



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

**SEGUIMENTO AMBULATORIAL DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS E
HIPERTENSÃO ARTERIAL: proposta de intervenção**

Fauzer Cury Ochsendorf

Orientador: Carlos Roberto De Castro e Silva

Cristais Paulista, 15 de Janeiro de 2015.

Sumário

1 Introdução	2
1.1 Definição do problema	2
1.2 Justificativa	3
1.3 Revisão bibliográfica	3
2 Objetivo	6
2.1 Objetivo Geral	6
2.2 Objetivos Específicos	6
3 Metodologia	6
3.1 Recursos Necessários	8
4 Resultados Esperados	9
5 Cronograma	9
6 Referências	10

1 Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (1).

Segundo dados nacionais o DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). Situação vivenciada pelo cotidiano ao deparar com vários pacientes portadores de complicações advindas do negligenciado controle destas patologias.

Mediante estudo das principais diretrizes norteadoras do seguimento de pessoas com DM e HAS na atenção básica, identificou-se a necessidade de melhoria no atendimento destas pessoas tendo em vista aumentar a adesão ao tratamento, aperfeiçoar o seguimento clínico com metas terapêuticas adequadas, promover o autocuidado de saúde e facilitar o acesso dos pacientes ao atendimento de qualidade.

Percebeu-se que tais metas só seriam atingidas através da mudança no processo de trabalho da equipe, e como ferramentas foram propostos três subprojetos: Comunicar é progredir; Saúde na hora certa; Hiperdia/Hipernoite; com foco em melhorar o seguimento clínico longitudinal, promover atendimentos em horários flexíveis e acessíveis à população e evitar períodos de espera pelo atendimento, e realização do atendimento dos pacientes em grupo operativo/educativo; respectivamente.

Parte-se da premissa básica de que com o adequado atendimento na atenção primária, com enfoque na promoção de saúde associado à prevenção primária e secundária, haverá redução da morbimortalidade atribuída a complicações destas patologias.

1.1 Definição do problema

Foram observados diferentes problemas no processo de trabalho que tem contribuído para as dificuldades no acompanhamento e no controle das pessoas com HAS e com DM, na Unidade Básica de Saúde João Joaquim Ferreira, do município de Cristais Paulista, SP. Dentre as fragilidades encontradas, destacam-se:

- i. Ausência de triagem dos pacientes em acolhimento de demanda espontânea;
- ii. Pouca disponibilidade de visitas domiciliares;
- iii. Dificuldades no agendamento de consultas, não respeitando a demanda programática;
- iv. Absenteísmo nas consultas programáticas;
- v. Acompanhamento inadequado de pessoas com HAS e DM.

Estes cinco itens foram elencados como pontos cruciais no processo de trabalho, com necessidade de intervenção primária, pois constituem problemas iniciais na entrada e seguimento do paciente dentro do serviço de atenção primária.

Além desses problemas, pode-se destacar ainda a falha nos protocolos de atendimento aos grupos programáticos conforme as orientações dos referenciais de linhas-guias do Ministério da Saúde e também a ausência de grupos operativos.

1.2 Justificativa

A elaboração de um projeto de intervenção para o acompanhamento de pessoas com HAS e/ou DM justifica-se pela possibilidade de redução das complicações advindas de um controle inefetivo, pelo cumprimento aos objetivos preconizados pelo SUS de acesso e resolutividade aos problemas apresentados pelas pessoas e pelo exercício de corresponsabilidade da equipe de saúde.

A equipe se responsabiliza, de forma compartilhada, por conhecer os usuários, compreender suas demandas, tratar e propor, com a participação ativa destes, modos de controlar os seus problemas (2).

O seguimento clínico da pessoa com HAS e DM objetiva através de metas terapêuticas, a prevenção secundária de complicações e a redução da morbimortalidade, pois as doenças cardiovasculares são importantes causas de mortalidade em diversas regiões do mundo. Por exemplo, na região sudeste do Brasil no ano de 2011 a taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório foi de 195,7; sendo que a mortalidade específica atribuída à isquemia miocárdica de 61,9 e a doença cerebrovascular de 54,6 (3).

Em consonância a esta assertiva, o Ministério da Saúde (3) tem dado atenção especial, conferindo à atenção básica a responsabilidade do seguimento clínico destes pacientes, estabelecendo através da estratificação de riscos a quantidade mínima de atendimentos médicos, atendimentos de enfermagem, exames de rotina e exames para investigação de lesão de órgão-alvo (Anexo A). Adicionando qualidade à terapêutica destes pacientes, a linha guia de HAS e de DM, inclui entre os atendimentos programáticos básicos do programa Hipertensão, o atendimento em grupos operativos/educacionais.

Devido à grande demanda da Unidade em questão, é inviável o comparecimento de todas as pessoas com estas condições crônicas em consultas de rotina a cada três meses. Como estratégia, para que este paciente não perca o vínculo terapêutico, propõe-se a implantação de grupos de atendimento trimestrais, o que propicia o contato com a pessoa, a implementação de ações de educação em saúde e a identificação dos pacientes de risco que necessitam de acompanhamento individualizado em consultas médicas e de enfermagem.

1.3 Revisão bibliográfica

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (1)

O diagnóstico clínico da HAS é realizado a partir da aferição da pressão arterial por no mínimo três vezes durante consulta médica, seguindo a padronização de aferição estabelecidas por Brasil (2013 b) e constatado neste procedimento valores de pressão arterial sistólica maiores ou iguais a 140 milímetros de mercúrio (mmHg) e/ou valores de pressão arterial diastólica maiores ou iguais a 90 mmHg.

De acordo com Sociedade Brasileira de Cardiologia (1) a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, e é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média),

chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos.

Em duas metanálises envolvendo estudos brasileiros realizados nas décadas de 1980, 1990 e 2000, apontou-se uma prevalência de HAS de 31%, sendo que entre idosos esse valor chega a 68% (4)

O DM engloba várias patologias relacionadas ao distúrbio metabólico da ação da insulina, gerando como característica principal hiperglicemia, dentre estes distúrbios metabólicos. Classifica-se em diabetes gestacional, diabetes mellitus tipo I, diabetes mellitus tipo II e outros tipos específicos de diabetes (5).

O diabetes tipo I é uma doença autoimune com destruição das células beta pancreáticas, responsáveis pela produção de insulina, gerando assim um déficit de insulina. Este tipo de DM perfaz o total de 5 a 10% de todos os casos de diabetes, sendo mais prevalente na infância ou adolescência. Por outro lado, o DM tipo II é a forma presente em 90 a 95% dos casos diagnosticados de DM, caracterizando-se como um defeito não só na secreção, mas também na ação da insulina, o que faz com que as pessoas apresentem resistência dos tecidos periféricos à ação da insulina, sendo este mecanismo de resistência desencadeado pela presença nestes pacientes de gordura visceral centrípeta, o que se associa ao sobrepeso ou obesidade. Quanto as suas consequências, o DM não fica aquém da HAS, porque apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida, sendo uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, perda da visão e doença cardiovascular (6)

O DM tem apresentado menor incidência se comparado à HAS, entretanto, há ascensão crescente da prevalência devido ao crescimento e envelhecimento populacional, à maior urbanização, à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como a maior sobrevida dos pacientes diabéticos (5).

Destaca-se ainda, que a falta de ações de prevenção secundária faz com que devido às complicações, uma parcela importante dos óbitos em indivíduos com diabetes seja prematura, ocorrendo quando ainda contribuem economicamente para a sociedade. Estudo em nível experimental e observacional apresentado pela Sociedade Brasileira de Diabetes (5) revela que o controle glicêmico e metabólico do diabetes previne o surgimento ou retarda a progressão de suas complicações crônicas, particularmente as micro angiopatias.

A análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com DM mostra a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas e de suas famílias, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida (7).

É incontestável que o controle da HAS e do DM é responsável por grande impacto positivo na redução da morbimortalidade da população do país; por isso as ações da atenção primária devem se dividir entre a prevenção primária e a secundária. A prevenção primária objetiva redução de fatores de risco responsáveis pela instalação do quadro patológico, que para estas patologias inclui mudança do estilo de vida através do controle da obesidade, cessar o tabagismo, prática de atividade física, dieta balanceada, entre outros hábitos saudáveis. A prevenção secundária foca no diagnóstico precoce, adesão ao tratamento, metas terapêuticas rigorosas, seguimento clínico adequado, e qualquer outra atividade que vise a terapêutica otimizada para redução de riscos e lesões de órgãos alvo (8).

Para guiar os profissionais de saúde no seguimento clínico dos pacientes, o Ministério da Saúde divulga sistematicamente protocolos de

atendimento contemplando as situações clínicas de maior impacto na saúde pública de nosso país. O protocolo de atendimento aos pacientes com DM e HAS estão definidos na linha-guia Saúde do adulto que contempla o Programa Hiperdia e preconiza dentre várias ações a participação dos pacientes em grupos operativos/educacionais (7).

A teoria de grupo operativo foi desenvolvida na década de 1940 por Pichon-Rivière, psiquiatra e psicanalista argentino, e trata-se de um conjunto de pessoas, ligadas no tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propunham, explícita ou implicitamente, a uma tarefa, interagindo em uma rede de papéis com o estabelecimento de vínculos entre si. O grupo operativo constitui uma modalidade de processo grupal que, em princípio, deve ser: dinâmico - permitindo-se o fluir da interação e da comunicação para fomentar o pensamento e a criatividade; reflexivo - uma parte da tarefa é a reflexão sobre o próprio processo grupal, particularmente quando se trata de compreender os fatores que obstruem a tarefa; e democrático quanto à tarefa - o grupo origina suas próprias ações e pensamentos, em um princípio de autonomia (9).

Na psicologia, assistência social, enfermagem, dentre outras, os profissionais tem oportunidade de atuar como coordenadores de grupos, e o termo grupo operativo vem sendo muito usado na área da saúde, contudo este termo não segue as premissas da teoria de Pichon-Rivière. Na maioria das situações este termo é usado apenas para diferenciar a atividade desses grupos em relação aos grupos de aprendizagem, também chamados de grupos de psicoeducação. Enquanto os grupos operativos são dinâmicos e ativos nas relações interpessoais, estabelecendo vínculos e metas ao grupo; os grupos de aprendizagem são passivos na aquisição de conhecimento e no processo ensino-aprendizagem.

Os grupos operativos sempre visam “operar” em uma determinada tarefa – a aprendizagem, e podem ser divididos em quatro subtipos: ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos. Já os grupos psicoeducativos seriam uma forma de terapia grupal onde está presente uma meta terapêutica, como o alívio ou eliminação de sintomas, o desenvolvimento de comportamentos mais saudáveis, o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal; O autor ressalta que o grupo operativo também podem ser psicoeducativo, se a “cura” é o objetivo ou tarefa do grupo (11).

A dinâmica de grupo estimula a relação interpessoal entre pacientes e profissionais de saúde, facilita a discussão entre pessoas com os mesmos objetivos, possibilita troca de informações, os integrantes trocam experiências comuns que auxiliam no entendimento da doença, permitindo expressar dúvidas e expectativas possibilitando o apoio mútuo; além de estimular o indivíduo a refletir sobre a adoção de um estilo de vida mais saudável e facilitar a construção do conhecimento (11).

A experiência de Amaral, Hakme e Souza (12) que conduziram atividades em grupo em uma comunidade no Rio de Janeiro é expressada no seguinte trecho:

O grupo ao introduzir um grau de exigência induz à participação dos membros, à inter-relação entre fatores subjetivos e objetivos, à dinamização de sua comunicação, de cooperação e autonomia. O grupo visa não apenas compreender as suas condições de saúde/doença dos sujeitos envolvidos, mas também dar respostas criativas às suas necessidades. Desempenha um papel educativo, constitui um espaço aprendizagem, envolvendo a elaboração dos significados, sentimentos e relações.

São estes benefícios das atividades em grupo que devem ser aproveitadas no âmbito da saúde facilitando o processo ensino-aprendizagem,

estimulando o autocuidado e o empoderamento dos pacientes por sua condição de saúde e terapêutica.

2 Objetivo

2.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção na UBS João Joaquim Ferreira, localizada no município de Cristais Paulista, SP, por meio da proposta de atendimento e acompanhamento coletivo das pessoas de diferentes faixas etárias, com diagnóstico prévio de HAS e DM.

2.2 Objetivos Específicos

Como metas secundárias pretende-se reduzir as taxas de abandono ao tratamento, promover educação em saúde, facilitar a aquisição da receita médica para que os pacientes não fiquem sem medicação em prazo de um ano.

3 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção pautado na necessidade observada no Centro de Saúde João Joaquim Ferreira, no município de Cristais Paulista, SP, a ser implementado no período de um ano das atividades do médico cedido a esta unidade de saúde através do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) no ano de 2014.

Em observação clínica do cotidiano foi detectada inadequação no seguimento clínico das pessoas com doença crônica de modo geral, em destaque com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

A proposta de intervenção é constituída por três subprojetos, e, a elaboração destes foi fundamentada nas necessidades e realidade da população adstrita e nas diretrizes das linhas guia do Ministério da Saúde sobre DM e HAS. O grupo educativo/operativo fundamentar-se-á na teoria de grupo operativo de Pichon-Rivière.

Para a elaboração do referido projeto, foram cumpridas diferentes etapas, as quais estão descritas abaixo:

Inicialmente foram elencadas as dificuldades enfrentadas pela UBS por meio da observação diária da rotina da Unidade.

A questão do inadequado acompanhamento das pessoas com HAS e DM foi avaliada como prioritária, por ser um problema que já se arrasta ao longo de anos; que atinge uma parcela importante da população cadastrada e que apresenta consequências graves à população devido as inúmeras consultas nas unidades de pronto atendimento, internações na Santa Casa de Misericórdia e complicações secundárias (acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio).

Estabeleceu-se como critérios de inclusão aos grupos: limites de idade (até 60 anos), número de medicações em uso (até quatro medicações), controle ou não da comorbidade avaliada pelas consultas anteriores, pois vários pacientes encontravam-se afastados do seguimento clínico preconizado pelo Ministério da Saúde nos cadernos de atenção básica à saúde (Brasil, 2013 a, b) sendo

necessárias reavaliações dos casos. Os pacientes que não enquadravam-se nos critérios para o grupo devido à complexidade do quadro ou fuga do perfil epidemiológico, serão convidados a uma reavaliação em consulta individualizada para singularização do atendimento e posterior inserção no grupo. Optou-se pela não estratificação de risco, pois a mesma se encontra desatualizada e em processo de reavaliação pela equipe.

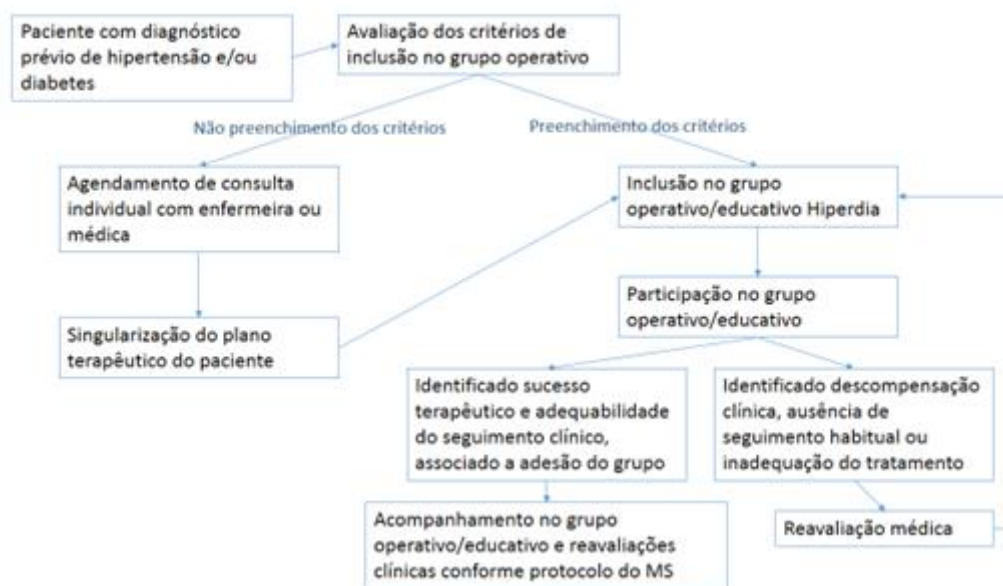
Dentre as atribuições dos integrantes da equipe, cabem à enfermagem as aferições de pressão arterial e de glicemia enquanto aborda a adesão do paciente à terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, a médica avaliar a necessidade de acompanhamento individualizado às pessoas estratificadas como de risco; e à equipe, conduzir o grupo operativo.

A partir desta definição, nos primeiros convites para o grupo, intitulado Grupo Hiperdia, foi identificado que muitas pessoas estavam sem acompanhamento, não só pela indisponibilidade de consultas, mas também porque os horários ofertados para o atendimento não eram compatíveis com seus horários livres.

Sendo assim, foi sugerida a criação de um grupo Hiperdia com encontros agendados fora do horário de expediente, proposta apresentada à Coordenação de Saúde e que recebeu a devida autorização.

Os encontros serão realizados no espaço físico da UBS destinado às reuniões de equipe. Os participantes convidados serão acolhidos, e em seguida o paciente será recepcionado pelo serviço de enfermagem, que, em consulta avaliará a adesão à terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, e em seguida a pressão arterial e glicemia capilar, registrando em local específico no prontuário do paciente. Na sequência, um dos profissionais da equipe iniciará uma roda de conversa sobre um tema conflituoso responsável pela não adesão ao tratamento e autocuidado, conforme o fluxograma apresentado na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma do Grupo Operativo Hiperdia



A duração dos encontros estão programadas para um período em torno

de 30 minutos a uma hora, dependendo da motivação do grupo. Na sequência, serão fornecidas receitas das medicações anti-hipertensivas e/ou hipoglicemiantes de uso contínuo dos pacientes, reagendada a próxima reunião do grupo e para as pessoas com índices pressóricos ou glicêmicos acima dos parâmetros preconizados por Brasil (7) ou exames de rotina em atraso, serão agendadas consultas programáticas.

Em um primeiro momento, serão criados três grupos diurnos e um grupo noturno. Os grupos diurnos contarão com 15 pessoas e o grupo noturno com 30 pessoas, devido a menor frequência dos encontros.

Segue-se com a execução da atividade observando seu impacto na qualidade do seguimento clínico da população.

Tabela 2: Plano Operativo

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Comunicar é progredir	Melhorar a comunicação por meio de prontuários adequados	Desenvolver protocolos de atendimento	Médico em associação com médicos da UBS	Início em 3 meses
		Solicitar auxílio do setor de tecnologia de informação	Enfermagem	Início em 1 mês
Grupo Hiperdia-hipernoite	Atender a população em horário mais oportuno, reduzindo o absenteísmo	Apresentar o projeto ao secretário municipal de saúde e sua equipe para aprovação	Enfermagem	Início em 2 meses
		Organizar o grupo de pacientes por critérios pré-estabelecidos	Equipe de Saúde	Início em 2 meses
		Início das atividades de educação em saúde com os grupos	Médico e enfermagem	Início em 2 meses e meio
Saúde na hora certa	Evitar a fila de espera por consultas diariamente		Equipe de Saúde	Início imediato

3.1 Recursos Necessários

Tabela 3: Proposta de projetos

Nós críticos	Operação / Projeto	Resultados esperados	Recursos necessários
Ausência de	COMUNICAR	Permitir que a	Financeiro – melhoria dos

acompanhamento longitudinal	É PROGREDIR	comunicação adequada entre os membros da equipe e relatos nos prontuários facilite o acompanhamento longitudinal dos mesmos	computadores da unidade para efetiva digitalização dos prontuários Organizacional – estruturação do tempo para que o prontuário seja preenchido na íntegra Cognitivo – uso de consultas dirigidas para os grupos programáticos
Horários não flexíveis	GRUPO HIPERDIA HIPERNOITE	Realizar atendimento em grupo de pessoas com DM e/ou HAS em horários extra turno	Financeiro – autorização da coordenação para horas extras de funcionários Organizacional – mobilização da população
Longo período de espera	SAÚDE NA HORA CERTA	Agendar consultas por horários fragmentados e oportunos	Organizacional – adequação da agenda de atendimentos e trabalho de conscientização da população

4 Resultados Esperados

Tabela 4: Viabilidade dos projetos

Operações/projetos	Recursos críticos	Ações estratégicas
Comunicar é progredir	Cognitivo – desenvolvimento de atendimentos padronizados para os grupos programáticos a exemplo do que se desenvolve para as crianças Financeiro – mobilizar o setor de tecnologia de informação para melhoria dos computadores da unidade para que o programa de digitalização de prontuários e atendimentos funcione na íntegra	Desenvolver protocolos de atendimento em grupo Fazer solicitação protocolada para avaliação do material e melhoria com recursos destinados a este setor
Grupo hiperdia-hipernoite	Financeiro – autorização da coordenação de saúde permitindo o trabalho da equipe ou parte dela fora do horário de expediente como horas extras trocadas por folgas ou pagamento salarial	Apresentar o projeto ao secretário municipal de saúde e sua equipe para aprovação
Saúde na hora certa	Organizacional – conscientização da população que não é necessário chegar de madrugada na unidade para garantir o atendimento ou ser o primeiro a ser atendido	

5 Cronograma

Atividades	Mar. 2014	Abr. 2014	Mai. 2014	Jun. 2014	Jul. 2014	Ago. 2014	Set. 2014	Out. 2014	Nov. 2014	Dez. 2014	Jan. 2015	Fev. 2015
Elaboração do projeto												
Entrega do projeto												
Pesquisa bibliográfica												
Coleta de dados												
Discussão e Análise dos Resultados												
Revisão final e digitação												
Entrega do trabalho final												
Socialização do trabalho												

6 Referências

1 Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretriz Brasileira de hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão, 2010: 7-10.

2 Werneck, MAF; Faria, HP; Campos, KFC. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Coopmed; 2009.

- 3 Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos - Brasil - 2012, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>. Acesso em: 06 jan. 2014.
- 4 Picon, RV et al. Trends in Prevalence of Hypertension in Brazil: a Systematic Review with Meta-Analysis. PLoS One, 2012; 7.
- 5 Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009. 3 ed. Itapevi: [s.n.]; 2009.
- 6 Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte: SAS/MG; 2006.
- 7 Brasil. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a.
- 8 ALMEIDA, L. M. D. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Lisboa, jan./jun. 2005; 23; 91-96.
- 9 BRASIL. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b.
- 9 Soares, SM; FERRAZ, AF. Grupo operativos de aprendizagem nos serviços de saúde. Revista de Enfermagem, mar. 2007; 52-57.
- 10 Zimerman, DE. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. Vínculo; 2007.
- 11 Torres, HC; Hortales, VA.; Schall, V. A experiência de jogos na educação em saúde para diabéticos. Caderno de saúde pública, jul.-ago. 2013; 1039-1047.
- 12 Amaral, MIB.; Hakme, PM; Souza, RG. Grupo operativo/reflexivo de educação em saúde na comunidade das vilas operárias de Vila Isabel. Site do CIBS, 25 novembro 2013. Disponível em: <<http://www.cibs.cbciss.org/arquivos/GRUPO%20OPERATIVO%20REFLEXIVO%20DE%20EDUCACION%20EN%20SALUD.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2014.