



O território como base para a intervenção em saúde

Melissa dos Reis Pinto Mafra¹ - mrpmafra@yahoo.com.br

Maria Marta Nolasco Chaves² - mnolasco@terra.com.br

Ingrid Margareth Voth Lowen³ - pilowen@gmail.com

Jaqueline de Camargo⁴ - jaquecam@gmail.com

RESUMO:

Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo, ancorada na Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESEC). O objetivo é descrever o território de uma Unidade de Saúde com Estratégia de Saúde da Família, situada na região norte do município de Curitiba, por meio de visitas ao território para identificação das situações de risco. O território pode ser visto como processo dinâmico de relações e expressões do processo saúde-doença. O resultado permitiu avaliar este processo, por meio dos determinantes de saúde encontrados, como moradia precária, falta de asfalto/esgoto, entre outros. Avançar na apropriação do território a partir de uma análise da situação de vida e saúde da população que permitirá elaborar um projeto de intervenção em saúde para a transformação da realidade.

PALAVRAS-CHAVE:

Territorialidade. Atenção primária à saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT:

It is an exploratory qualitative research study grounded on the Theory of Praxis Intervention in Collective Health Nursing (TIPESEC in Portuguese). This study aims to describe a Health Unit area

1 Enfermeira. Mestranda Enfermagem UFPR. Especialista em Saúde Coletiva e enfermagem do trabalho. Enfermeira Prefeitura Municipal de Curitiba.

2 Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

3 Enfermeira. Mestranda Enfermagem UFPR. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Enfermeira Prefeitura Municipal de Curitiba.

4 Enfermeira Santa Casa de Misericórdia de Curitiba.

coverage from the Family Health Strategy Program located in the north of Curitiba municipality/ Brazil, through visits to the territory for the identification of high-risk situations. The area coverage can be viewed as a dynamic process of relations and expressions in the health-disease process. The results allowed to evaluate this process through health determinants found as poor housing, lack of asphalt /sewage, among others. Must be overcome in order to advance in its control from an analysis of the health and life status, will draft a health intervention for the transformation of reality.

KEYWORDS:

Territoriality. Primary Health Care. Family Health.

1 Introdução

O conceito de território em saúde se atribui ao movimento da reforma sanitária brasileira e a prática sanitária fundamentada neste conceito denomina-se processo de territorialização (MONKEN, 2008). Este pressuposto está referendado na reorientação do modelo de saúde pública brasileira após a Constituição Federal de 1988, o qual é baseado na organização de serviços locais de saúde no território mais próximo dos seus usuários.

No ano de 1991 o Ministério da Saúde instituiu o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como uma estratégia para viabilizar a transição do modelo assistencial à saúde que, historicamente, esteve centrado no indivíduo com ação curativa individual (MIN. DA SAÚDE, 2011).

Em 1994, foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), passando a ser chamado a partir de 2006 de Estratégia Saúde da Família (ESF), por entender este como um meio estratégico para o Ministério da Saúde organizar a atenção básica, a qual está fundamentada nos princípios básicos do SUS - integralidade, qualidade, equidade e participação da comunidade (MIN. DA SAÚDE, 2011).

A organização de rede de serviços descentralizada e hierarquizada fundamentou a proposta da ESF, a qual orienta a realização do atendimento das equipes de saúde no limite territorial estabelecido, sendo estes serviços compreendidos como uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde (SANTOS, 2009), havendo a necessidade da delimitação do espaço geográfico e a identificação da população moradora, sobre a qual este serviço será responsável. Com este processo inicial se tem-se o que se denomina área de abrangência e população adscrita de uma Unidade de Saúde, no caso, o território.

Em um território de um distrito sanitário ou de um município tem-se a caracterização de uma população e seus problemas de saúde a serem enfrentados pela interação dos serviços de nível local, as unidades de saúde, permitindo assim verificar qual o impacto das ações desenvolvidas junto à população (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Nas unidades de saúde, frequentemente se depara com mapas figurativos da sua área de abrangência e se identifica a subárea de cada equipe. Esta representação gráfica tem, em si, poucos elementos que permitem tomadas de decisão das equipes de saúde, pois a falta de dados sobre a vida naquele território, assim como dos problemas de saúde, leva os profissionais a se prenderem às orientações dos programas de saúde para o desenvolvimento de suas ações (FARIA; BORTOLUZZI, 2009).

Muitas vezes a falta de compreensão sobre como os moradores conseguem se organizar no seu cotidiano com os seus problemas de saúde permite aos profissionais orientar e prescrever intervenções que não são possíveis de serem executadas. Estas são situações que contribuem para o abandono ou não adesão ao tratamento.

A compreensão do território como um espaço político, administrativo, histórico e social permite à equipe elaborar uma gestão territorial para propor ações integradas que contemplem a articulação com os demais setores daquele espaço, seja este relacionado à educação, moradia, saneamento básico, transporte entre outros (FARIA; BORTOLUZZI, 2009).

A apreensão e a compreensão do território, em que pese toda a sua riqueza e complexidade, sinalizam uma etapa primordial para caracterização descritiva e analítica das populações e seus problemas de saúde. Acrescenta-se a esta caracterização como este território é percebido pela comunidade, principalmente no que se refere aos problemas de saúde e suas determinações (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

Assim o território deve ser visto como processo dinâmico de relações e expressões do processo saúde-doença, devendo ser superada a lógica de que o processo de territorialização está relacionado ao número de pessoas ou famílias por Agente Comunitário de Saúde (ACS). Neste sentido, para se avançar na apropriação do território a partir de uma análise da situação de saúde da população é necessário fundamentar a assistência à saúde com referenciais que permitam a compreensão da determinação do modelo econômico, social, político e cultural sobre o processo saúde doença da coletividade.

Considera-se que as ações de saúde a partir da compreensão de território, conforme referendado anteriormente, não terá solução para todos os males da saúde pública, mas considera-se que o mesmo deve ser utilizado sempre que investigação/ação envolver grupos sociais (FARIA; BORTOLUZZI, 2009; SILVA et al., 2010).

Assim, o objetivo deste documento é descrever o território de uma Unidade de Saúde nas dimensões histórica, política, geográfica e administrativamente, como base para intervenção em saúde.

2 Metodologia

Este estudo é classificado como qualitativo de caráter exploratório, realizado no primeiro semestre de 2012, em uma Unidade de Saúde do Distrito Sanitário Boa Vista (DSBV), com Estratégia Saúde da Família, no município de Curitiba/PR. O local de estudo vem sendo utilizado como campo de aulas práticas do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, o que permitiu um aprofundamento sobre o território de prática dos alunos e do professor titular da disciplina. Visando o aprofundamento na exploração do objeto delimitado, a pesquisa foi ancorada na Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) (EGRY, 1996).

Esse método está fundamentado no Materialismo Histórico Dialético (MHD) que compreende os fenômenos de saúde como resultado da organização social para a produção/consumo, pois é dela que dependem os seres humanos para suprirem suas necessidades. As transformações no modo de produção e, conseqüentemente, de reprodução social em uma determinada sociedade em um momento histórico, determinam as transformações na saúde humana (CHAVES; PERNA, 2008).

A proposta metodológica da TIPESC é composta de cinco etapas, sendo estas: captação da realidade objetiva, interpretação dos dados coletados sobre a realidade objetiva, construção do projeto de intervenção com vistas a modificar a realidade, intervenção na realidade e reinterpretção da realidade. No presente estudo foram realizadas as duas primeiras etapas- captação da realidade objetiva e interpretação dos dados.

Os dados foram coletados por meio de vinte visitas ao território com observação estruturada. O objetivo das observações foi de identificar suas características geográficas, políticas e de ocupação do território.

As observações foram realizadas por meio de idas aos espaços públicos, tais como: ruas, praças e terrenos baldios. Nestes momentos os pesquisadores registraram em um mapa do território informações que permitissem posteriores discussões para a caracterização local. Além do uso dos mapas foram utilizados diários de campo pelos dez pesquisadores envolvidos no processo.

No período de coleta de dados se identificava a localização dos dados levantados em cada rua, e assim, se redesenhava o território. Esta última fase foi realizada por meio de duas oficinas com a presença de todos os pesquisadores envolvidos. Nestas oficinas se discutiu sobre as informações coletadas, assim como sobre a uniformização dos registros dos dados.

De acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde, a proposta de pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa

para exame laboratorial, coleta de material para exame citopatológico, ações de vigilância epidemiológica, encaminhamento para internamento e consultas especializadas, assim como desenvolvimento de grupos de educação em saúde para diversos segmentos populacionais. O atendimento à população ocorre de 07:00 às 17:00 horas, de segunda a sexta-feira.

A Unidade de Saúde ainda conta com profissionais de outras categorias, como: psicólogo, fisioterapeuta, educador físico, nutricionista e farmacêutico, que integram a equipe multidisciplinar do Núcleo de Apoio à Atenção Primária à Saúde - NAAPS. Estes profissionais realizam consultas pré-agendadas pela equipe ESF, conforme os dias em que permanecem na unidade, pois os mesmos profissionais atendem nas 3 Unidades de Saúde ESF do Distrito Sanitário Boa Vista.

A equipe de saúde ESF da unidade conta também com o apoio da Fundação de Ação Social - FAS, nas questões relacionadas a famílias que vivem em risco social, casos de desemprego, violência intradomiciliar, não acesso à alimentação, crianças fora da escola e risco habitacional.

Cabe destacar que existe atendimento prestado à população alvo por meio de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças junto aos grupos populacionais que se encontram nas creches, escolas e projeto Piá (onde são realizadas atividades de contra turno para crianças matriculadas na escola municipal da região), as quais estão presentes no território. Esta intervenção é de natureza intersetorial e multiprofissional.

Quadro 1: Número de funcionários por categoria profissional na Unidade de Saúde Engenheiro Luiz Lazof (Vila Esperança), Curitiba-PR, 2012.

Fonte: Autores, 2012

Notas: (*) Uma enfermeira estava em processo de aposentadoria; (**) considerou-se todos como auxiliares de enfermagem porque este é o cargo existente na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, assim os profissionais não foram diferenciados na qualificação de técnico ou auxiliar.

QUANTIDADE	PROFISSIONAL
01	AUTORIDADE SANITÁRIA LOCAL
03	MÉDICO
03	ENFERMEIRA*
10	AUXILIAR DE ENFERMAGEM**
04	CIRURGIÃO DENTISTA
01	TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL (THD)
05	ATENDENTE DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO (ACD)
02	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
12	AGENTE COMUNITARIO DE SAÚDE (ACS)
02	SERVIÇOS GERAIS (terceirizados)

Os profissionais descritos no Quadro 1 subdividem-se em três subequipes, cada uma destas é responsável por uma área correspondente no território adscrito. A divisão visa promover a organização da assistência à saúde para a população da área de abrangência, bem como tornar os profissionais referência para a população e responsabilizar os profissionais pelos problemas de saúde da população sob seus cuidados. Cada uma dessas áreas ainda é subdividida em quatro micro áreas, o que facilita a localização de micro áreas com situações de risco à saúde e a organização de ações que possam promover mudanças efetivas naquelas realidades.

O processo de trabalho na Unidade de Saúde se desenvolve de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde, alicerçada nos pressupostos da Estratégia Saúde da Família, o qual referencia um modelo assistencial fundamentado na promoção de condições adequadas de vida por meio de ações que visam o atendimento das necessidades em saúde do usuário no seu ambiente, ou seja, em sua residência e na comunidade.

A organização do trabalho na Unidade ocorre nos limites e possibilidades da realidade do serviço de saúde. Visto que, este modelo busca romper com a organização do serviço centrada na ação do médico e passa a ser planejado por toda a equipe, respeitando uma escala ou agenda dos profissionais. Estas escalas são organizadas de diferentes formas, sendo uma diária para a

divisão entre atividades dos funcionários com cargos semelhantes; semanal para a distribuição dos funcionários nos atendimentos aos programas e mensais para a demarcação de reuniões de equipe.

Esta organização sofre a influência da divisão do território e de suas áreas de abrangência, já que esta resulta na formação de subequipes de trabalho. Percebe-se que a dinâmica na organização do trabalho modifica-se conforme a condução do mesmo e do atendimento às necessidades em saúde da população, tal mudança tem como parâmetro de avaliação os índices epidemiológicos e populacionais.

O controle social local é realizado por meio das associações existentes no território. A representação é exercida pelos presidentes de cada associação e a participação em cada associação é aberta à comunidade de referência. Nas reuniões realizadas pelas associações são levantados os problemas da população, e posteriormente encaminhados aos vereadores ou prefeitura. Destacam-se três associações de moradores na Vila Esperança, que se caracterizam como as mais atuantes no território.

A Associação de moradores 1 é composta pela comunidade da área alta deste território, existe há 30 anos com a mesma liderança, que atualmente é a presidente do Conselho Local de Saúde. Esta associação realiza reuniões semanais e conforme necessidade na sua própria sede. É a única associação que tem um espaço próprio para promover atividades comunitárias.

A Associação de moradores 2 representa os moradores da área localizada no meio do território da Vila Esperança. O presidente atual está em seu terceiro mandato e participa como vice-presidente do Conselho Local de Saúde. As reuniões dessa associação são realizadas no espaço da Igreja Católica da comunidade que se localiza na área mais alta do território. O líder comunitário relatou a dificuldade de realizar reuniões periodicamente com a comunidade. Neste sentido, uma das lutas dessa associação é a reivindicação de um local próprio.

A Associação de moradores 3 é composta pelos moradores da área baixa (área de fundo de vale). A presidente desta associação está em seu segundo mandato. As reuniões da comunidade são realizadas na residência da presidente e a periodicidade destes encontros é mensal. Para estimular maior participação da comunidade a presidente oferece lanche durante as reuniões.

3.2 Caracterização do território

O território da Vila Esperança é dividido em três áreas. Uma delas se localiza em uma região alta topograficamente, formada por um conjunto de residências tipo COHAB que possuem: água, luz, sistema de esgoto, coleta de lixo regular, sistema de iluminação, asfalto e calçamento.

A parte média da Vila Esperança é formada por casas construídas posteriormente ao conjunto residencial, onde a infraestrutura apresenta algumas deficiências, e por último a parte baixa, localizada na área de fundo de vale, sendo considerada uma área irregular para habitação, segundo a legislação ambiental federal.

Esta área conta com uma mínima infraestrutura e apresenta: residências em precárias condições para a moradia; presença de lixo nas ruas, no rio e no terreno das casas; ruas sem asfalto; falta de iluminação pública; rede de esgoto e criadouro de animais de pequeno porte, como por exemplo galinheiros.

Ao caminhar pelas ruas notam-se muitos bares, como também pontos de comercialização de drogas ilícitas, assim como locais para venda informal de produtos alimentícios, sem supervisão/autorização da vigilância sanitária.

Há uma grande quantidade de terrenos baldios limpos e sujos que podem trazer como consequência problemas de saúde a população. As áreas de lazer encontradas são poucas com relação à área geográfica e não são locais seguros para crianças e adolescentes, pois há presença de lixo e restos de construção ou sinais de lixo incinerado.

Existem algumas microempresas no território, onde observa-se a falta de uso de equipamentos de proteção individual (EPI) pelos funcionários, e ainda, que a atividade ali realizada também pode vir a causar problemas ambientais e para a saúde dos indivíduos que moram próximos aos locais. Já nas grandes empresas presentes no território não se teve acesso para verificação dos cuidados de saúde do trabalhador, assim como não se pôde observar se a atividade ali realizada ocasiona problemas para a saúde da população local.

Estabelecimentos comerciais com atividades de estética, salões de beleza e tatuadores, também foram encontradas na área, porém não se percebeu nenhuma ação da vigilância sanitária junto a estes estabelecimentos.

Com relação à escola que existe na comunidade, foi identificado que esta atende a população até o ensino fundamental incompleto (da creche à 5ª série), ao ingressar na 6ª série ou no ensino médio os alunos são obrigados a se deslocar para escolas que se encontram fora da comunidade, presentes em bairros próximos ou mesmo no município de Colombo. Na rede de serviços locais, a comunidade conta com a Fundação de Ação Social (FAS) por meio do CRAS, que oferece alguns cursos profissionalizantes, nos quais muitas vezes sobram vagas por não haver demanda.

4 Discussão

O local estudado está inserido em um dos Distritos Sanitários do município de Curitiba, concretizando a diretriz de descentralização dos serviços de saúde. Neste sentido, permite o acesso da população às ações de saúde que a Unidade de Saúde promove. Além disso, a unidade faz parte da ESF, a qual permite maior vinculação e direcionamento das intervenções em saúde, conforme necessidade da população adscrita.

A construção da nova área física da US permitiu significativa melhora na qualidade do serviço prestado, devido às melhores condições para o trabalho da equipe de saúde, melhor organização das atividades e espaços mais adequados para o atendimento.

Com relação à participação popular em saúde foram identificadas as três associações de moradores que tentam ser representativas, mas o relato dos presidentes permitiu perceber que não há uma participação popular efetiva, pois nem sempre conseguem realizar reuniões com seus associados para as devidas consultas. Tal situação em duas delas fica agravada pela não existência de sede própria para as atividades.

Quanto às condições de moradias e infraestrutura nas áreas, percebeu-se o início de uma urbanização do local, pois as casas seguiam um padrão e tinham condições sanitárias adequadas, até que parte da região passasse a ter locais de ocupação irregular, em especial na área de beira rio, onde há precárias condições de moradia, falta de pavimentação e esgoto a céu aberto.

Atualmente, muitas cidades/bairros são reflexos das formas irregulares de trabalho, causando efeitos mosaicos, onde não há planejamento na elaboração da estrutura para a população local (RIZEK, 2012). Este efeito mosaico pode ainda ser agravado no local pela falta de uma política governamental que leve moradia de baixo custo para aquela comunidade. Outra questão relevante foi a observação de grande quantidade de terrenos baldios, o que facilita o uso do espaço para atividades relacionadas ao uso e comercialização de drogas ilícitas.

A existência de um número significativo de postos de venda de bebidas desencadeia outras reflexões, tais como, o alto índice de pessoas com dependência do álcool morando no território e a violência nos locais de venda e muitas vezes nos domicílios. Todas estas questões se relacionam à determinação de fenômenos que necessitam da intervenção dos profissionais de saúde.

Com relação aos aparelhos de educação no território se percebeu que há dificuldade para o acesso aos estudos nesta população, pois só existe uma escola que desenvolve as primeiras séries do atual ciclo de ensino, de 1ª à 5ª série. Tal fato leva a população a buscar escolas em territórios vizinhos. Entende-se que a falta de escolaridade potencializa o aparecimento de problemas de saúde, uma vez que a não compreensão sobre as orientações de cuidados e tratamentos remete ao abandono ou uso incorreto de determinadas tecnologias para a saúde (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

A Constituição de 1988 referenda que para o pleno desenvolvimento da pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, está relacionada ao tempo mínimo de estudo, o qual seria de oito anos. Sendo assim a situação descrita no território estudado não favorece o tempo mínimo estipulado, ocorrendo grande número de evasão escolar e não permite conclusão dos estudos na idade adequada (CASTRO, 2009). Destaca-se que somada

a esta situação há a dificuldade de encontrar trabalho pelo não preparo para o mesmo, o que é determinante para o não acesso ao trabalho e renda, conseqüentemente a população é levada ao uso de moradias precárias, não acesso à alimentação, entre outros problemas.

No território, está presente o serviço de assistência social, prestado pelo CRAS, um dos serviços ofertados é o programa do menor aprendiz, porém um dos requisitos para o ingresso do adolescente é estar cursando o ensino regular.

A atividade de lazer trata-se de toda atividade onde a pessoa de livre vontade pode repousar, se divertir ou se entreter, após se livrar das obrigações diárias, porém no contexto da globalização, muitos adolescentes estão mais voltados para as redes sociais e televisão, embora haja adolescentes que participem de atividades junto a seus pares na rua, como por exemplo para jogar bola, porém no território estudado percebemos a presença de poucos locais para estas atividades (PFEIFER; MARTINS; SANTOS, 2010).

5 Conclusões

O presente estudo permitiu conhecer como se dá o processo de territorialização e a sua importância para o planejamento das intervenções junto à população adscrita. Pode-se contudo confeccionar um mapa inteligente, onde foram apontadas as potencialidades e fragilidades do território.

Ao se elaborar e refletir sobre ao processo de territorialização em uma área de abrangência de uma Unidade de Saúde pode-se afirmar que há necessidade de se desenvolver uma discussão junto às equipes de saúde, assim como junto às populações que estão sob a responsabilidade destes profissionais para que estes sujeitos se apropriem do conhecimento sobre a determinação da realidade de saúde encontrada no território.

Ao se discutir tal processo será possível elaborar um projeto de intervenção em saúde para a transformação da realidade ali encontrada. Para que este projeto seja efetivo há que se compreender a importância de intervir na determinação das situações que se quer modificar. Sobre esta última, no território estudado, destaca-se a necessidade de implantação de serviços de outros setores, tais como educação, assistência social e segurança, como também a participação da população na discussão das condições de vida no território descrito.

6 Referências

CASTRO JÁ. Evolução e desigualdade na educação brasileira. **EducSoc**;30(108):673-97, 2009.

CHAVES MMN, PERNA PO. O Materialismo Histórico-Dialético e a teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva: A demarcação do 'coletivo' para a ação da Enfermagem. **Trabalho necessário**;6(6):1-28, 2008.

CHAVES MMN. **Competência avaliativa do enfermeiro para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das famílias**. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.

EGRY EY. **Saúde coletiva**: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

FARIA RM, BORTOLOZZI A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **R RA'EGA**;(7):31-41, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Atenção básica e a saúde da família** [acesso em 08 dez 2011] Disponível: dab.saude.gov.br/atencabasica. 2011.

MONKEN M, BARCELLOS C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Caderno de Saúde Pública**, 21(3):898-906, 2005.

MONKEN, Maurício et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PFEIFER LI, MARTINS YD, SANTOS JLF. A influência socioeconômica e de gênero no lazer de adolescentes. **Psicologia: teoria e pesquisa**; 26(3):427-32, 2010.

RIZEK Cs. Trabalho, moradia e cidade zonas de indiferenciação? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**; 27(78):41-9, 2012.

SANTOS AL, RIGOTTO RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica a saúde. **TrabEduc Saúde**; 8(3):387-406; 2010/2011.

SANTOS, A. Lugar e território. O sistema de saúde brasileiro, a geografia e a promoção da saúde. **Rev Geográfica Venezuelana**, 50(1):159-72, 2009.

SILVA JR ES, MEDINA MG, AQUINO R, FONSECA ACF, VILASBÔAS ALQ. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município Salvador, Bahia. **RevBras Saúde Mater Infant**;10 (supl.1):S49-S60, 2010.