

Relato de experiência

Algoritmo de gerenciamento de casos para pessoas com hipertensão na atenção primária: relato de experiência*

Case management algorithm for people with hypertension in primary care: experience report

Algoritmo de manejo de casos para personas con hipertensión arterial en atención primaria: relato de experiencia

Ângela Taís Mattei da Silva¹ , Maria de Fátima Mantovani¹ ,
Juliana Perez Arthur¹ , Carina Bortolato-Major¹ ,
Sanele Cristina da Cruz Pereira¹ 

¹ Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, Paraná, Brasil

* Extraído da Tese de Doutorado: “Efeito do gerenciamento de caso no controle dos níveis pressóricos em adultos com hipertensão arterial”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná - UFPR, 2019.

Resumo

Objetivo: relatar a experiência de elaboração de um algoritmo de gerenciamento de casos para pessoas com hipertensão arterial sistêmica atendidas na atenção primária. **Método:** relato de experiência em que a construção do algoritmo foi baseada no modelo da *Community Access Ageing, Disability and Home Care, Department of Human Services NSW9*, que prevê sete etapas: Compromisso, Avaliação, Planejamento, Implementação, Monitoramento, Revisão e Encerramento. **Resultados:** compuseram o algoritmo questionários validados e atividades como visitas domiciliares, consultas de enfermagem, plano terapêutico individualizado e pactuação de metas, educação em saúde, contato telefônico e redirecionamento para a rede atenção à saúde. O tempo de elaboração foi de 12 meses. **Conclusão:** o algoritmo desenvolvido representa uma ferramenta simples e dinâmica de gerenciamento de casos, que orienta as atividades de cuidado de pessoas com hipertensão atendidas na atenção primária, mediante sete etapas, e facilita a leitura dos resultados. **Descritores:** Saúde do Adulto; Cuidados de Enfermagem; Hipertensão, Atenção Primária à Saúde, Administração de Caso

Abstract

Objective: to report the experience of elaborating a case management algorithm for people with systemic arterial hypertension treated in primary care. **Method:** experience report in which the

construction of the algorithm was based on the model of *Community Access Ageing, Disability and Home Care, Department of Human Services NSW9*, which provides for seven stages: Commitment, Evaluation, Planning, Implementation, Monitoring, Review and Closure. **Results:** validated questionnaires and activities such as home visits, nursing consultations, individualized therapeutic plan and goal agreement, health education, telephone contact and redirection to the health care network were included in the algorithm. The preparation time was 12 months. **Conclusion:** the algorithm developed represents a simple and dynamic case management tool that guides the care activities of people with hypertension treated in primary care, through seven stages, and facilitates the reading of results.

Descriptors: Adult Health; Nursing Care; Hypertension; Primary Health Care; Case management

Resumen

Objetivo: relatar la experiencia del desarrollo de un algoritmo de manejo de casos para personas con hipertensión arterial sistémica atendidas en atención primaria. **Método:** relato de experiencia en el que la construcción del algoritmo se basó en el modelo *Community Access Aging, Disability and Home Care, Department of Human Services NSW9*, que prevé siete pasos: Compromiso, Evaluación, Planificación, Implementación, Monitoreo, Revisión y Cierre. **Resultados:** cuestionarios validados y actividades como visitas domiciliarias, consultas de enfermería, plan terapéutico individualizado y acuerdo de metas, educación para la salud, contacto telefónico y redirección a la red de salud compusieron el algoritmo. El tiempo de preparación fue de 12 meses. **Conclusión:** el algoritmo desarrollado representa una herramienta de gestión de casos simple y dinámica, que orienta las actividades de atención de las personas con hipertensión arterial asistidas en la atención primaria, a través de siete pasos, y facilita la lectura de los resultados.

Descriptor: Salud del Adulto; Atención de Enfermería; Hipertensión, Atención Primaria de Salud, Manejo de Caso

Introdução

O gerenciamento de casos (GC) é um processo colaborativo de planejamento, facilitação, coordenação de cuidados, avaliação e defesa de opções e serviços de saúde para uma pessoa e seus familiares. Para atender a essas necessidades são utilizados recursos de comunicação e de promoção com o objetivo de melhorar a experiência de atendimento, diminuir a fragmentação do cuidado, promover a saúde das populações e reduzir os custos.¹⁻²

No Brasil, o GC é proposto no documento “O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família” como uma das estratégias cardiais no cuidado e acompanhamento do paciente crônico,³ porém, ainda é pouco empregado na prática clínica.

Esta estratégia de cuidados é realizada por um gestor de casos, geralmente enfermeiro ou assistente social, que se responsabiliza pelo indivíduo em condição crônica e faz julgamentos sobre as necessidades de saúde, serviços ofertados e recebidos, determinando e controlando o nível dos cuidados necessários para o cumprimento do plano estabelecido.³

O GC é indicado para situações de saúde complexas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) associada a comorbidades e/ou outros agravantes como as dificuldades na adesão ao tratamento. A HAS apresenta alta prevalência e é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares e renais. Entre os anos 2008 e 2017 estima-se que 667.184 mortes possam ser atribuídas à HAS.⁴ Embora seja de fácil diagnóstico e tratamento, o seu controle em todo o mundo é baixo e as dificuldades com a adesão à terapêutica são evidentes.⁴

Neste contexto, a utilização do GC como estratégia para o cuidado e acompanhamento do paciente com hipertensão na atenção primária pode ter bons resultados, entretanto, por ser um método pouco difuso no Brasil, a elaboração de um algoritmo de acompanhamento específico para esta população faz-se necessário.

Os algoritmos são ferramentas constituídas por instruções bem definidas que norteiam a tomada de decisões na prática clínica,⁵ portanto, são instruções sequenciais e têm sido amplamente utilizados em diversas áreas; na saúde, eles fornecem um padrão para o atendimento ao paciente, a partir de uma recomendação objetiva para a tomada de decisão, com consistência e transparência da situação.⁶

O seu uso na área da saúde tornou-se mais notável a partir do movimento de medicina baseada em evidências, após a década de 1990,⁷ e auxilia os profissionais e pesquisadores a realizarem um cuidado ou aplicarem um protocolo de pesquisa padronizado e fundamentado na ciência, o que resulta em qualidade da atenção, sistematização da assistência e melhora dos desfechos.⁸

A construção de um algoritmo para o GC para pessoas com HAS pode favorecer a difusão desse método de cuidados por meio do direcionamento de ações como a avaliação, o planejamento do cuidado individualizado com pactuação de metas e a tomada de decisões com base nas informações levantadas durante todo o processo. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi relatar a experiência de elaboração de um algoritmo de GC para pessoas com HAS atendidas na atenção primária.

Método

Trata-se de um relato de experiência de construção de um algoritmo de GC realizado mediante a aplicação das sete etapas propostas pela *Community Access Ageing, Disability and Home Care, Department of Human Services NSW*: Compromisso, Avaliação,

Planejamento, Implementação, Monitoramento, Revisão e Encerramento.⁹

A primeira etapa, Compromisso, refere-se ao contato do gestor de casos com a pessoa alvo do cuidado, que pode ser presencial ou por telefone e tem como objetivo desenvolver interação interpessoal. A etapa de Avaliação é um processo dinâmico de coleta e análise de informações para determinar os cuidados a serem realizados. É importante que para a coleta de dados sejam utilizadas escalas validadas baseadas em evidências. A etapa Planejamento, baseada na avaliação e coleta de informações, permite elencar as ações para suprir e/ou auxiliar nas necessidades identificadas. Todo o planejamento deve ser documentado em linguagem que permita o entendimento da pessoa, principalmente em relação as metas e resultados esperados.⁹

Na etapa de Implementação, o objetivo é auxiliar a pessoa alvo do cuidado e seus familiares a agirem de maneira a atingirem as metas pactuadas. O Monitoramento permite o acompanhamento das metas, esta etapa é crucial na identificação de barreiras com vistas a intervir em pontos específicos. A etapa de Revisão permite refletir sobre todas as etapas anteriores, de forma a manter as ações ou revisá-las, modificando-as, com base em dados atualizados. Por fim, a etapa de Encerramento, corresponde ao retorno da pessoa à sua rede de atenção, para os cuidados habituais.¹⁰

Para a elaboração optou-se por realizar uma revisão bibliográfica e o acompanhamento de pessoas com HAS atendidas na atenção primária de um município do interior do Paraná escolhido por conveniência. A gestora de casos foi uma enfermeira e as estratégias utilizadas foram: consultas de enfermagem, visitas domiciliares, contato telefônico, atividades de educação em saúde e atendimento com outros profissionais tais como nutricionista, psicólogo e médico, de acordo com as necessidades individuais.

As atividades propostas seguiram as recomendações do Ministério da Saúde,¹¹⁻¹² Organização Mundial da Saúde,¹³ Conselho Federal de Enfermagem.¹⁴ e o tempo de elaboração do algoritmo foi de 12 meses. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná sob o parecer nº 1.670.453 e CAAE: 57179116.8.0000.0102 em 10 de agosto de 2016.

Resultados

A primeira etapa do algoritmo, Compromisso, foi desenvolvida mediante a divulgação de informações por meio de visitas domiciliares e com auxílio de banner

exposto na unidade de saúde.

Posteriormente, foi realizada a etapa de Avaliação por meio da primeira consulta de enfermagem, com levantamento de informações sobre o histórico de saúde da pessoa com HAS e identificação das necessidades de cuidado. Para auxiliar na obtenção de dados foram utilizadas escalas validadas e confiáveis que avaliaram a adesão ao tratamento,¹⁵ qualidade de vida¹⁶⁻¹⁷ e classificação de risco do paciente.¹⁸ A classificação de risco norteou a frequência de atividades propostas para o GC.

A partir da coleta de informações e diagnósticos de enfermagem, iniciou-se a terceira etapa, o Planejamento. Nesse momento foram prescritos os cuidados de enfermagem e desenvolvido um plano terapêutico em parceria com a pessoa alvo do cuidado. As metas pactuadas, necessidades de mudanças no estilo de vida e orientações gerais sobre os cuidados foram registradas em um impresso para que o paciente pudesse levar consigo para casa, como um lembrete. O enfermeiro gerente de caso registrou todas as informações em impressos próprios e prontuário.

Após a primeira consulta e considerando a classificação de risco, deu-se início ao acompanhamento por meio das atividades de educação em saúde, visitas domiciliares, contato telefônico, consultas de enfermagem e com outros profissionais, correspondendo as etapas de Implementação, Monitoramento e Revisão do GC.

As atividades de educação em saúde ocorreram de maneira individualizada, durante as consultas de enfermagem, e em grupo. A educação em saúde grupal teve duração média de 60 minutos e foi desenvolvida por meio da metodologia de grupo de convivência e dinâmicas como roda de conversa, vídeos e atividades lúdicas relacionadas ao tema.

No primeiro encontro todos se apresentaram e foram esclarecidos os objetivos, bem como aconteceu uma roda de conversa sobre a definição da HAS. Ao término de cada reunião os participantes foram convidados a escolher o tema para a atividade subsequente.

As visitas domiciliares foram realizadas para fortalecer o vínculo do gestor de casos com a pessoa alvo do cuidado e seus familiares, perceber o contexto familiar, verificar o envolvimento da família, aferir a pressão arterial, revisar as metas pactuadas, modificando-as caso necessário e fornecer orientações.

O contato telefônico usual ou por WhatsApp® também foi utilizado como uma ferramenta para lembrar a pessoa sobre suas consultas e atividades, fazer reforço positivo

sobre as metas pactuadas, monitorá-las, modificá-las, caso necessário, e sanar dúvidas. A gerente de casos também deixou o seu contato a disposição.

Após a primeira consulta de enfermagem, as demais foram conduzidas da mesma forma, porém, com acréscimo da revisão do plano de cuidados, modificando ou reforçando orientações. Ao final de cada consulta era entregue ao participante uma cópia do plano de cuidados, quando modificado, e um cartão com o agendamento das próximas atividades.

A etapa de encerramento ocorreu mediante o direcionamento da pessoa alvo do cuidado para a rede de atenção à saúde.

As etapas do algoritmo podem ser vistas na Figura 1.

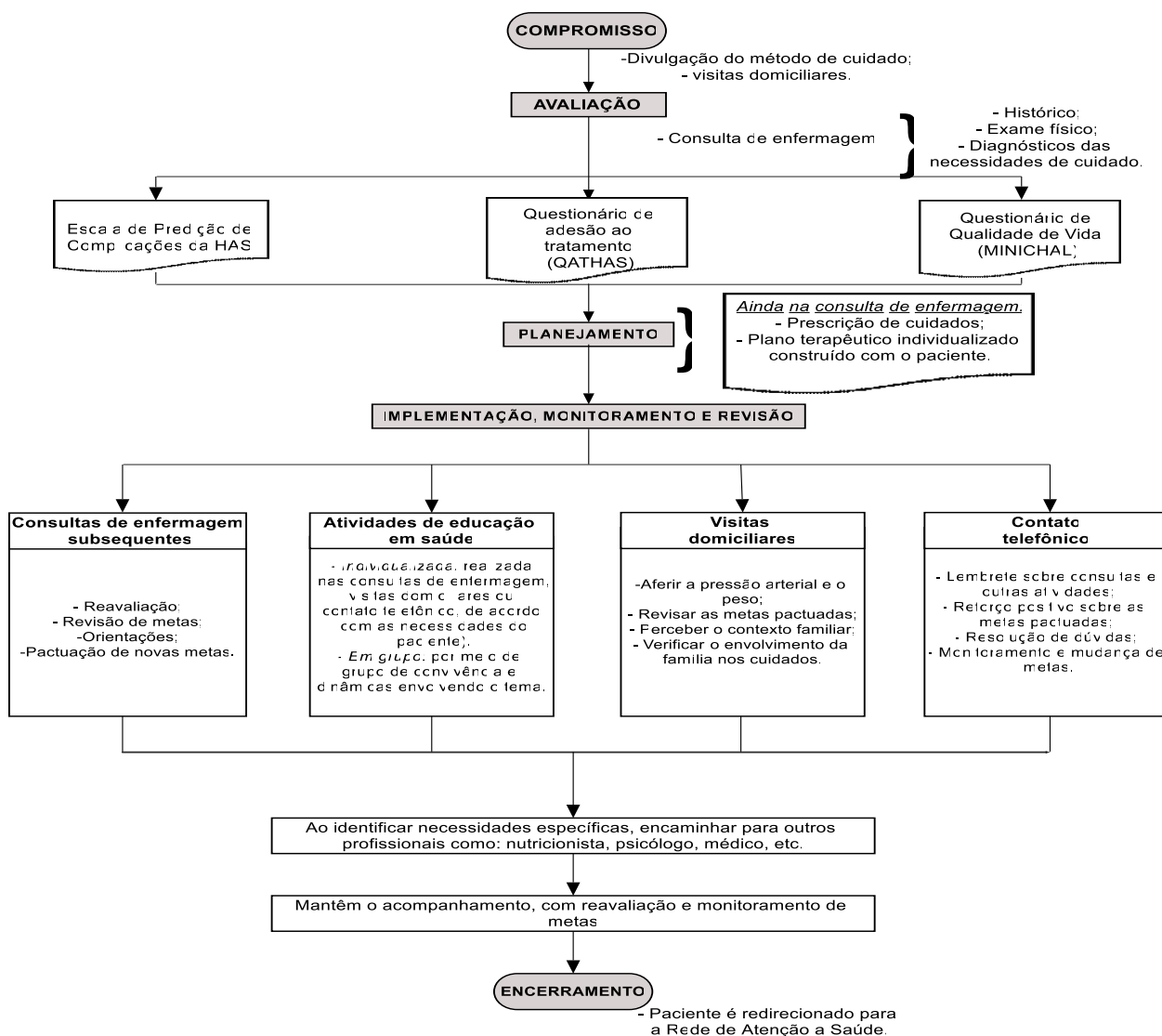


Figura 1 – Etapas do algoritmo de GC para pessoas com HAS. Curitiba-PR, 2022

Discussão

A utilização de algoritmos no GC para pessoas com HAS pode facilitar a organização do cuidado, entretanto é importante que o instrumento tenha sido elaborado com base em evidências científicas e que seja composto por escalas já em uso na literatura. A construção do presente algoritmo foi precedida por revisão bibliográfica e prevê o uso de escalas validadas como a escala de predição de complicações da HAS,¹⁸ QATHAS,¹⁵ e MINICHAL.¹⁷

A escala de predição de complicações da HAS foi criada e validada no Brasil com o intuito de prever o surgimento de morbidades secundárias a hipertensão, a partir da avaliação de variáveis como idade, sexo, tabagismo, tempo de diagnóstico, classificação de risco pela unidade de saúde, número de medicamentos em uso e diagnóstico de depressão; que resultam em uma classificação de risco baixo, moderado, alto ou muito alto.¹⁸ Seu uso contribuiu para a proposição de ações com vistas a mudanças no estilo de vida, adesão terapêutica e controle da pressão.

O QATHAS é um questionário de múltipla escolha que mensura a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da HAS. Com base nas respostas, foi possível avaliar se o indivíduo deixou ou não de tomar os medicamentos e com que frequência isso aconteceu, bem como se manteve ou não uma alimentação saudável, e ainda, se compareceu ou não às consultas agendadas.¹⁵ As respostas obtidas na aplicação do questionário QATHAS nas pessoas alvo dos cuidados possibilitou a aferição da aderência a terapêutica e viabilizou a pactuação de novas metas.

O questionário MINICHAL foi desenvolvido na Espanha, ele tem sido utilizado por pesquisas no mundo todo e sua eficácia foi ratificada pela ciência.¹⁹⁻²¹ Este instrumento contribuiu para a avaliação da intervenção realizada na qualidade de vida dos participantes nas dimensões somática e estado mental.

Isto posto, a etapa de Avaliação possibilitou o planejamento de ações e a continuidade do gerenciamento de casos, com implementação, monitoramento e revisão, de acordo com a necessidade. No Encerramento, última etapa, os resultados foram compartilhados com a equipe e autoridades locais.

Admite-se que o uso de tecnologias que auxiliem na sistematização, organização e planejamento do trabalho como algoritmos, protocolos, cartilhas, manuais, fluxogramas e diretrizes sejam importantes para o enfrentamento de problemas e gestão dos serviços de saúde.²² Nesse sentido o presente relato almeja contribuir para o crescimento do conhecimento

na área, pois propõe um instrumento que direciona as ações de GC para pacientes com HAS, os quais representam uma parcela importante da população atendida na atenção primária.

A principal limitação é o fato do algoritmo ter sido construído a partir do acompanhamento realizado com pessoas com hipertensão de apenas um município do estado do Paraná.

Conclusão

O algoritmo desenvolvido representa uma ferramenta simples e dinâmica que orienta as atividades de cuidado mediante sete etapas e facilita a leitura dos resultados, permitindo a padronização das ações de GC para adultos com HAS atendidos na atenção primária e os direcionando de acordo com as necessidades individuais, sendo que sua aplicação pode auxiliar na melhoria de desfechos clínicos.

Referências

1. Comissão for Case Manager Certification (CCMC). Code of Professional Conduct for Case Managers: with standards, rules, procedures, and penalties [Internet]. 2015 [cited 2021 maio 20]. Available from: <https://ccmcertification.org/sites/ccmc/files/docs/2022/CCMC-22-Code-Of-Conduct-Update-Final%20with%20CM%20def%20update.pdf>
2. Tahan HM. Essentials of advocacy in case management: part 1 ethical underpinnings of advocacy - theories, principles, and concepts. *Prof Case Manag.* 2016;21(4):163-79. doi: 10.1097/NCM.000000000000162
3. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); Organização Mundial da Saúde (OMS); Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [acesso em 2023 mar 02]: 512. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
4. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2021;116(3):516-658. doi: 10.36660/abc.20201238
5. Pinheiro RV, Salomé GM, Miranda FD, Alves JR, Reis FA, Mendonça ARA. Algoritmos para a prevenção e tratamento de lesão por fricção. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE03012. doi: 10.37689/acta-ape/2021AO03012
6. Dennstädt F, Treffers T, Iseli T, Panje C, Putora PM. Creation of clinical algorithms for decision-making in oncology: an example with dose prescription in radiation oncology. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2021;21:212. doi: 10.1186/s12911-021-01568-w
7. Swofford H, Champod C. Implementation of algorithms in pattern & impression evidence: a responsible and practical roadmap. *Forensic Sci Int Synerg.* 2021;3:100142. doi: 10.1016/j.fsisyn.2021.100142
8. Silva ATM, Mantovani MF, Moreira RC, Arthur JP, Souza RM. Nursing case management for people with hypertension in primary health care: a randomized controlled trial. *Res Nurs Health.* 2019;43(1):68-78. doi: 10.1002/nur.21994

9. NSW Government (AU). Human Services. Ageing, Disability & Home Care. Case Management Practice Guide – 7 Phases of Case Management [Internet]. NSW: Sydney (AU); 2010 [cited 2021 Jul 08]. Available from: http://www.abistafftraining.info/pdf/case_management_practice_guide_7_phases_march2010.pdf
10. Case Management Society of America (CMSA). Standards of Practice for Case Management [Internet]. Little Rock (AR): CMSA; 2016 [cited 2021 May 14]. Available from: <https://www.abqaurp.org/DOCS/2016%20CM%20standards%20of%20practice.pdf>
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 2022 mar 28]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_adulto_hipertensao_arterial.pdf
12. Ministério da Saúde (BR); Universidade de São Paulo. Fascículo 1 - Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta [Internet]. Brasília (DF) : Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 2022 jan 20]. 26p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo1.pdf
13. World Health Organization (WHO). Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2018 [cited 2021 Jun 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>
14. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, de 15 de outubro de 2009 (BR). Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: COFEN, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Sistematiza%C3%A7%C3%A3o%20da,Enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAscias. Acesso em: 21 jan. 2021.
15. Machado ALG, Guedes IH, Costa KM, Borges FM, Silva AZ, Vieira NFC. Perfil clínico-epidemiológico e adesão ao tratamento de idosos com hipertensão. Rev Enferm UFPE On Line. 2017;11(12):4906-12. doi: 10.5205/1981-8963-v11i12a22996p4906-4912-2017
16. Borges JWP, Moreira TMM, Schmitt J, Andrade DF, Barbeta PA, Souza ACC, et al. Measuring the quality of life in hypertension according to Item Response Theory. Rev Saúde Pública 2017;51:45. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006845
17. Schulz RB, Rossignoli P, Cassyano JC, Fernández-Llimós F, Toni PM. Validação do Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). Arq Bras Cardiol [Internet]. 2008 [acesso em 2021 jun 20];90(2):139-44. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/xHP9TmCPMQhd3FWk5Q3Wsfb/?lang=pt&format=pdf>
18. Ulbrich EM, Mantovani MF, Mattei AT, Mendes FRP. Escala para o cuidado apoiado na atenção primária: um estudo metodológico. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(4). doi: 10.1590/1983-1447.2017.04.63922
19. Bhat MDA, Malik SA. Efficacy of *Nardostachys jatamansi* (D.Don) DC in essential hypertension: a randomized controlled study. Complement Ther Med. 2020; 53:102532. doi: 10.1016/j.ctim.2020.102532
20. Houjazi M, El-Dahiyat F, Sam KG. The impact of clinical pharmacy services on patients with hypertension. Int J Clin Pract. 2021;75(9):e14433. doi: 10.1111/ijcp.14433
21. Dave Y, Sorani D, Patel M. Cross cultural adaptation, translation, validation and reliability analysis of Gujarati version of Hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL). Int J Health Sci Res.

2021;11(10):10-6. doi: 10.52403/ijhsr.20211003

22. Cunha DR, Salomé GM, Massahud Junior MR, Mendes B, Ferreira LM. Development and validation of an algorithm for laser application in wound treatment. Rev Latinoam Enferm. 2017;25:e2955. doi: 10.1590/1518-8345.1998.2955

Fomento / Agradecimento: agradecimento ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela bolsa produtividade de uma das autoras.

Contribuições de autoria

1 – Ângela Taís Mattei da Silva

Enfermeira, Doutora em Enfermagem - angelataismattei@gmail.com

Concepção, desenvolvimento da pesquisa e redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

2 – Maria de Fátima Mantovani

Enfermeira, Doutora em Enfermagem - mfatimamantovani@ufpr.br

Concepção, desenvolvimento da pesquisa e redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

3 – Juliana Perez Arthur

Enfermeira, Mestre em Enfermagem - julianaperez.4@gmail.com

Concepção, desenvolvimento da pesquisa e redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

4 – Carina Bortolato-Major

Enfermeira, Doutora em Enfermagem - cabortolato@uenp.edu.br

Concepção, desenvolvimento da pesquisa e redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

5 – Sanele Cristina da Cruz Pereira

Autor correspondente

Enfermeira, Mestre em Enfermagem - sanele.ufpr@gmail.com

Concepção, desenvolvimento da pesquisa e redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

Editora Científica Chefe: Cristiane Cardoso de Paula

Editor Associado: Darlisom Sousa Ferreira

Como citar este artigo

Silva ATM, Mantovani MF, Arthur JP, Bortolato-Major C, Pereira SCC. Case management algorithm for people with hypertension in primary care: experience report. Rev. Enferm. UFSM. 2023 [Access at: Year Month Day]; vol.13, e10:1-10. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769270551>