A Tabela 1 demonstra o número de escolares avaliados e não avaliados no ano de 2013 pelo Programa Saúde na Escola e estão separados pelas ações previstas pelo programa, pois em sua totalidade não seria possível analisar, porque há crianças que foram avaliadas em uma ação não foram avaliadas em outras. Ao analisá-la ressalta-se que em todas as ações a maioria das crianças não foi avaliada, somente na avaliação do diagnóstico nutricional as avaliadas superaram os escolares não avaliados, foram avaliados 1761 escolares enquanto 579 crianças não foram avaliadas Pode ter acontecido, como justificativa, que não houve tempo hábil, ou havia número de profissionais insuficiente para a avaliação das crianças ou até mesmo o presente instrumento de avaliação ou a ação não se aplicava na faixa etária avaliada.

Em um estudo realizado por Silveira *et al*, (2013) buscando nas fichas de notificação de casos de suspeita de violência doméstica, sexual e outras violências contidas no banco de dados do SINAN (Sistema Nacional de Notificação de Agravos) realizado no Rio de Janeiro no período de Janeiro de 2009 a maio de 2011, os sujeitos do estudo eram idosos com 60 anos ou mais. O intuito do mesmo era levantar o perfil dos idosos que sofriam violência no município do Rio de Janeiro. Foram levantadas 36 fichas, porém 15 foram excluídas do estudo porque as fichas estavam preenchidas de maneira incorreta ou de forma incompleta e afirma ainda que quando o estudo foi tabulado ela observou que não tinha padronização no preenchimento das fichas, apareciam letras ilegíveis a algumas classificações estavam incorretas, ou seja, alguns profissionais não sabiam preencher as planilhas de forma correta.

No critério de avaliação da saúde bucal observa-se que a necessidade de encaminhamento dos escolares para um especialista que na amostra da pesquisa é de 178 (7,6%) escolares, superando os que possuem presença de cáries que são 140 (6%) escolares. Ressaltando os que não foram avaliados que dão um total de 2149 (91,8%).

A cárie dentária é considerada uma das principais doenças bucais que cometem as crianças. Se ocorrer antes dos 3 anos de idade pode-se entender como um alerta pois a criança tem muita chance de ter cárie na dentição decídua e até na permanente Brandão *et al* (*apud* BRASIL, 2012).

Segundo Brasil (2011), o próprio programa preconiza que as crianças em idade escolar e pré-escolar são prioridade nesta avaliação, pois as crianças já absorvem mais o conhecimento que recebem sobre as medidas educativas e preventivas realizadas pela ação, mas não é o que a tabela acima (Tabela 1) ressalta. A maioria das crianças na fase de 3 a 12 anos que seriam priorizadas não foram avaliadas. Isto provavelmente acontece, pois quem supervisiona esta avaliação normalmente é o cirurgião- dentista da unidade e sabe-se que este profissional é muito requisitado em sua própria unidade de saúde, então se faz as avaliações e intervenções necessárias de acordo com a capacidade clínica instalada na rede de serviços bucais da região.

No critério da avaliação vacinal 381 (16,2%) escolares apresentaram a carteira vacinal completa, enquanto 37 (1,6%) apresentaram a carteira vacinal incompleta, observando que 1922 (82,1%) não tiveram as carteiras vacinais avaliadas.

A respeito do papel relevante de prevenção e promoção que as imunizações desempenham Centers *apud* BRASIL (2012, p. 89) afirma que:

É indiscutível o relevante papel de prevenção e promoção que as imunizações desempenham na Atenção Básica á Saúde. Poucas ações são tão fortemente evidenciadas como capazes de proteger a saúde infantil e de impactar a incidência e a prevalência de doenças na infância.

Ainda assim, Queiroz *et al* (2013), relata em seu estudo que há crianças que não são vacinadas por diferentes fatores sejam eles de ordem cultural, religiosa, crenças, superstições ou mitos ao apenas por não terem acesso aos serviços de saúde.

A cobertura vacinal do Brasil usa como estimativas os registros que são feitos nas unidades de saúde, porém pode haver erros de registro e estes dados podem ser imprecisos fazendo com que ocorra uma estimativa incorreta de epidemias o que demonstra a insegurança de confiar somente nestes dados.

Na avaliação auditiva, 241 (10,3%) não possuem dificuldade auditiva e somente 3 (0,1%) da amostra apresentaram algum tipo de dificuldade auditiva, porém 2096 (89,6%) escolares da amostra não foram avaliados o que torna difícil a avaliação dos escolares neste critério.

No critério de avaliação oftalmológica 543 (23,2%) escolares possuem acuidade visual normal e somente 14 (0,6%) apresentaram algum tipo de problema visual, porém 1783 (76,2%) escolares não foram avaliados o que torna este mais um critério complicado de se avaliar.

A avaliação do diagnóstico nutricional, o último critério de avaliação relatado na tabela 1 é o que nos chama mais atenção dos 2340 escolares avaliados pelo PSE no ano de 2013, 1220 (52,1%) se apresentaram abaixo do peso, 455 (19,4%) são eutróficos (peso normal), escolares acima do peso os dados não foram tão relevantes, porém os não avaliados totalizaram 579 (24,7%) escolares da amostra.

O intuito do PSE com a avaliação ou diagnóstico nutricional é identificar o estado nutricional dos escolares e os seus hábitos alimentares para posteriormente fazer as intervenções necessárias (BRASIL, 2011).

Para avaliar o estado nutricional e de saúde da criança é muito importante saber sobre o seu crescimento porque além do ganho de peso é imprescindível acompanhar o aumento da estatura e aceleração da idade óssea dela. O PSE orienta que as instituições e unidades que participam do programa façam o uso das informações do SISVAN. O cálculo e a avaliação realizada no programa se baseiam no Índice de Massa Corpórea (IMC). Porém o mesmo autor rebate dizendo que a medida bruta de IMC para crianças e adolescentes não faz sentido, pois para isso é necessário que se utilize de gráficos e tabelas que permitam que o valor obtido possa ser identificado em relação à idade e o sexo dos escolares. Estas referências são baseadas na OMS (Organização Mundial de Saúde) e adotadas pelo SISVAN.

Não se tem como realizar uma análise exata de qual a prevalência real nesta região do estudo sobre o diagnóstico nutricional, pois muitas crianças não foram avaliadas nesta variável e pode ter acontecido de o total das crianças abaixo do peso, a planilha estar mostrando um diagnóstico que não é o verdadeiro.

Vale trazer que, em 08 de Junho de 2015, foi publicado nas redes sociais e no Jornal Gazeta do Povo do município de Curitiba a seguinte nota:” Curitiba registra 1ª queda no índice de obesidade entre crianças em dez anos” que diz:

“Pela primeira vez desde 2006, Curitiba registrou uma queda no porcentual de crianças com excesso de peso (obesidade ou sobrepeso) matriculadas nas escolas municipais. A queda, registrada pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) Escolar de 2014, foi de apenas um ponto porcentual. Mas surpreendeu as equipes da prefeitura, uma vez que há quase dez anos não se registrava uma queda nesses índices. Quando considerados só os índices de obesidade, a queda foi de 0,7 ponto porcentual. O resultado quebrou uma tendência de uma década de aumento da doença entre os estudantes das escola municipais de Curitiba” (OLINDA, 2015).

Será que a análise de dados do programa realmente pode afirmar que houve esta diminuição no percentual de crianças obesas em Curitiba?

Atualmente é utilizado o IMC para pessoas acima dos 19 anos, crianças e adolescentes de 0 a 18 é utilizado a curva de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS). Tanto que há no site da OMS dois programas que se baixados e alimentados com a data de aferição, ano de nascimento, peso, altura e perímetro cefálico (para crianças até 2 anos de idade) eles possibilitam dizer o diagnóstico nutricional das crianças, é o *WHO Anthro* para avaliar crianças de 0 a 5 anos e o *WHO Anthro Plus* para crianças acima de 5 anos e cinco dias.

É de extrema relevância nos dias de hoje falar sobre a alimentação principalmente dos escolares. A escola é o cenário perfeito para que as crianças saibam o quanto é importante uma alimentação saudável, onde ela levará todas as informações para a sua vida cotidiana e de sua família. O PSE se implantado corretamente servirá para subsidiar intervenções no intuito de promover a educação nutricional durante a infância para os escolares.

Souza, (2013) ressalta em seu estudo que a boa alimentação nos primeiros dias de vida é de extrema importância para uma nutrição tanto no aspecto qualitativo, como no quantitativo. Uma alimentação inadequada na fase pré-escolar pode causar danos no crescimento e desenvolvimento da criança.

**CONCLUSÃO**

Este trabalho foi de extrema importância para formação acadêmica, pois foi possível conhecer e analisar um programa que é do Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação no qual promove ações em saúde e educação para crianças, adolescentes, jovens e adultos principalmente em regiões de baixa renda com o intuito de se ter um desenvolvimento pleno desta população que já sofre tanto.

O intuito do estudo foi identificar o perfil dos escolares e analisar indicadores de saúde baseados no instrumento de avaliação aplicado pelo Programa Saúde na Escola (PSE) para que futuramente os órgãos competentes pudessem realizar ou alterar políticas de saúde da região de estudo e quem sabe até servir de modelo para as outras regiões que se utilizam do programa. Porém, ao contrário disso houveram muitas dificuldades em organizar os dados das planilhas no qual tivemos acesso. Estavam com o preenchimento incompleto ou pode ser que os dados estão incorretos e não mostraram ser relevantes para o estudo, impossibilitando uma análise exata sobre os indicadores de saúde e demonstrar o perfil dos escolares da região. Assim sendo, recomenda-se que os profissionais engajados no programa tenham capacitações em relação as avaliações e ao preenchimento das fichas das avaliações tendo como subsídio documentos científicos pertinentes.

No presente momento sabemos que as unidades de saúde não dispõem de todos os profissionais que ela precisa, o Sistema Único de Saúde (SUS) está passando por mudanças que acabam por dificultar até o próprio atendimento nas unidades. Assim, torna-se difícil dispor de profissionais para mais esta tarefa, pois as unidades trabalham com metas e prazos para envio destas planilhas, porém não se pode tirar a importância que este Programa tem principalmente para as crianças mais carentes. Um programa desta magnitude necessita de subsídios concretos que façam com que ele traga frutos para a sociedade, pois está acontecendo casos reais de subnotificação e daí se abre um questionamento: como é feito o planejamento efetivo de um programa que não tem um retorno concreto para a sociedade?

**REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da saúde, Distrito Federal**. Cadernos de Atenção Básica:** **saúde na escola.** Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Distrito Federal. **Programa Saúde na Escola : tecendo caminhos da intersetorialidade.** Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Distrito Federal. **Cadernos de atenção básica: saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** Brasília, 2012.

BRASIL. IBGE – CENSO 2010. Resultados da amostra: Paraná. Disponível em:< http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/mapa/>. Acesso em 21 mai. 2015.

OLINDA, Caroline. Curitiba registra 1.ª queda no índice de obesidade entre crianças em dez anos. **Gazeta do Povo**, Curitiba, 8 jun. 2015.

QUEIROZ, Lorena Lauren Chaves, *et al.* **Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro.** Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-1X2013000200016&script=sci\_arttext>. Acesso em 29 mai. 2015.

RASCHE, Alexandra Schmitt, SANTOS, Maria da Soledade Simeão. **Enfermagem escolar e sua especialização: uma nova ou antiga especialidade**. Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a22.pdf>. Acesso em 31 jul. 2014.

SILVEIRA, Jonas A. C., TADDEI, José A. A. C., *et al*. (2011). **A efetividade de intervenções de educação nutricional nas escolas para prevenção e redução do ganho excessivo de peso em crianças e adolescentes:** uma revisão sistemática. São Paulo: Jornal de Pediatria. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n5/v87n05a04.pdf>. Acesso em 31 jun. 2014.

SOUZA, Rosangela de Leon Veleda de; *et al*. **Padrões alimentares e fatores associados entre crianças de um a seis anos de um município do Sul do Brasil.** Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n12/v29n12a07.pdf>. Acesso em 31 jul. 2015.

SULKES, Stephen B., DOSA, Nienke P. In: BEHRMAN, Richard E. *et al*. **Nelson princípios de pediatria.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. cap. 1, p. 1- 8.