

---

---

## REDUÇÃO DE SAL E O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO<sup>1</sup> REDUCTION OF SALT AND THE HYPERTENSION'S TREATMENT

**Giovanna C. STRAPASSON<sup>2</sup>, Sandra M.W. BARREIRA<sup>3</sup>, Rogerio A. MULINARI<sup>4</sup>,  
Grace M.F.C. WILLE<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Artigo da dissertação de G. C. STRAPASSON, intitulada "Interferência dos Medicamentos Anti-hipertensivos na Palatabilidade do Sabor Salgado" Universidade Federal do Paraná, 2011.

<sup>2</sup> Pós – Graduação em Ciências Farmacêuticas, Departamento de Farmácia, Universidade Federal do Paraná, Laboratório de Tecnologia de Alimentos. Rua Prefeito Lothário Meissner, 632, CEP: 80210-170- Jardim Botânico- Curitiba-Paraná –Brasil – gicstrap@ufpr.br

<sup>3</sup> Departamento de Farmácia, Universidade Federal do Paraná.

<sup>4</sup> Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Paraná.

### RESUMO:

O sal é uma substância essencial ao ser humano, pois participa de várias funções básicas do corpo. Devido ao seu poder saborizante nos alimentos, muitas pessoas abusam do uso do sal na sua alimentação e acabam por ingerir sódio em excesso, numa quantidade acima da dose diária essencial para o organismo. Isto acarreta retenção de água, sobrecarrega os rins e altera o funcionamento do sistema endócrino responsável pela regulação do sistema vascular, causando a hipertensão arterial. Ainda que a população seja advertida sobre a necessidade da redução do consumo de sal, pacientes relatam dificuldade em diminuir a quantidade de sal da comida, pois este fato se relaciona com a diminuição do prazer na ingestão do alimento. A fim de colaborar no tratamento da hipertensão arterial, o presente estudo teve como objetivo reconhecer os hábitos relacionados ao consumo de sal e determinar as diferenças de limite de percepção do sabor salgado entre pessoas normotensas e hipertensas. Os dados foram obtidos por aplicação de questionário e por teste de limite de percepção do sabor salgado. A partir destas metodologias, concluiu-se que muitos pacientes já têm consciência da importância do tratamento não medicamentoso, dentre os quais o mais citado foi redução do sal, redução de gordura e prática de exercício físico. Além disto, o grupo de hipertensos que cuidam da saúde realizando algum destes tratamentos não medicamentosos apresentou uma média de percepção estatisticamente igual ao grupo controle. Isso mostra que a mudança de hábitos leva a um maior cuidado com o acréscimo de sal.

**Palavras chave:** hipertensão; consumo de sal; percepção.

### ABSTRACT:

Salt is an essential substance to human beings, because participates in many basic

---

---

body functions. Due to its power flavoring in food, many people abuse the use of salt in your food and end up eating too much sodium in amount above the daily essential for organism. This causes water retention, overload the kidneys and alter the functioning of the endocrine system responsible for regulating the vascular system, causing hypertension. Although the population is advised of the need to reduce consumption of salt, patients report difficulty in reducing amount of salt in food, as this fact is related decreased pleasure with food intake. In order to collaborate in the treatment of hypertension. This study aimed to recognize the habits related to salt intake and to determine the differences limit the salty perception among people normotensive and hypertensive. Data were obtained by questionnaire and a test limit perception of salty taste. From these methods, concluded that many patients are already aware of importance of nonpharmacological treatment, among which was cited as salt reduction, reduced fat and physical exercise. Moreover, the hypertensive patients who are the caretakers of performing some these non-drug treatments showed an average perception of the group was not statistically different control. This shows that changing habits takes a greater care with the addition of salt.

**KEY WORDS:** hypertension, salt intake, perception.

## 1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é uma doença cardiovascular largamente conhecida como fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares, como o acidente vascular cerebral, doença coronariana, hipertrofia de ventrículo esquerdo, insuficiência cardíaca congestiva, dissecação da artéria aorta, insuficiência renal e doença vascular periférica (CAVALINI,1999).

Quando não tratada adequadamente, está entre as mais frequentes morbidades do adulto, sendo considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldade de controle. Isto torna as doenças do sistema circulatório (geralmente consequências da hipertensão) a maior causa de mortalidade no país (PÉRES,2003; MOLINA,2003; DATASUS,2009).

O sódio é o elemento chave nas discussões e relações com a hipertensão e saúde, sendo considerado o mais importante fator ambiental desencadeante desta doença (FUCHS,2001; DALLEPIANE,2004; HOLLENBERG,2006, MCCARRON,2008).

Nos países desenvolvidos, que contam com estimativas confiáveis sobre o consumo de sódio, a ingestão tende a ultrapassar o limite máximo de 2 g de sódio (ou 5 g de cloreto de sódio) por pessoa por dia recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo a maior parte deste sódio proveniente de alimentos industrializados. Nos países em desenvolvimento, a

informações sobre o consumo de sódio ainda são escassas, em face da complexidade envolvida na avaliação de sua ingestão pelos indivíduos (SARNO,2009).

Porém, mesmo com a eminente necessidade da redução do consumo de sal, pacientes relatam dificuldade em diminuir a quantidade de sal da comida, pois este fato se relaciona com a diminuição do prazer na ingestão do alimento, o que poderia ser solucionado com a utilização de outros elementos culinários (PÉRES,2003; PIRES,2008).

Assim, o presente estudo teve como objetivo reconhecer os hábitos relacionados ao consumo de sal e determinar as diferenças de limite de percepção do sabor salgado entre pessoas hipertensas que reduzem sal na alimentação, hipertensas que não reduzem sal e as normotensas.

## **2. METODOLOGIA**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, por meio de documentação específica, segundo a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Todos os participantes, indivíduos hipertensos e normotensos, responderam um questionário elaborado no intuito de reconhecer as características e hábitos de vida da população em estudo. O questionário elaborado para coleta de dados, foi previamente testado. Suas perguntas foram formuladas de maneira a permitir o reconhecimento do participante e de todos os fatores possíveis de interferir na sua percepção de sabor, inclusive da existência de fatores que os impedissem de participar da pesquisa como presença de doenças respiratórias agudas durante o período da pesquisa. Após a aplicação do questionário os resultados foram tabulados para análise estatística(SIMONETTI,2002; COELHO,2005; IOP,2008).

Em seguida, passaram por uma análise sensorial de limite de percepção do sabor salgado, cujo material para determinação consistiu em uma série de 8 soluções de sal de cozinha seco em estufa (70°C/5 min) em água destilada, nas concentrações de: 2,00 – 1,40 – 0,98 – 0,69 – 0,48 – 0,34 – 0,24 – 0,16 g/L, seguindo uma proporção geométrica com R de 0,7. A administração das soluções continuava até que o mesmo julgamento ocorresse em duas apresentações sucessivas dentro da mesma série. O limiar de cada julgador é a média geométrica da concentração mais alta “não detectada” e a concentração seguinte. No grupo, a média foi calculada pela média geométrica dos limiares de todos os participantes (DUTCOSKY,2007).

Os dados obtidos no questionário foram tabulados e submetidos ao teste qui-quadrado. Já os resultantes do teste de limite de percepção do sabor salgado foram submetidos ao teste t em nível de 5%, utilizando-se o valor de p (bilateral) para determinar a diferença estatística entre as médias e variâncias obtidas nos grupos. A proporção dos resultados obtidos em cada grupo foi analisada pelo teste de Mann-Whitney para verificar possíveis associações entre estes, considerando valor de significância  $p=0.05$ , além de serem plotados em gráficos com frequência absoluta para comparação das distribuições.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

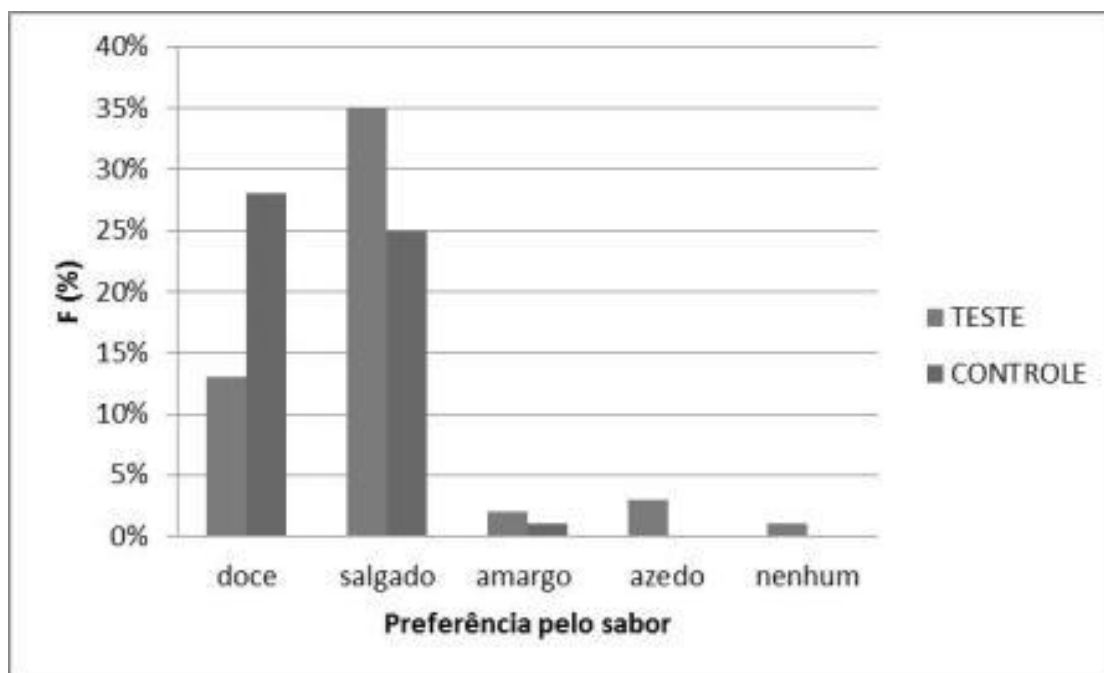
O grupo teste foi constituído por 43 indivíduos entre 40 e 70 anos, portadores de hipertensão arterial acompanhados pelo programa HIPERDIA na Unidade de Saúde Solitude, nos meses de junho, julho e agosto de 2010. Sendo, 69,67% mulheres e 30,23% homens. Quanto ao grau de instrução, os entrevistados se distribuíram em: analfabetos (14%), ensino fundamental completo ou não (53%), ensino médio completo ou não (28%) e superior completo (5%). E em relação à renda familiar mensal 42% disseram ser de até 1 salário mínimo, 44% de 1 a 5 salários mínimos e 14% de mais de 5 salários mínimos. (Considerando o salário mínimo vigente no Brasil em 2010, que corresponde a R\$ 510,00 – quinhentos e dez reais, segundo a Medida Provisória N° 474 de dezembro/2009).

O grupo controle era formado por 40 indivíduos normotensos, não usuários de medicamentos anti-hipertensivos, com idade entre 40 e 63 anos, sendo 72,5 % mulheres e 27,5% homens. Quanto ao grau de instrução, distribuíram-se em: ensino fundamental completo ou não (15%), ensino médio completo ou não (45%) e ensino superior completo (40%). Destes, 8% declararam ter renda inferior a um salário mínimo, 48% entre 1 e 5 salários mínimos e 45% mais de 5 salários mínimos.

Procurou-se identificar se havia preferência ou intolerância de sabores dentre os indivíduos pesquisados: as possíveis respostas eram os sabores básicos – doces, salgado, amargo e azedo – havendo também a opção de nenhum dos sabores para preferência e intolerância.

Na pergunta sobre preferência de sabor, algumas pessoas citaram preferir dois sabores diferentes, como: doce e salgado, doce e amargo e salgado e azedo. Nesse caso as respostas foram consideradas como o número de vezes que cada sabor foi citado (FIGURA 1).

**FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO DE RESPOSTAS DE PREFERÊNCIA DE SABORES PARA O GRUPO TESTE E O GRUPO CONTROLE**



O teste estatístico qui-quadrado resultou em  $p = 0,0632$  e 7 graus de liberdade, como este valor de  $p$  ficou muito próximo a 0,05, foi realizado o teste de resíduos de qui-quadrado, cujo resultado está na TABELA 1.

**TABELA 1 - TESTE DE RESÍDUOS DE QUI-QUADRADO PARA DADOS DE PREFERÊNCIA DE SABOR\***

<b>Resultados</b>	<b>Doce</b>	<b>Salgado</b>	<b>Amargo</b>	<b>Azedo</b>
Linha 1	-2.3388	2.0763	-0.0518	1.3807
Linha 2	2.3388	-2.0763	0.0518	-1.3807
Nível Alfa 0.05	1.96			
Nível Alfa 0.01	2.576			

NOTA: \*Dados obtidos com programa Biostat 5.0  
 FONTE: A AUTORA (2010)

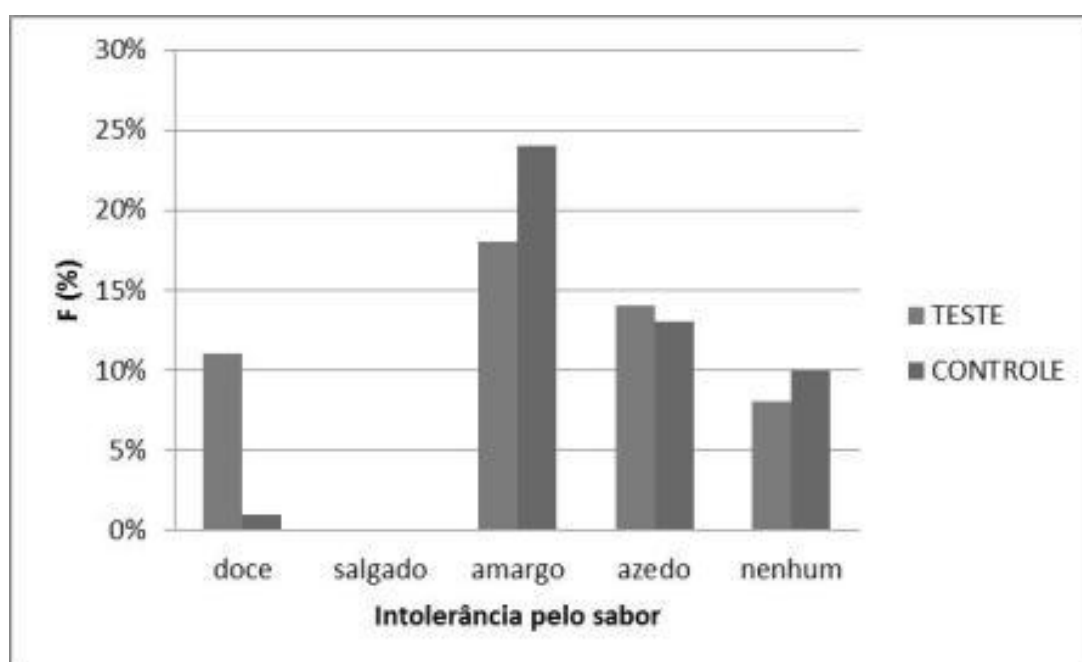
Com o teste de resíduos, pode-se perceber que existe diferença estatística em nível alfa 0,05 na preferência pelo doce e salgado (valor  $> 1.96$ ), que receberam a maior parte das respostas neste questionamento. Destaca-se o fato do sabor salgado ser o preferido no grupo teste.

Para intolerância, o sabor salgado não foi citado por nenhum dos grupos e a maior parte das respostas se concentrou nos sabores amargo e azedo (FIGURA 2).

No teste qui-quadrado, assim como no caso da preferência de sabor, o valor de

p ficou muito próximo de 0,05, sendo igual a 0,068 com 3 graus de liberdade; por isso também foi realizado o teste de resíduos, cujo resultado pode ser visto na TABELA 2. O resultado mostra que existe diferença estatística na resposta relacionada ao sabor doce para os níveis alfa de 0,05 e 0,01, ( $\alpha = 1,96$  e  $2,576$ ).

**FIGURA 2 - DISTRIBUIÇÃO DE INTOLERÂNCIA DE SABORES PARA O GRUPO TESTE E O GRUPO CONTROLE**



**TABELA 2 - TESTE DE RESÍDUOS DE QUI-QUADRADO PARA DADOS DE INTOLERÂNCIA DE SABOR\***

Resultados	Doce	Salgado	Amargo	Azedo
Linha 1	2.5773	-1.3935	0.0414	-0.4402
Linha 2	-2.5773	1.3935	-0.0414	0.4402
Nível Alfa 0.05	1.96			
Nível Alfa 0.01	2.576			

NOTA: \*Dado obtidos com programa Biostat 5.0

O hábito de colocar o saleiro na mesa foi investigado pelo fato de levar a um risco de alto consumo do sal, contudo o número de pessoas que disse ter este hábito foi muito pequeno, não existindo diferença estatística entre os grupos.

Ao relacionar os tratamentos não medicamentosos utilizados alguns pacientes declararam realizar mais de um tipo, por isso foi considerado a frequência com que

cada intervenção foi citada. Contudo, a frequência relativa foi calculada com o 100% referente ao total de pacientes hipertensos entrevistados, ou seja, 43 pacientes, para que se pudessem concluir quantos destes realizavam tal intervenção (TABELA 3).

TABELA 3 - DADOS REFERENTES À UTILIZAÇÃO DE TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO PARA HIPERTENSÃO PARA 43 PACIENTES

<b>Tratamento não medicamentoso</b>	<b>Número de respostas</b>	<b>Freq. Rel. (%)</b>
redução de gordura	12	28
redução do sal	23	53
redução do peso	1	2
exercício físico	13	30
redução do álcool	0	0
redução de café/cafina	1	2
redução do estresse	1	2
tabagismo	0	0
redução de açúcar	2	5
nenhum	13	30

Fonte: Autora (2010)

Os resultados evidenciam que há ainda uma boa parte do grupo estudado (30%) que não costuma utilizar o tratamento não medicamentoso. Porém, estudos mostram uma correlação positiva entre a mudança de hábitos e o controle da hipertensão leve, e quando associado ao tratamento farmacológico pode melhorar o controle de uma hipertensão moderada-grave (PIRES,2008; LOPES,2003; BRASIL,2008).

Também se observa que dentre as intervenções citadas, a mais lembrada é a redução do consumo de sal, seguida da prática do exercício físico e da redução do consumo de gorduras, que apresentam grande importância neste controle (AMODEO,1996; SEALS,2001; OLMOS,2001).

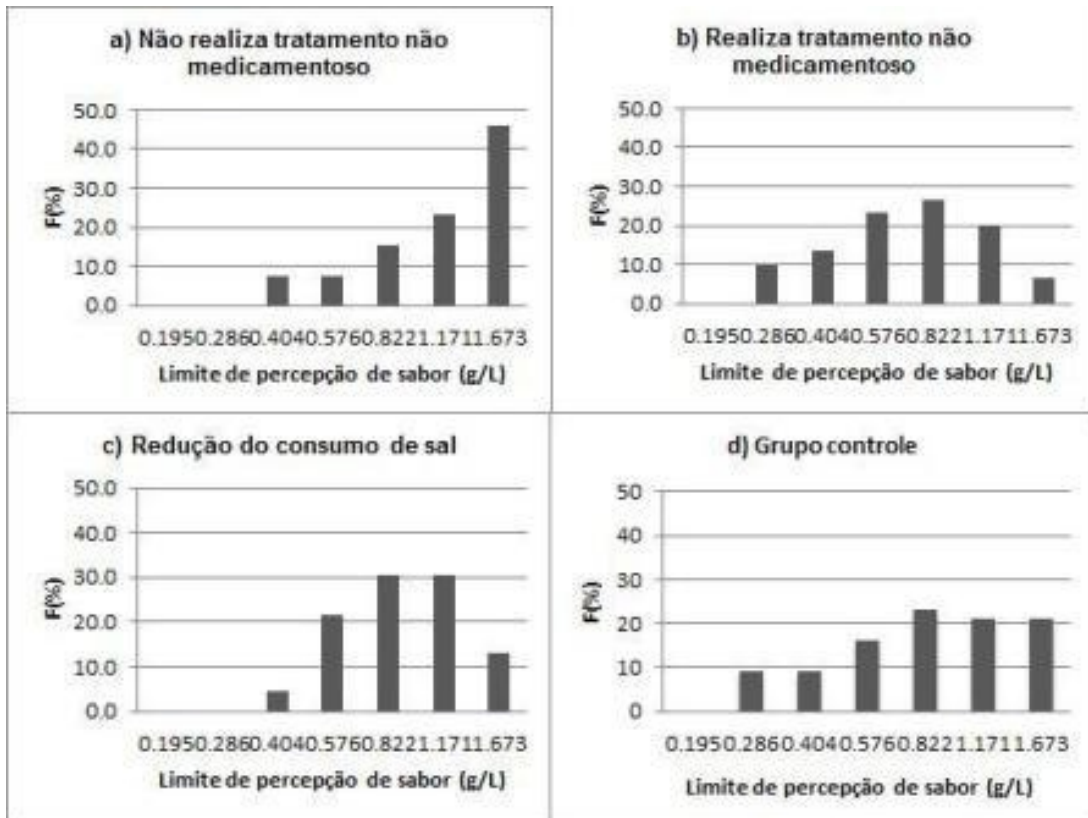
Quanto à percepção de sabor sabe-se que esta é principalmente função das papilas gustativas, mas o odor também contribui fortemente. Além desses, a textura dos alimentos, detectada pelo sentido tátil da boca, e a presença de substâncias que estimulam as terminações nervosas, podem alterar significativamente esta experiência (CULLEN,1999; IAL,2008; BATISTA,2007; MONTEIRO,2009).

Como descrito por Guyton (2006), o sabor salgado é estimulado por sais

ionizados, principalmente por íons de sódio (principalmente os cátions). A qualidade do sabor varia de um tipo de sal para outro.

Ao verificar a alteração do limiar de percepção do sabor salgado com relação à realização ou não do tratamento não medicamentoso, pode-se perceber aplicando o teste de Mann-Whitney que os resultados obtidos apresentam diferença estatística significativa em nível de 5%, com  $p < 0,05$ . Esta diferença também pode ser observada nos gráficos (FIGURA 3) onde a curva obtida no grupo que não realiza o tratamento não medicamentoso (FIGURA 3a) é praticamente crescente e no grupo que diz realizar o tratamento, se aproxima de uma curva de distribuição normal.

**FIGURA 3 – FREQUENCIA RELATIVA DE RESPOSTAS OBTIDAS SOBRE UTILIZAÇÃO DE TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO NO GRUPO DE HIPERTENSOS NO TESTE DE LIMITE DE PERCEPÇÃO DE SABOR SALGADO COM DIFERENTES CONCENTRAÇÕES (g/L)**



FONTE: AAUTORA(2010)

Os mesmos resultados acima quando relacionados com o limite de percepção geral do grupo controle (FIGURA 3 ITEM d) que obteve média do limite de percepção igual à 0,56088g/L, através do teste t percebeu-se que existe diferença estatística significativa entre este limite e o obtido dos pacientes que não realizam a terapia não medicamentosa (1,018g/L), obtendo-se  $p = 0,0008$ . O mesmo não ocorreu com os que

dizem ter algum dos cuidados necessários para auxiliar no tratamento da hipertensão (0,70354g/L), onde p foi igual a 0,12.

A redução de sódio na alimentação é de grande importância para o controle da hipertensão arterial, mas pacientes relatam dificuldades em diminuir a quantidade de sal da comida, já que seu uso é relacionado com a diminuição do prazer no preparo do alimento, tornando-o menos palatável (DALLEPIANE,2004 ; PIRES,2008).

Na análise estatística, o limite de percepção obtido entre as pessoas que reduzem o consumo de sal na alimentação (FIGURA 3-c) foi de 0,70354g/L. Este valor que não apresentou diferença estatística significativa quando relacionado ao grupo controle;  $p > 0,05$  e  $z = 1,43$  no teste de Mann-Whitney, confirmado pelo  $p = 0,1642$  no teste t. Já quando relacionados os resultados das pessoas que realizam a redução de sal, versus as que não realizam, houve diferença estatística significativa a com  $z = 2,01$  (maior que 1,96) e  $p > 0,05$ . Ou seja, o limite de percepção das pessoas que costumam reduzir o sódio na alimentação é menor do que o das que não têm este hábito. Isto pode ser explicado pelo fato das papilas gustativas para o sabor salgado levarem cerca de 3 meses para se adaptar ao novo paladar<sup>28</sup>. Assim, as pessoas adaptadas percebem menores concentrações de sal do que as que costumam consumi-lo em uma quantidade maior.

#### 4. CONCLUSÃO

A associação de hábitos de vida saudáveis já é largamente conhecida no auxílio da hipertensão, que devido à sua dificuldade de controle, tornou-se um grave problema de saúde pública. O custo da restrição de sal na alimentação é muito baixo, além de ser isenta de contra-indicações. Com este trabalho concluiu-se que muitos pacientes já têm consciência da importância do tratamento não medicamentoso, dentre os quais o mais citado foi a redução do sal, seguido de redução de gordura e prática de exercício físico. Ainda existe uma fatia considerável desta população que não realiza nenhuma destas intervenções, quer por não darem a devida importância, quer por não entenderem na íntegra o resultado que se espera do tratamento combinado.

Com a análise sensorial, percebeu-se que o grupo de hipertensos que cuidam da saúde realizando algum destes tratamentos não medicamentosos apresentou uma média de percepção estatisticamente igual ao grupo controle. Isso mostra que a conscientização representada por estas intervenções leva a um maior cuidado com o acréscimo de sal, provavelmente fazendo com que se acostume com uma menor quantidade.

#### 5. REFERÊNCIAS

AMODEO,C. ; LIMA,N. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Medicina**. v.29, p. 239-243, 1996.

---

BATISTA,S. **Influência do índice glicêmico do alimento na Palatabilidade e saciedade: um estudo com mulheres Saudáveis e diabéticas.** 172 f. Tese (Doutorado em Ciência dos Alimentos) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.

BRASIL - Ministério Da Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira. Promovendo alimentação saudável.** Brasília, 2006.

BRASIL - Ministério Da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, n. 15. Brasília, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética, Brasília, v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996.

BRASIL. **Medida provisória nº 474, de 23 de dezembro de 2009.** Dispõe sobre o salário mínimo a partir de 1º de janeiro de 2010 e estabelece diretrizes para a política de valorização do salário mínimo entre 2011 e 2023. Presidência da República. Brasília, 2009.

CAVALINI, L.T. **Hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos: Um estudo do caso- controle.** 108 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 1999.

COELHO,H. **Avaliação dos limiares de detecção dos gostos doce, salga salgado, ácido e amargo em pré do, pré-escolares e escolares.** 130 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2005.

CULLEN,M.; LEOPOLD,D. Disorders of smell and taste. **Otolaryngology for the Internist.** v. 83, n.1, p. 57-74, 1999.

DALLEPIANE,L. **Efeito do uso de condimentos e da participação da família na adesão à restrição de sódio em um grupo de hipertensos.** 118 p. Tese (Doutorado em Medicina e Ciências da Saúde; Área de Concentração em Geriatria) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Faculdade de Medicina. Porto Alegre, 2004.

DATASUS. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em 18 de abril de 2009.

DUTCOSKY,S. **Análise Sensorial de Alimentos**. 2. ed. Curitiba: Ed. Champagnat, 2007.

FUCHS,F.D. TOHP, TONE e outros estudos envolvendo restrição salina, tratamento da obesidade e exercício físico na prevenção e no tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.8, n.2, p.216-20, 2001.

GUYTON, A; HALL, J. **Textbook of Medical Physiology**. 11. ed. Philadelphia: Elsevier Inc., 2006.

HOLLENBERG,N.K. The influence of Dietary Sodium on Blood Pressure. **Journal of the American College of Nutrition**. v.25, n.3, p.240S-46S, 2006.

IAL (Instituto Adolfo Lutz). **Métodos físico-químicos para análise de alimentos**, 4. ed. / 1. ed. digital - São Paulo: Instituto Adolfo Lutz, 2008.

IOP,F. **Percepção de alimentos por consumidores diabéticos**, 160 f. Tese (doutorado em Ciência dos Alimentos) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2008.

LOPES,H.; BARRETO,J.; RICCIO,G.M. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista da Sociedade de Cardiologia**. v.1, p.148-55,2003.

MCCARRON,D.A. Dietary sodium and cardiovascular and renal disease risk factors: dark horse or phantom entry? **Nephrology Dialysis Transplantation**. v.23, p.2133-37, 2008.

MOLINA,C.; CUNHA,R.L.; HERKENHOFF,L.F. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista Saúde Pública**. v.37n.6, p. 743-50, 2003.

MONTEIRO,M. Percepção sensorial dos alimentos em idosos, **Revista Espaço para a Saúde**. v.10, n.2, p.34-42, 2009.

OLMOS,R.; BENSEÑOR,I. Dietas e hipertensão arterial: Intersalt e estudo DASH. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.8, n.2, p.221-4, 2001.

PÉRES,D.; MAGNA,J.; VIANA,L. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças,

---

percepções, pensamentos e práticas. **Revista Saúde Pública**. v.37, n. 5, p. 635-42, 2003

PIRES,C.; MUSSI,F. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial, **Ciência e Saúde Coletiva**. v.13, n.2, p.2257-67, 2008.

SARNO,F. et al Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2002- 2003. **Revista de Saúde Pública**. v.43, n.2, p.219-25, 2009.

SEALS,D.R.; TANAKA,H.; CLEVINGER,C.M. et al. Blood Pressure Reductions With Exercise and Sodium Restriction in Postmenopausal Women With Elevated Systolic Pressure: Role of Arterial. **Journal of the American College of Cardiology**. v. 38, n. 2, p. 506–13, 2001.

SIMONETTI,J.; BATISTA,L.; CARVALHO,L. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v.10, n.3,415-22, 2002.

STRAPASSON,G.C. et al. Percepção de sabor: uma revisão. **Visão Acadêmica**, v.12, n.1, p. 65-73, 2011.