

**FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À PREMATURIDADE EM NASCIDOS VIVOS  
NO ESTADO DO CEARÁ**

Rafaella Maria Monteiro Sampaio<sup>a</sup>

Francisco José Maia Pinto<sup>b</sup>

Josiane do Carmo Sampaio<sup>c</sup>

**Resumo**

A prematuridade tem sido apontada como um dos principais determinantes da mortalidade neonatal, sendo um grave problema de Saúde Pública a ser enfrentado em nosso país. Esta pesquisa objetivou identificar os fatores de risco associados à prematuridade em nascidos vivos no estado do Ceará no ano de 2005. Trata-se de um estudo descritivo e analítico, baseado nos dados secundários disponíveis no banco de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). A comparação da distribuição das variáveis independentes em relação à prematuridade foi realizada pelo teste do qui-quadrado e o coeficiente de contingência foi usado para medir o grau de associação entre elas. As variáveis que apresentaram diferenças significativas entre as proporções de pré-termo e pós-termo foram: gestantes solteiras ( $p=0,000$ ), mães jovens ( $p=0,000$ ), com baixa escolaridade ( $p=0,000$ ), com menor número de consultas pré-natal ( $p=0,000$ ) e aquelas que tiveram parto vaginal ( $p=0,000$ ). Concluiu-se que estratégias para melhorar a qualidade do cuidado pré-natal devem ser implementadas para decrescer a razão de prematuridade.

Palavras-Chave: Prematuro. Epidemiologia. Fatores de risco.

---

<sup>a</sup> Nutricionista. Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

<sup>b</sup> Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Docente do Curso de Medicina e Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, UECE.

<sup>c</sup> Discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE.

**Endereço para correspondência:** Rua Marcelino Lopes, n.º 508, Bairro Sapiranga, Fortaleza, Ceará. CEP: 60833-620. rafaellasampaio@yahoo.com.br

## RISK FACTORS ASSOCIATED TO PREMATURITY IN LIVE NEWBORNS IN THE STATE OF CEARÁ

### **Abstract**

Preterm births have been pointed out as one of the most determinant factors of neonatal mortality being a severe public health issue to be addressed in our country. This research aimed to identify the risk factors associated with preterm births in the state of Ceará, Brazil in 2005. This is a descriptive and analytical study based on the secondary data collected in the born alive database of the Information System (SINASC). The comparison of the distribution of independent variables in relation to prematurity was performed using the chi-square test. The contingency coefficient was used to measure the degree of association between them. The variables that showed significant differences between the proportions of pre-suit and post term were: single mothers ( $p=0,000$ ), young mothers ( $p=0,000$ ) with low education ( $p=0,000$ ), with fewer prenatal visits ( $p=0,000$ ) and those who had vaginal delivery ( $p=0,000$ ). It could be concluded from this study that the strategies to improve the quality of prenatal care should be implemented to decrease the rate of prematurity.

Key words: Premature. Epidemiology. Risk factors.

## FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ESTADO PREMATURO EN NACIDOS VIVOS EN EL ESTADO DE CEARÁ

### **Resumen**

La prematuridad ha sido apuntada como una de las principales causas de la mortalidad neonatal, configurándose un grave problema de Salud Pública que debe ser enfrentado en nuestro país. Esta investigación tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados con la prematuridad de los nacidos vivos, en el año de 2005, en el estado de Ceará. Se trata de un estudio de enfoque descriptivo y analítico, basado en los datos secundarios disponibles en la base de datos do Sistema de Informaciones sobre Nacidos Vivos (SINASC). La comparación de la distribución de las variables independientes en relación a la prematuridad fue realizada a través del test chi-cuadrado y, para medir el grado de asociación entre ellas, se utilizó el coeficiente de contingencia. Las variables que mostraron diferencias significativas entre las proporciones de pretérmino y postérmino fueron: gestantes solteras ( $p=0,000$ ), madres jóvenes ( $p=0,000$ ) con bajo nivel alumno ( $p=0,000$ ), con un menor número de visitas prenatales ( $p=0,000$ ) y aquellas

que tuvieron un parto vaginal ( $p=0,000$ ). Se concluye que deben ser aplicadas estrategias para mejorar la calidad de la atención prenatal para disminuir la tasa de prematuridad.

Palabras-Clave: Prematuro. Epidemiología. Factores de riesgo.

## INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil é vista hoje como um acontecimento evitável e determinado por fatores sociais e econômicos que refletem as condições de vida da população, tais como: alimentação, renda, educação e acesso aos serviços de saúde. Esta mortalidade compreende todos os óbitos de crianças menores de 1 ano, sendo composta pela mortalidade neonatal, que inclui apenas os óbitos ocorridos nos primeiros 27 dias de vida, e pela pós-neonatal, caracterizada pelos óbitos compreendidos entre 28 a 364 dias de vida.<sup>1</sup>

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), anualmente, 7,1 milhões de crianças morrem no primeiro ano de vida. Destas, metade ocorre no período neonatal, ou seja, antes dos primeiros 28 dias de vida, sendo cerca de 75,0% na primeira semana e 40% nas primeiras horas de vida.<sup>2</sup> Os óbitos neonatais apresentam ocorrências bastante variadas nas diversas regiões mundiais, relatando-se que os países desenvolvidos atingem índices de mortalidade neonatal muito inferiores aos dos países subdesenvolvidos. Na América Latina, a identificação de taxas de mortalidade neonatal de 25 óbitos por 1.000 nascidos vivos representa uma diferença de quatro vezes mais em relação aos países norte-americanos e europeus.<sup>3</sup>

No Brasil, em 2004, a mortalidade neonatal precoce atingiu cerca de 11,5 óbitos por mil nascidos vivos. Estados do Nordeste, como Ceará e Rio Grande do Norte, apresentaram mortalidade neonatal precoce de 14,72 e 18,94 óbitos por mil nascidos vivos, respectivamente.<sup>4</sup> No Brasil, deu-se uma reversão na mortalidade proporcional entre óbitos neonatais e pós-neonatais, havendo o predomínio indiscutível do componente neonatal sobre o componente pós-neonatal.<sup>3</sup>

A taxa de mortalidade infantil no Brasil tem diminuído nos últimos tempos devido, principalmente, ao controle de melhores condições de saneamento básico, à cobertura vacinal e à orientação para reidratação oral, o que proporcionou uma concentração maior de mortes no período neonatal (0 a 27 dias de vida).<sup>5</sup>

Pesquisas<sup>6-8</sup> identificam que a mortalidade neonatal é resultante de uma estreita e complexa interação entre as condições biológicas do recém-nascido (RN), as características maternas, as condições socioeconômicas e a qualidade da atenção à saúde.

Dentre os fatores mais importantes e amplamente reconhecidos para mortalidade neonatal estão o baixo peso ao nascer e a prematuridade. Vale frisar que o baixo peso está significativamente ligado à prematuridade. Estudo realizado em 2002 verificou que crianças prematuras nascidas entre 21 e 27 semanas de gestação apresentaram um risco de nascer com baixo peso 15,6 vezes maior que crianças nascidas a termo (RR = 13,42), e também que, entre os nascimentos prematuros, 74,4% dos bebês apresentaram baixo peso.<sup>9</sup> O peso ao nascer é um determinante da mortalidade neonatal, das infecções, das maiores taxas de hospitalização, da maior propensão ao retardo de crescimento e do déficit neuropsicológico pós-natal.<sup>10</sup>

Estudos epidemiológicos têm identificado diversos fatores de risco para a prematuridade, tais como: tipo de parto;<sup>6,11,12</sup> idade da mãe, renda familiar, estado civil;<sup>6</sup> anos de estudo materno, número de consultas pré-natal e idade materna.<sup>13</sup>

A prematuridade, comprovadamente, é um problema a ser enfrentado em nosso país, pois vários trabalhos aqui desenvolvidos na última década têm encontrado associação positiva entre prematuridade e mortalidade neonatal. Estes trabalhos envolvem tanto métodos descritivos<sup>14</sup> quanto analíticos, a exemplo de estudo realizado em 2000, no qual é relatada a incidência de 9,4% de prematuridade no município de Caxias do Sul e ainda é observado que o risco de morrer dos RN prematuros (<37 semanas) foi 5 vezes maior em relação ao grupo de RN de 39-41 semanas.<sup>15</sup>

Têm-se verificado que a prevalência da prematuridade ainda é bastante elevada em vários municípios brasileiros, como no Rio de Janeiro (RJ), com índice de 10%;<sup>11</sup> São Luiz (MA), com 13,9% em 1998;<sup>16</sup> e Pelotas (RS), com 16,2% em 2004.<sup>17</sup> Estudos têm revelado o aumento dos recém-nascidos prematuros nos últimos anos, como em Ribeirão Preto (SP), que aumentou de 7,2% em 1978 para 13,6% em 1994.<sup>18</sup>

Ao realizar um recorte sobre os fatores de riscos relacionados à prematuridade em alguns países, subdesenvolvidos e em desenvolvimento, e em diversas cidades brasileiras, surgiu o interesse em identificar os fatores de riscos associados à ocorrência da prematuridade em nascidos vivos no estado do Ceará em 2005, dada a sua relevância como um dos principais determinantes da mortalidade neonatal em diversos estudos já realizados no Brasil.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, baseado nos dados secundários disponíveis do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), gerado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS – e disponibilizado no site da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Inicialmente, realizou-se a tabulação, digitação e análise dos dados coletados no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 17.0, além da planilha eletrônica Excel, para a construção das tabelas.

A amostra do estudo foi estratificada em dois grupos, de acordo com a ocorrência ou não de prematuridade, sendo composta por todos os nascidos vivos prematuros (n=6.484) de parto único e pela quantidade correspondente de nascidos vivos pós-termo (n=6.484), em 2005, no estado do Ceará.

Os dados referentes ao número de nascidos vivos, bem como de todas as variáveis de interesse da pesquisa, foram obtidos no mês de julho de 2008. Tomou-se como variável dependente a prematuridade em nascidos vivos. Foram consideradas prematuras todas as crianças nascidas vivas cuja gestação, de parto único, teve duração inferior a 37 semanas. Excluíram-se os partos gemelares, já que, neste tipo de gestação, é comum o nascimento de crianças prematuras, independente da influência dos demais fatores de risco.

As variáveis independentes escolhidas foram:

- a) características demográficas e socioeconômicas maternas – idade (menor de 20 anos, de 21 a 29 anos, de 30 a 39 anos e acima de 40 anos); estado civil (solteira e casada); escolaridade (menos de 4 anos de estudo, 4 a 7anos, 8 a 11 anos, e mais de 12 anos de estudo);
- b) assistência pré-natal – número de consultas pré-natal (menos de 4 consultas, 4 a 6 consultas e de 7 a mais consultas); tipo de parto (vaginal e cesárea).

Realizou-se uma análise descritiva frequencial (absoluta e percentual) dos nascidos pré-termo e pós-termo, segundo as variáveis de interesse. A comparação da distribuição das variáveis independentes em relação à prematuridade foi realizada pelo teste do qui-quadrado ao nível de significância de 5%, além do teste de contingência para verificação da intensidade desta associação.

## **RESULTADOS**

A distribuição das frequências dos nascimentos pré-termo, com idade gestacional inferior a 37 semanas e os pós-termo, com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas, foi realizada segundo as variáveis: sociodemográficas e econômicas (idade, estado civil, escolaridade), assistência pré-natal (número de consultas pré-natais) e tipo de parto (vaginal e cesárea).

Quanto à faixa etária materna, observou-se, nas gestações de pré-termo e pós-termo, que ocorreu uma frequência mais elevada de nascidos vivos em mães cujas idades estavam compreendidas no intervalo de 21 a 29 anos de idade (47,1% e 53,6%), respectivamente. Verificou-se, dentre os nascimentos pré-termo, que houve uma visível redução de 47,1% para 21,6%, quando ocorreu o aumento da idade das mães, do intervalo compreendido entre 21 e 29 anos para o de 30 a 39 anos, respectivamente. O teste do qui-quadrado evidenciou que as proporções apresentaram diferença significativa entre a prematuridade e a faixa etária da mãe ( $\chi^2 = 126,899$ ;  $p=0,000$ ) com um grau de associação de 0,031.

Analisando-se a distribuição dos nascidos vivos no estado do Ceará, em 2005, verificou-se que ocorre uma frequência bem maior de nascidos vivos entre as mães solteiras, tanto nos nascimentos pré-termo como nos pós-termo (66,1% e 62,2%), respectivamente. Observou-se, dentre os nascimentos prematuros, que as porcentagens das mães solteiras foram bem maiores, 4.286 (66,1%), do que as das casadas, 2.198 (33,9%). (Tabela 1). O teste do qui-quadrado também mostrou que as proporções apresentaram diferença significativa entre a prematuridade e o estado civil da mãe ( $\chi^2 = 44,211$ ;  $p=0,000$ ) com um grau de associação de 0,018.

**Tabela 1** – Distribuição dos nascidos vivos por variáveis estudadas e idade gestacional ao nascimento da criança – Ceará – 2005

Variáveis	Pré-termo		Pós-termo		p
	N	%	N	%	
<b>Idade</b>					
< 20	1.815	28,0	1.484	23,1	p=0,000
21 a 29 anos	3.053	47,1	3.475	53,6	
30 a 39 anos	1.402	21,6	1.355	20,9	
Acima de 40	214	3,3	156	2,4	
<b>Estado Civil</b>					
Solteira	4.286	66,1	4.033	62,2	p=0,000
Casada	2.198	33,9	2.451	37,8	
<b>Escolaridade</b>					
Menos de 4 anos	1.219	18,8	1.349	20,8	p=0,000
4 a 7 anos	2.405	37,1	2.477	38,2	
8 a 11 anos	2.114	32,6	1.984	30,6	
12 ou mais anos	746	11,5	674	10,4	
<b>Número de consultas pré-natal</b>					
Menos de 4	1.725	26,6	623	9,6	p=0,000
4 a 6 consultas	3.320	51,2	3.300	50,9	
7 ou mais consultas	1.439	22,2	2.561	39,5	
<b>Tipo de Parto</b>					
Vaginal	4.228	65,2	4.273	65,9	p=0,000
Cesárea	2.256	34,8	2.211	34,1	

Fonte: Elaboração própria.

No que se refere à escolaridade da mãe, tanto entre as mães que apresentaram parto pré-termo como pós-termo, a maior frequência de nascidos vivos ocorreu naquelas que tinham de 4 a 7 anos de estudo, representando 37,1% e 38,2%, respectivamente. A porcentagem de partos prematuros diminuiu de 2.405 (37,1%) entre as mães com 4 a 7 anos de estudo para 746 (11,5%) quando ocorreu o aumento do nível de instrução da mãe para 12 ou mais anos de estudo. Foi evidenciado, pelo teste do qui-quadrado, que as proporções apresentaram diferença significativa entre a prematuridade e a escolaridade da mãe ( $\chi^2 = 14484,509$ ;  $p=0,000$ ) com um grau de associação de 0,315.

Analisando-se a distribuição das frequências dos nascimentos pré-termo quanto ao número de consultas pré-natal realizadas, verificou-se que as mães que realizaram de 4 a 6 consultas pré-natal representavam a maioria – 3.320 (51,2%) – em relação ao daquelas com 7 ou mais consultas, evidenciando-se, assim, a importância da assistência pré-natal na prevenção da prematuridade. O teste do qui-quadrado tornou evidente que as proporções apresentaram diferença significativa entre a prematuridade e o número de consultas de pré-natal ( $\chi^2 = 2280,361$ ;  $p=0,000$ ) com um grau de associação de 0,130.

A frequência de nascidos vivos foi superior a 65% entre as mães que realizaram parto vaginal independente da semana gestacional. No teste do qui-quadrado, as proporções apresentaram diferença significativa entre a prematuridade e o tipo de parto ( $\chi^2 = 19,540$ ;  $p=0,000$ ) com um grau de associação de 0,012.

## DISCUSSÃO

A prematuridade constitui um dos principais problemas da perinatologia atual e é tido como um dos principais fatores de risco de morbimortalidade neonatal nas sociedades industrializadas.<sup>7,8</sup>

Vários são os fatores responsabilizados pelo nascimento de fetos pré-termo. Entre eles citam-se a idade materna abaixo de 20 e acima de 40 anos, poucas consultas pré-natais e parto cesariano,<sup>19</sup> gestantes solteiras e com nível de escolaridade menor, parto cesáreo<sup>12,20</sup> e assistência pré-natal inadequada.<sup>12,13</sup>

Neste estudo, o estado civil da mãe teve uma diferença de proporção significativa com a frequência maior de nascimentos pré-termo nas mães solteiras (66,1%) do que nas casadas (33,9%), confirmando o que vários trabalhos já mostraram, como em estudo anterior, no qual se encontrou que a maior prevalência de prematuridade foi em viúvas (6,8%) e a menor em mães casadas (5,7%) ( $p < 0,001$ ).<sup>19</sup>

Quanto à idade da mãe, a frequência de nascimentos prematuros foi aumentando até as mães com faixa etária compreendida entre 21 e 29 anos, na qual ocorreu uma nítida redução acima dos 40 anos de idade (3,3%); isto mostra que a proporção de nascimentos prematuros aqui analisados possui diferenças significativas nas faixas etárias menores. Corrobora este achado, estudo que identificou risco de nascimento pré-termo em adolescentes.<sup>6</sup>

Em estudo realizado na cidade de São Luiz (MA) sobre a associação entre nascimento pré-termo e idade materna constatou-se que mães com idade < 18 anos tiveram razões significativamente mais altas de nascimentos pré-termo (22,9%) do que as mais velhas (10,9%), com idade entre 25 e 29 anos. Assim como também foi demonstrado em outra investigação,<sup>12</sup> verificou-se que a proporção de nascimentos pré-termo foi maior nas mães com idade menor que 18 anos e primíparas.

A escolaridade materna mostrou-se associada significativamente à prematuridade, pois, com o aumento do número de anos de estudo, a frequência de nascimentos pré-termo diminuiu consideravelmente de 37,1% (4 a 7 anos de estudo) para 11,5% (12 anos ou mais). A baixa escolaridade (0 a 7 anos de estudo) tem sido associada ao nascimento pré-termo em vários estudos. A escolaridade pode incentivar a demanda e o acesso aos serviços de saúde, no caso, os de assistência pré-natal.<sup>20</sup>

Em um estudo realizado em Caxias do Sul sobre mortalidade neonatal precoce e suas causas, observou-se que as mães analfabetas apresentaram 4,5 vezes mais risco de ter um óbito neonatal do que as mães com nível superior.<sup>15</sup>

Quanto ao tipo de parto, a diferença verificada também foi significativa, pois a maioria (65,2%) dos nascimentos prematuros ocorreram em mães que realizaram parto vaginal. Também foi evidenciado em estudo anterior que o parto vaginal constituiu em um fator de risco para o nascimento de prematuro.<sup>12</sup> No entanto, observou-se em outros estudos que o parto cesariano está associado significativamente à maior ocorrência de partos prematuros.<sup>19</sup>

## **CONCLUSÃO**

Ao se identificar os fatores de risco associados à prematuridade em grupos de gestantes, sugere-se a implantação de estratégias que melhorem a qualidade do cuidado pré-natal a fim de decrescer as taxas de prematuridade e reduzir, assim, os óbitos neonatais.



## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos Comitês de prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília; 2005.
2. World Health Organization. Newborn health and survival: a call to action. In: World Health Organization. Family and community Health. Geneva; 2001. p. 43-51.
3. Carvalho M, Gomes MA. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. *J Pediatr*. 2005;81(S1):S111-8.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de mortalidade. Taxa de mortalidade neonatal precoce. Brasília; 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Materno-Infantil. A mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. Brasília; 1998.
6. Silva AAM, Simões VMF, Barbieri MA, Bettiol H, Lamy-Filho F, Coimbra LC, et al. Young maternal age and preterm birth. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2003;17(4):332-9.
7. Almeida MF, Novaes HMD, Alencar GP, Rodrigues LC. Mortalidade neonatal no Município de São Paulo. *Rev bras Epidemiol*. 2002;5(1):93-107.
8. Almeida SDM, Barros MBA. Atenção à saúde e à mortalidade neonatal. *Rev bras Epidemiol*. 2004;7(1):22-35.
9. Guimarães AAG, Velásquez-Meléndez G. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir do sistema de informação sobre nascidos vivos em Itaúna, Minas Gerais. *Rev bras Saúde Mater Infant*. 2002;2(3):283-90.
10. Monteiro MFG. Baixo peso ao nascer. In: Monteiro MFG, Cervine R. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição no Brasil, 1989. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1992. p. 11-8.
11. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LS, Brasil CLP, et al. Fatores associados à morbimortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(S1):S20-33.
12. Aragão VMF, Silva AAM, Aragão LF, Barbieri MA, Bettiol H, Coimbra LC, et al. Fatores de risco para prematuridade em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(1):57-63.
13. Moraes de EM, Alflen TL, Epara P, Beitune PE. Momento e frequência das visitas de pré-natal: repercussões sobre os nascimentos pré-termo. *Rev bras Ginecol Obstet*. 1998;20(1):25-32.

14. Menezes AMB, Victora CG, Barros FC, Albernaz E, Menezes FS, Jannke HA, et al. Mortalidade infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cad Saúde Pública*. 1996;12(S1):S79-86.
15. Araújo BF, Bozzeti MC, Tanaka ACA. Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um estudo de coorte. *J Pediatr*. 2000;76(3):200-6.
16. Silva AAM, Ribeiro VS, Borba Júnior AF, Coimbra LC, Silva RA. Avaliação dos dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em 1997-1998. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(6):508-14.
17. Barros FC; Victora CG, Barros AJD, Santos IS, Albernaz E, Matyjasevich A. The challenge of reducing neonatal mortality in middle income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982,1993 and 2004. *Lancet*. 2005;365:847-54.
18. Goldani MZ, Bettiol H, Barbieri MA, Tomkins A. Maternal age, social changes, and pregnancy outcome in Ribeirão Preto, southeast Brazil, in 1978-79 and 1994. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(4):1041-7.
19. Cascaes AM, Gauche H, Baramarchi FM, Borges CM, Peres KG. Prematuridade e fatores associados no estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(5):1024-32.
20. Thompson JMD, Irgens LM, Rasmussen S, Daltveit AK. Secular trends in socio-economic status and the implications for preterm birth. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2006;20(3):182-87.

Recebido em 21.10.2010 e aprovado em 26.5.2013.