

Percepção de cirurgiões dentistas sobre acolhimento

**PERCEPÇÃO DE CIRURGIÕES DENTISTAS SOBRE ACOLHIMENTO EM
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CARUARU-PE**

*Perception of dental surgeons about reception in units of health of the family in the city of
Caruaru-PE*

Artigo original

Grasiele Fretta Fernandes⁽¹⁾

Gilmara Norberto de Lemos⁽²⁾

Silvia Nunes de Almeida⁽²⁾

Swênia Kamyla L. Araújo⁽²⁾

(1) Professora ASCES UNITA – Caruaru (PE) – Brasil. Endereço para correspondência: Av. Portugal, 584 - Universitário, Caruaru - PE, 55016-901.

(2) Acadêmicas do curso de Odontologia ASCES UNITA – Caruaru (PE) - Brasil

RESUMO

Objetivo: Avaliar a percepção de cirurgiões dentistas sobre o acolhimento nas Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Caruaru-PE, analisando a forma como se integram na dinâmica do acolhimento, e as demandas que surgem por meio de sua utilização. **Métodos:** Trata-se de pesquisa qualitativa realizada com 38 cirurgiões dentistas, que fazem parte das Equipes de Saúde Bucal (ESB) das USF do município, utilizando-se para coleta de dados, questionário semiestruturado. **Resultados:** Percebeu-se que o vínculo e o acolhimento caracterizam-se como dispositivos que potencializam a integralidade da assistência. Os cirurgiões dentistas entrevistados percebem que o processo de acolhimento consegue inverter as práticas tradicionais de organização dos serviços saúde, através da garantia do acesso, descentralização médica, geração de um relacionamento de confiança e corresponsabilidades. **Conclusão:** Deve-se compreender a humanização no serviço a partir da oferta de um serviço acolhedor, que não delimite espaços físicos, turnos ou profissionais para a realização de tal tarefa, devendo ser realizada por todos os profissionais envolvidos na atenção primária.

Descritores: Acolhimento; Estratégia de Saúde da Família; Humanização.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the perception of dental surgeons on the host in the Family Health Unit (USF) in the city of Caruaru-PE, analyzing how integrate in the dynamics of the host, and the demands that arise through your use. **Methods:** Qualitative research conducted with 38 surgeons dentists, which are part of the Dental Health Team (ESB) of the USF, using for data collection, semi-structured questionnaire. **Results:** Realize that the bond and the host are characterized as devices that leverage the entirety of the assistance. The dentists interviewed perceive that the host process can reverse the traditional practices of organization of health services, by ensuring

Percepção de cirurgiões dentistas sobre acolhimento

access, medical, decentralization a relationship of confidence and corresponsabilidades.

Conclusion: it must be understood the humanization in service from offering a friendly service, you do not delimit the physical spaces, shifts or professionals to carry out such a task, and must be performed by all professionals involved in primary care.

Descriptors: Reception; The family health strategy; Humanization.

INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido realizada de forma progressiva, fundamentada na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde 8080 e 8142 de 1990. Todavia, continua sendo um grande desafio garantir o acesso e a assistência de forma integral e equânime a uma população atual de aproximadamente 200 milhões de habitantes, segundo censo realizado pelo IBGE em 2012. A formulação de um projeto que abarque em seus fundamentos essenciais a busca de formação e manutenção de relações entre os sujeitos, tais como acolhimento, humanização, vínculo, equidade, integralidade, ainda é um desafio no escopo do SUS ⁽¹⁾.

Em 1994, foi lançado, pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia de um novo modelo assistencial que buscava uma visão mais integral do sujeito, e o desenvolvimento de ações as quais envolvessem a comunidade onde este se encontra. O PSF que, mais tarde se torna uma política de Estado sendo reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), parte de uma nova forma de se pensar o processo saúde-doença e o processo de trabalho em saúde, onde passa a ser consideradas diversas influencias sociais, psicológicas, e culturais, as quais vão determinar o processo saúde-doença. Essa estratégia visa a consolidação de direitos fundamentais ao indivíduo, por meio de práticas humanitárias, voltadas principalmente a saúde integral, criação de vínculos, emponderamento, intersetorialidade, e valorização das relações sociais e culturais ⁽²⁾.

Apenas no ano 2000 é incorporada à ESF a Equipe de Saúde Bucal (ESB), representando crescimento e consolidação da atenção básica e o reconhecimento do direito da população à saúde bucal. Além disso, possibilitou também a criação de um novo espaço de práticas e relações, reorientando o processo de trabalho do Cirurgião Dentista (CD), bem como desafiando os profissionais a compreenderem e atuarem na odontologia dentro de uma nova perspectiva na oferta dos serviços de saúde ⁽³⁾.

Percepção de cirurgiões dentistas sobre acolhimento

A saúde bucal começa a ser realmente oferecida de forma universal, dentro de grandes limitações, todavia abre-se uma grande porta de acesso a uma população historicamente negligenciada.

A partir da implementação da portaria nº 267 de março de 2001¹, surge a necessidade do CD conhecer e utilizar, no seu trabalho diário, tecnologias leves, como o vínculo, o acolhimento, a visita domiciliar, as rodas de conversa em saúde, dispositivos estes primordiais para uma reorientação da atenção básica⁽⁴⁾. A partir desse marco, esse profissional depara-se com a necessidade de lidar com um tipo de atendimento incomum a sua formação acadêmica: a necessidade de sair do consultório odontológico e conhecer a comunidade, acolhe-la, e promover saúde.

Silva Junior e Mascarenhas (2004) argumentam que o processo de criação de vínculo perpassa por três grandes dimensões. Inicialmente o profissional precisa identificar-se com o serviço para que esteja motivado a se relacionar com o paciente, facilitando a construção do vínculo entre eles, configurando a fase da afetividade. Conseqüentemente, esse vínculo criado entre profissional e usuário tornar-se uma relação terapêutica, onde a confiança e o respeito entre ambos facilitarão o tratamento. A segunda dimensão está ligada a longitude da atenção, conceituada como a continuidade, onde é possível vislumbrar a solidificação do vínculo e do cuidado em saúde⁽⁵⁾.

Já o acolhimento, a terceira dimensão proposta por Silva Junior e Mascarenhas, proporciona um serviço de saúde usuário-centrado, onde se permite um espaço de diálogo, escuta qualificada, troca de informações, facilidade de acesso, busca por direitos e deveres de

¹. A portaria nº 267 de março de 2001 dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, incluindo a saúde bucal na ESF, e definindo suas modalidades e as atribuições de cada profissional.

Percepção de cirurgiões dentistas sobre acolhimento

forma ampla entre trabalhador e usuário, proporcionando um ambiente favorável a tomadas de decisões^(5, 6).

É um processo obtido por meio da responsabilidade de seus profissionais e da instituição em analisar o contexto ao qual está inserida, assim como suas necessidades, com o objetivo de garantir o acolhimento aos seus usuários e proporcioná-los, de forma humanizada, qualidade em saúde, tanto no contexto individual como global⁽⁷⁾.

Nessa perspectiva, esse estudo tem por objetivo analisar a percepção dos cirurgiões dentistas, frente ao acolhimento, das Unidades de Saúde da Família do município de Caruaru-PE.

METODO

Trata-se de pesquisa qualitativa, com propósito analítico-descritivo.

O estudo foi realizado no município de Caruaru-PE, localizado na região do agreste pernambucano, a uma distância de 130 km da capital Recife, com uma população estimada pelo IBGE em 2015 de 347.088 habitantes.

A rede de atenção básica desse município é composta por 63 ESF correspondendo a 62,62% de cobertura populacional da atenção básica sendo que destas, 47 ESF possuem ESB correspondendo a um percentual de cobertura populacional de saúde bucal na atenção básica de 47%.

A população de estudo foi composta por CD das ESB do município de Caruaru, correspondendo a uma amostra total de 47 CD. Porém, apenas 38 foram entrevistados, correspondendo uma perda amostral de 19,14%.

Como critérios de inclusão para composição da amostra foi levado em consideração: ser CD ativo da ESF do município de Caruaru e; aceitar participar da pesquisa. Foram

Percepção de cirurgiões dentistas sobre acolhimento

excluídos da pesquisa os dentistas que trabalhavam na atenção básica do município porém, não estavam inseridos/cadastrados na ESF.

Foi utilizado, para coleta de dados primários, um questionário semiestruturado, concebido especificamente para este fim. A escolha do questionário semiestruturado como técnica de coleta de dados, justifica-se por ser uma técnica que objetiva, de maneira geral, entender o significado que os atores da pesquisa atribuem às questões estudadas.

Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar do estudo por meio dos pesquisadores responsáveis e, mediante aceitação, tiveram acesso ao questionário e ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O questionário foi submetido, previamente, a testes, objetivando a realização de eventuais ajustes, necessários para que cumprisse, de forma fidedigna, sua finalidade metodológica. Para tal, foi realizado um estudo piloto com CD não vinculados a ESF do município de Caruaru porém, com a condição de já terem trabalhado na atenção básica.

Os dados qualitativos foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo.

Este estudo seguiu as normas para pesquisa com seres humanos estabelecidas pela Resolução 466/2012 e, foi iniciado após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Caruaruense de Ensino Superior (Parecer:1.967.000/CAEE:59410616.5.0000.5203).

RESULTADOS

Foram entrevistados 38 CD sendo que, a maioria apresentava mais de 04 anos de trabalho na ESF (84,21%); a maior parte possuía curso de pós graduação na área de saúde pública (57,9%) e; a grande maioria dos profissionais tinha mais de 10 anos de formado.

No que diz respeito à pergunta sobre a realização do acolhimento, 92,1%, dos CD entrevistados afirmaram que em suas unidades de saúde, se adota a prática do acolhimento.

Percepção de cirurgiões dentistas sobre acolhimento

Quanto à utilização do acolhimento com protocolo de classificação de risco, 84,21% relatou associar o momento do acolhimento a classificação de risco, conforme detalhado na tabela I. Na análise da participação dos profissionais no acolhimento, verificou-se uma tendência ao envolvimento e responsabilização de todos os profissionais de nível superior vinculados à equipe: enfermeiro (92,1%, n=35), dentista (89,5%, n=34), médico (81,6%, n=31).

Tabela I- Existência de acolhimento e avaliação de risco, na percepção de CD, nas USF de Caruaru, Pernambuco, 2017.

Variáveis	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
USF que realizam acolhimento	(35)	92,1%	(03)	7,9%	(38)	100,00%
Protocolo de acolhimento com avaliação de risco	(30)	78,9%	(08)	21,1%	(38)	100,00%

Quanto ao nível de compreensão dos profissionais sobre o acolhimento, de acordo com o que preconiza a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, verifica-se que há uma certa distorção nas respostas. Na fala de alguns entrevistados é notória a associação do acolhimento com técnicas de organização de fluxo, triagem ou agendamentos, como observa-se nos trechos que seguem, correspondentes as respostas de alguns dos entrevistados:

“[...] é a informação repassada ao usuário de forma clara e precisa” [E12].

“é atender os pacientes de acordo com suas necessidades para agilizar melhor o fluxo grande da rede” [E21].

Alguns profissionais conseguiram expressar de forma clara os pressupostos do acolhimento, valorizando a dimensão subjetiva de cada usuário, aceitando as diferenças, buscando o empoderamento, como verifica-se nos trechos a seguir:

Percepção de cirurgiões dentistas sobre acolhimento

“[...]é um processo de atenção à saúde onde o usuário do SUS é visto de forma abrangente, identificando as suas reais necessidades, e consolidando assim o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana” [E10].

“é uma escuta ao usuário da USF, de modo à atender cada fala ou problema com a finalidade de dá resolução de maneira ética e humanista e satisfatória ao usuário” [E31].

Ao serem questionados se todos os pacientes têm suas necessidades escutadas, apenas 0,4% respondeu negativamente.

“[...]Todos é muito abrangente. A gente procura fazer o melhor. Mas sempre alguém passa sem acolhimento...” [E08].

Tal fala demonstra que, ainda que o acolhimento esteja sendo realizado de forma incipiente em algumas unidades, há o esforço por parte dos profissionais em dar a oportunidade aos usuários de relatarem suas necessidades através de uma escuta inicial.

A avaliação conjunta desses indicadores nos expõe que dentre os profissionais que realizam acolhimento, alguns não conseguem aliar à sua prática a avaliação e classificação de risco e prioridades, o que deveria ser realizado cotidianamente, conforme preconiza a cartilha da PNH: “Estas duas tecnologias, Acolhimento e Avaliação/Classificação de Risco, portanto, têm objetivos diferentes, mas complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais díspares no processo de trabalho”⁽⁸⁾.

Quanto ao formato da avaliação e classificação de riscos e vulnerabilidades pode-se perceber quatro grupos divergentes com estratégias distintas para realizar ou não dessa conduta, conforme demonstrado na tabela II.

Percepção de cirurgiões dentistas sobre acolhimento

Tabela II - Avaliação e classificação de riscos e vulnerabilidades nas USF do município de Caruaru, Pernambuco, no ano de 2017.

Variáveis	Não realizada		Escuta qualificada		Cronograma atendimentos		Protocolo preestabelecido	
	N	%	N	%	N	%	N	%
De que forma é realizada a avaliação e classificação de riscos e vulnerabilidades.	(08)	21,1%	(21)	55,2%	(03)	7,9%	(06)	15,8%
Variáveis	Não realizada	Escuta qualificada	Cronograma atendimentos	Protocolo preestabelecido				
	N	%	N	%	N	%	N	%
De que forma é realizada a avaliação e classificação de riscos e vulnerabilidades.	(08)	21,1%	(21)	55,2%	(03)	7,9%	(06)	15,8%

Nas ações desencadeadas a partir do acolhimento apenas 7,9% dos profissionais conseguem visualizar condutas que vão além da definição tradicional de acolhimento, ficando claro a dificuldade em reconhecer o usuário em suas singularidade e necessidades.

Algumas respostas (36,8%) demonstram que ainda é necessária uma discussão mais aprofundada sobre o acolhimento e humanização com os cirurgiões dentistas do município.

“[...]Triagem, marcação de consultas, encaminhamento para algumas especialidades, atendimento de urgência” [E34].

“[...]Marcação para médicas, exame de sangue, psicóloga, nutricionista... [E05].”

“[...]Ações de saúde bucal e geral (com palestras, grupos de risco. ” [E32].

Outros profissionais, apesar de buscarem uma conduta coletiva e interdisciplinar, esquecem de incluir nesse planejamento aquele que tem mais a contribuir e informar, seja sobre sua saúde, sua cultura, suas aflições e medos, e suas demandas, o próprio usuário.

“[...]Planejamento junto com todos os profissionais envolvidos na unidade e com a equipe do NASF, quando necessário. ” [E16].

“[...]Nas reuniões com a equipe, são discutidos os casos mais complexos; planejados e agendados os eventos como palestras educativas, hábitos saudáveis, comportamentos

Percepção de cirurgiões dentistas sobre acolhimento

saudáveis, alimentação; atividades corporais e mentais dos usuários com a finalidade de promover conhecimento e mudança de hábitos, para melhorar a saúde, buscando também integração com outras áreas, educação, infraestruturas” [E28].

DISCUSSÃO

A participação efetiva da maioria dos dentistas do município no processo de acolhimento dos usuários (92,1%), a qualificação sanitária de mais de 57,9% desses profissionais, e a atuação por mais de 4 anos nas ESB (84,21%), potencializam o sistema de atenção básica municipal a oferecer um serviço de melhor qualidade ao usuário, viabilizando uma melhor assistência, maior criação de vínculos e consequentemente maior resolubilidade.

Por meio da análise das respostas obtidas através dos questionários, percebe-se que o vínculo e o acolhimento caracterizam-se como dispositivos que potencializam a integralidade da assistência. Os cirurgiões dentistas entrevistados percebem, conforme também identificado nos estudos de Franco (1999), que o processo de acolhimento consegue inverter as práticas tradicionais de organização dos serviços de saúde, por meio da garantia do acesso, descentralização médica, geração de um relacionamento de confiança e corresponsabilidades⁽⁹⁾.

Foi identificado também que poucos profissionais conseguiram expressar de forma clara e explícita que o acolhimento deve ser feito de uma forma humanizada, como identifica-se na definição de Fortes (2004) que "é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criar condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma"⁽¹⁰⁾.

Para Gomes (2005) o acolhimento é considerado a primeira possibilidade para efetivação das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos dentro da ESF, confrontando as necessidades trazidas pelos usuários com aquilo que o serviço tem a oferecer, na concepção da mudança no modelo assistencial praticado⁽¹¹⁾.

Para grande parcela dos CD entrevistados identifica-se o conceito principal da fala de Gomes (2005), em contrapartida o acolhimento foi confundido por outra parte dos profissionais

Percepção de cirurgiões dentistas sobre acolhimento

como uma forma de triagem, levando profissionais e usuários a acreditarem que o acolhimento tem um local determinado para ocorrer, um horário específico ou um profissional responsável, desconstruindo assim as características primordiais desse dispositivo⁽⁸⁾.

No contexto geral de cada integrante que constitui a ESF do município, nota-se que a lógica multiprofissional gerou modificações no processo de trabalho garantindo ao CD, e demais profissionais, potencializarem o seu trabalho, por poderem pactuar com o usuário o melhor caminho a percorrer pelo sistema. Tal lógica facilita a compreensão dos usuários, possibilitando uma melhor assistência, na perspectiva de sanar seus anseios e queixas, proporcionando promoção da saúde. Além disso, é essencial uma boa recepção e o atendimento aos usuários de forma educada e gentil⁽¹²⁾.

O acolhimento também tem por finalidade analisar e classificar o risco, para que assim hajam ações competentes na reorganização e execução da promoção de saúde em rede e, para que se tenha solução da problemática, se faz necessário a avaliação por parte da própria equipe, e a resolubilidade para cada circunstância. Em sua implementação, o acolhimento, extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas de saúde, a coexistência das macro e micropolíticas⁽⁸⁾.

Sendo assim, o acolhimento com classificação de risco é um processo dinâmico, com o objetivo primário de identificar os usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde, ou grau de sofrimento⁽⁸⁾. Porém, em certas ocasiões, a relação entre profissional de saúde e usuário, ainda se apresenta restrita a cura da doença, sem se importar em nada mais que antecederesse o aspecto patológico, recaindo em uma atenção fragmentada que negligencia a observação conjunta dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais dos usuários^(13,10).

Percepção de cirurgiões dentistas sobre acolhimento

É evidente que o acolhimento ainda é um desafio do município de Caruaru assim como é um desafio no SUS em geral. É necessário romper com padrões culturais, organizar e receber uma demanda reprimida historicamente, estruturar a rede, capacitar profissionais e, angariar recursos. Corroboram com essa vertente Leite et al, reconhecendo que muito já se fez, mas que há a necessidade de uma construção permanente e coletiva de novas práticas ⁽¹⁴⁾.

CONCLUSÕES

Apesar do grande número de profissionais que afirmam realizar o acolhimento em suas USF, percebe-se ainda um desencontro nas informações e nos conceitos ligados ao acolhimento.

As falas de muitos profissionais remetem ainda a um modelo tradicional de assistência à saúde, centrado na doença e na sua cura. Porém, a presença de profissionais bem qualificados na rede pode ter contribuído para melhor acessibilidade, e implantação do acolhimento. Todavia evidenciou-se disproporção entre profissionais que afirmaram realizar acolhimento e a sua utilização na avaliação e classificação de risco, gerando assim descontinuidade na atenção e dificuldade de referenciamento para outros níveis de atenção a partir das USF, além de comprometer a resolubilidade da atenção básica.

Faz-se necessário compreender a humanização no serviço a partir da oferta de um serviço acolhedor, que não delimite espaços físicos, turnos ou profissionais para a realização de tal tarefa, devendo ser realizada por todos os profissionais envolvidos na atenção primária, conciliando o saber científico com as demandas e saberes da comunidade, valorizando e respeitando sua cultura, buscando articulação da atenção básica com as demais redes assistenciais.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos M, Grillo CJM, Soares MS. Práticas pedagógicas em atenção básica à saúde. Tecnologias para abordagem do indivíduo, família e comunidade. Nescon/Ufmg, Coopmed, Belo Horizonte, 2009. v.1, (4):57-6.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998; 34-5.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS, 2004; 16-3.
4. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY EE, ONOCKO R. (Orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. Hucitec, São Paulo, 2007; (3):71-112.
5. Silva JAG, Mascarenhas MM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Abrasco, Rio de Janeiro, 2004; 241-57.
6. Ortiz JN, Bordignon MO, Gralha RS, Fagundes S, Coradini SR, organizadores. Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004; 11-2.
7. Silva LG, Alves MS. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. Rev. APS, Juiz de Fora, jan/mar, 2008; v. 11, (1):74-84.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS - acolhimento com classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: MS, 2004; (1): 20-46.
9. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, abr./jun, 1999; v.15, (2): 345-353.
10. Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, set./dez. 2004; v.13, (3): 30-35.
11. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Rev. Interface-Comunic; Saúde, Educ, Rio de Janeiro, mar./ago; 2005; v.9, (17): 287-30.
12. Pinafo E, Lima JVC, Baduy RS. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma Unidade de Saúde da Família. Rev. Espaço para a Saúde, Londrina, jun. 2008; v.9, (2): 17-25.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS - acolhimento com classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: MS, 2004; (1): 20-46.

Percepção de cirurgiões dentistas sobre acolhimento

14. Leite JCA, Maia CCA, Sena RR. Acolhimento: perspectivas de organização da assistência de Enfermagem. Rev Bras Enferm 1999; (52):161-8.