



Dezembro 2021

Nota Técnica

Desafios e Perspectivas no Cuidado às Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde

Elaine Thumé – Universidade Federal de Pelotas – UFPel

Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas – UFPel

Sumário executivo

As condições de saúde da população brasileira apresentaram mudanças expressivas desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Facchini e col, 2006; Castro e col, 2019). Em mais de três décadas de história do SUS, as condições crônicas de saúde assumiram papel preponderante na demanda dos serviços de saúde, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS). As condições crônicas se caracterizam por longo curso e necessidade de intervenções proativas, contínuas e integradas pelo sistema de atenção à saúde, por profissionais de saúde e usuários para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade (OMS, 2003).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem parte expressiva das condições crônicas de saúde, que também incluem os fatores de risco individuais biopsicológicos, como colesterol elevado, depressão, hipertensão arterial, pré-diabetes e sobrepeso ou obesidade; doenças transmissíveis de curso longo, como hanseníase, tuberculose, hepatites B e C e HIV/AIDS; a manutenção da saúde por ciclos de vida, como o pré-natal, a puericultura e os distúrbios mentais de longo prazo; as incapacidades funcionais; as deficiências físicas e estruturais contínuas, como amputações e deficiências motoras persistentes e doenças bucais (Mendes, 2012).

No enfrentamento às condições crônicas de saúde, estudos epidemiológicos sobre fatores de risco apoiaram o investimento em mudanças de comportamento com intervenções, programas preventivos e ensaios comunitários, políticas integradas de atenção e educação voltadas para escolares e população geral, como, por exemplo, redução consumo de tabaco, uso abusivo de álcool, inatividade física e a adoção de hábitos saudáveis de alimentação (OMS, 2003). Multiplicaram as experiências de reorganização dos serviços, de apoio ao autocuidado e de mudanças no modelo de atenção para o adequado enfrentamento do perfil de demanda das condições crônicas (Silva, Cotta e Rosa, 2013).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil (2011 - 2022) destaca que as doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes, com marcantes iniquidades sociais (Brasil, 2011). Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes (SCHMIDT, 2011). No triênio de 2010 a 2012, passou para 328,9 por 100 mil habitantes (IC95% 327,3 – 330,4) diminuindo para 314,1 por 100 mil habitantes (IC95% 312,8 – 315,4) no triênio de 2015 a 2017 (Cardoso e col, 2021).

A redução na mortalidade por DCNT no período coincidiu com a expansão da ESF e a diminuição do consumo de tabaco, dentre outras ações sociais, e de saúde, com impacto na determinação social. No Brasil, a taxa de mortalidade prematura por DCNT apresentou tendência decrescente de 2000 a 2014, com redução média de 4,2% ao ano. Contudo, foram observadas algumas desigualdades, como maiores taxas na Região Nordeste e no sexo masculino. Apesar dessa importante redução, a taxa permaneceu alta no país, com desafios como, por exemplo, no enfrentamento de neoplasias e diabetes (BRASIL, 2019; BRASIL, 2015).

A Organização Mundial da Saúde reforça a importância das ações de promoção à saúde, implantando políticas públicas intra e intersectoriais que facilitem práticas saudáveis, como alimentação adequada, redução do sal nos alimentos, disponibilização de espaços públicos para apoiar a atividade física, ambientes livres de fumo, regulamentação da propaganda de álcool e outras (OMS, 2017).

As questões comportamentais previstas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (2011 - 2022) e reforçadas para o alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (<https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>) foram influenciadas pelo distanciamento social e pelas modificações nas atividades da vida diária impostas pela necessidade de diminuição da transmissão da circulação do Coronavírus.

Com o aumento da cobertura vacinal contra a COVID-19 e a consequente redução de casos, internações e óbitos pela doença no país, emerge a pergunta sobre o que é preciso fazer para garantir contato regular e efetivo com os serviços de saúde às pessoas com condições crônicas. A questão ganha relevância frente às ameaças e iniciativas de desorganização do SUS e privatização da APS. As sequelas clínicas e sociais decorrentes da pandemia encontram um cenário de mudanças no financiamento, na gestão e na avaliação do desempenho dos serviços de APS. As mudanças geram incertezas dos gestores sobre a disponibilidade de recursos, conformação das equipes de saúde e sobre o modelo de atenção. (Brasil, 2019)

O presente documento é uma contribuição da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), que tem o objetivo de resgatar o papel da APS e da ESF para subsidiar a reorganização dos cuidados de longa duração. Inicialmente, o texto aborda o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis e o Modelo de Atenção no SUS. Em continuação, apresenta-se um conjunto de evidências sobre os cuidados às condições crônicas, fruto da avaliação externa do Ciclo III do PMAQ-AB.

O texto também analisa a situação da APS na pandemia de COVID-19, com ênfase para os relatos de experiências municipais publicadas na Revista da Rede APS, explora os avanços relacionados às condições crônicas na Agenda 2030 e o impacto da COVID-19 no alcance das metas. Finalmente, são apresentadas algumas perspectivas e recomendações para garantir o cuidado integral às condições crônicas na APS e o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS.

O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis e o Modelo de Atenção no Sistema Único de Saúde

A magnitude das condições crônicas incentivou o delineamento de propostas de adequação do modelo de atenção em âmbito global. As propostas institucionais objetivam superar a resposta episódica e reativa a eventos agudos, ou agudizados por meio de abordagens contínuas, proativas e

integradas em rede. Estratégias e programas criativos para melhorar o gerenciamento e os resultados associados às condições crônicas já estavam em desenvolvimento no início do século XXI em todo o mundo, inclusive nos países em desenvolvimento, que apresentam maiores prevalências dos fatores de risco para doenças crônicas (WHO, 2003; Silva, Cotta e Rosa, 2013)

Nas últimas duas décadas, o enfrentamento das condições crônicas de saúde se desenvolveu de modo acelerado no SUS. Em 2002, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus estabeleceu a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde, a vinculação dos usuários à rede, o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) e a implantação de programa de educação permanente em hipertensão arterial, diabetes mellitus e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares.

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus foi uma iniciativa pioneira na organização dos serviços para o atendimento às pessoas com doenças crônicas no SUS. A proposta visou à identificação e cadastro dos indivíduos com diagnóstico de hipertensão ou diabetes e seu acompanhamento pelos serviços de APS, oferta de medicamentos e de orientações para promoção da saúde e prevenção de agravos. Essa iniciativa foi reforçada em 2003, com a criação da Secretaria de Vigilância à Saúde e a Coordenação Nacional para Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (CGDANT) (BRASIL, 2005).

A capacidade e a competência dos sistemas de saúde para prevenção e controle das doenças crônicas e seus fatores de risco, foi fortalecida com o Plano Regional *'Um enfoque Integrado na prevenção e controle das doenças crônicas'* (OPAS, 2007).

Em 2010, a Política Nacional de Promoção da Saúde destacou aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento, dentre eles, violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada. Um dos destaques na iniciativa é fomentar formas mais amplas de intervenção em saúde, reconhecendo as conexões do indivíduo com a população e o contexto social (BRASIL, 2010).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT (2011 - 2022), ainda em vigor foi lançado em 2011, com o objetivo preparar o Brasil para reduzir, no período de dez anos, as morbidades crônicas, com destaque para as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias

crônicas (BRASIL, 2011). O Plano enfatiza o fortalecimento dos serviços de saúde voltados à doença crônica e foi organizado em três grandes eixos: Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento; Promoção da Saúde; e Cuidado Integral. Também recomenda a adoção do Modelo de Cuidados Crônicos (MACC), que reforça o estímulo a mudanças comportamentais relacionadas à diminuição do tabagismo, do consumo de bebida alcoólica; ao incremento da atividade física; e à melhoria nos padrões alimentares, principais fatores de risco potencialmente modificáveis.

Em 2011, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) foi adequado ao sistema de saúde brasileiro e tem sido aplicado no país por meio do projeto 'Planificação da Atenção à Saúde', coordenado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em colaboração com Secretarias Estaduais de Saúde e com o Secretarias Municipais de Saúde (CONASS, 2019). O MACC propõe cinco níveis de intervenções de saúde que incluem ações populacionais e individuais. O modelo valoriza as experiências internacionais e a concepção de determinação social da saúde e do modelo Pirâmide de Riscos.

No nível 1 do MACC as intervenções incluem toda a população e ganham destaque as ações de promoção da saúde, com estímulo à adoção de hábitos saudáveis de vida, ações que melhorem as condições de vida e de trabalho, acesso aos SS essenciais e as redes sociais e comunitárias. As intervenções são realizadas por projetos executados de forma intersetorial. No nível 2, as intervenções de prevenção das condições de saúde incluem subpopulações com fatores de risco relacionados ao comportamento e estilo de vida. As intervenções assistenciais do campo da clínica têm como foco os fatores de risco existentes, e as ações incluem a abordagem da alimentação saudável, o combate ao excesso de peso, inatividade física, uso abusivo de álcool e o tabagismo, por exemplo.

Nos níveis 3 e 4, estão centradas as questões relacionadas à vigilância em saúde com gestão da condição de saúde, com ênfase em indivíduos com condições crônicas 'simples' ou presença de fatores de risco biopsicológicos, como, por exemplo, níveis elevados da pressão arterial, glicemia, colesterol e depressão. Além do autocuidado apoiado, há necessidade de cuidado profissional 'cooperativo' com a participação dos generalistas e especialistas. No nível 5, as condições crônicas são complexas e acometem cerca de 5% da população, exigindo a gestão de casos por equipe multiprofissional.

[\(https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/\)](https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/)

Em 2013, a publicação do Manual de Diretrizes para o Cuidado de Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritário objetivou reforçar o conhecimento das equipes e superar a fragmentação do cuidado, de modo a responder efetivamente às mudanças epidemiológicas e melhorar os indicadores de saúde (BRASIL, 2013). A proposta foi baseada em experiências com cuidado integrado em redes de atenção, de forma regionalizada, onde os resultados mostraram ser positivos na organização de sistemas de saúde e respostas efetivas às necessidades da população (OPAS, 2008).

Em 2013, foi publicado o documento '*Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas*', que reafirma a importância do Modelo de Cuidados Crônicos e da APS para melhoria do desempenho dos sistemas de saúde nos cuidados às condições crônicas. (OPAS, 2013).

No Brasil, a publicação das Portarias nº 4.279/2010 e nº 483/2014 estabeleceu a Rede de Atenção à Saúde (RAS), com seus respectivos componentes, diretrizes e objetivos. A organização da RAS foi uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, assegurando ao usuário um conjunto de ações e serviços efetivos e eficientes, com papel de destaque aos atributos da APS - resolutividade, responsabilização e coordenação do cuidado aos cidadãos (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014). Na concepção de redes, os territórios sanitários incluem desde os limites do país até cada uma das 270.000 microáreas de abrangência dos agentes comunitários de saúde (ACS).

A Figura 1 sintetiza as iniciativas governamentais na atenção às condições crônicas no Brasil.

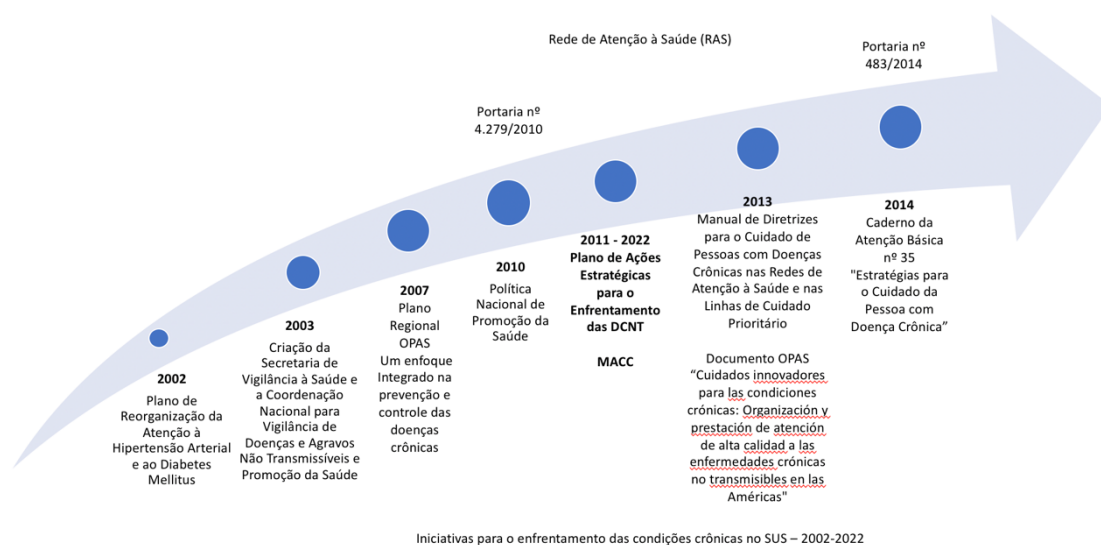


Figura 1. Iniciativas para o enfrentamento das condições crônicas no SUS e organização da rede de atenção à saúde, 2002 – 2022.

Portanto, há no SUS um conjunto de iniciativas para a organização do sistema em redes de atenção para abordagem das condições crônicas que objetivam a superação do cuidado fragmentado, a coordenação do cuidado via APS, com ênfase no cuidado multiprofissional e continuidade do cuidado com participação ativa dos usuários, aspecto fundamental para o êxito no tratamento.

O autocuidado apoiado está presente na maioria das iniciativas inovadoras e trata-se da forma como a população estabelece e mantém a própria saúde e como previne e lida com as doenças (OMS, 2003). No Brasil, o autocuidado está fortemente presente na ESF, principalmente nas ações voltadas às condições crônicas. No Caderno da Atenção Básica nº 35, 'Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica', lançado em 2014, as intervenções estão ancoradas no apoio ao autocuidado, destacando a responsabilidade e envolvimento do serviço, do profissional e do usuário (BRASIL, 2014).

A operacionalização do cuidado em rede de atenção implica conhecer a população do território sob responsabilidade da equipe de APS, tanto seus riscos individuais como os coletivos, sociais, econômicos e ambientais. Além disso, é fundamental a organização de sistemas de apoio diagnóstico, terapêutico, de assistência farmacêutica, teleassistência e de informação em saúde. Na organização dos fluxos das pessoas no sistema de saúde, é preciso organizar a logística para regular o acesso, investir no registro eletrônico, no monitoramento da situação de saúde e na garantia do transporte eletivo e de urgência para o acesso aos serviços. Os desafios na garantia de cuidado integral de qualidade às condições crônicas tornam-se ainda maiores e mais

complexos em usuários com multimorbidade, i.e., com dois ou mais problemas de saúde concomitantes, ou com comorbidade.

Os cuidados às condições crônicas no PMAQ-AB

As avaliações externas no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) realizadas entre 2012 e 2018 permitiram retratar a estrutura física e equipamentos, os processos de trabalho e o perfil sociodemográfico dos usuários na rede de serviços da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) (Facchini, Tomasi, Thumé, 2021). A existência de território definido e população de referência foi mencionado por 68% (n=25.481) das equipes no Ciclo III do PMAQ-AB – a população média de referência da equipe era de 3.138 pessoas – e 94% (n=35.067) das equipes afirmaram ter mapas do território de abrangência.

A disponibilidade de registro de mulheres com exame citopatológico alterado foi referida por 87% das equipes (n=31.816) do Ciclo III. Em 2018, cerca de 20% das equipes não tinham disponível o registro de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) com maior risco ou gravidade e 42% dos usuários saíam da consulta com o próximo atendimento agendado. No caso dos usuários com diagnóstico de DM, sair da consulta com o próximo atendimento agendado foi declarado por 39% dos entrevistados em 2018. A disponibilidade de registro do número dos casos mais graves de usuários com transtorno mental foi referida por 71% (n=26.355) das equipes avaliadas em 2018.

No período de 2012 a 2018, ocorreu um aumento na implantação do prontuário eletrônico nas UBS, passando de 14% das equipes nos Ciclos I e II (n=2.409 e 4.133) para 39% (n=14.455) no Ciclo III. A existência de documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal para os atendimentos de usuários do território da equipe foi citada por 89% (n=33.263) das equipes no Ciclo III. A manutenção de registro de usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção foi relatada por 69% (n=20.528) das equipes no Ciclo II. No Ciclo III, 38% (n=12.775) das equipes informaram que seus profissionais entravam em contato com especialistas para o encaminhamento de usuários.

Em 2018, a proporção de UBS com acesso à Internet era de 74% (n=21.423) e 56% (n=20.461) das equipes mencionaram o uso de Telessaúde nos doze meses anteriores à entrevista. A participação em atividades de Ensino à Distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (EAD/UNA-SUS) foi informada por 48,2% (n=17.484) das equipes. O envolvimento com atividades da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) foi relatado por 9% (3.063) das equipes e a necessidade de uma segunda opinião formativa foi referida por 58% das equipes (n=11.728). No Ciclo III, o uso de apoio para

telediagnóstico foi referido por 56% (n=11.324) das equipes e o uso de teleconsultoria por 67% (n=13.564) das equipes.

Na área materno-infantil, em 2018, 98% das equipes referiram ofertar consultas de pré-natal (n=36.702) e 82% (n=30.223) possuíam informação do número de gestantes de alto risco no território. O registro regular do SISPRENATAL e o uso da caderneta da gestante para o acompanhamento de mulheres grávidas foram informados por 99% (n=36.433) das equipes, no Ciclo III. O exame ginecológico e das mamas durante as consultas de pré-natal foram realizados em menos de 50% das mulheres, independente do ciclo de avaliação. No período de 2012 a 2018, foi observado que cerca de 15% das mulheres não foram orientadas sobre a importância da amamentação. A abordagem sobre depressão na consulta de puerpério foi referida por 65% das mulheres.

Praticamente um terço das mães não levaram as crianças nos primeiros sete dias de vida para consulta de puericultura, sendo o agendamento da consulta de acompanhamento referido por 63% das mães. O recebimento de orientação sobre alimentação da criança foi referido por 85% das mães no Ciclo III. A visita de ACS ou de membro da equipe da ESF na primeira semana de vida do bebê aumenta a probabilidade de revisão do parto e a qualidade da atenção ao recém-nascido.

Ao se investigar as ações de promoção da saúde realizadas pelas equipes de saúde, foi observada a direcionalidade da oferta de ações ao grupo materno-infantil, com destaque para aleitamento materno, planejamento familiar e prevenção do câncer do colo do útero e da mama. Questões relativas a medicamentos ansiolíticos e benzodiazepínicos, crack, álcool e outras drogas, apoio ao autocuidado para DCNT e saúde do homem também foram incluídos na avaliação externa. Ações articuladas com a escola foram referidas por 91% das equipes (n=32.040) em 2018. A oferta de PICS na atenção básica ainda era escassa, sendo referida por um terço das equipes em 2014.

Dados do Ciclo III do PMAQ indicam que os testes para sífilis estavam presentes em 72% dos serviços (n=20.872), os testes para detecção do HIV, em 73% (n=21.173), e testes para pesquisa de plasmódio foram citados por 14% (n=366) das equipes no Ciclo III. Testes de gravidez foram referidos por 42% (n=12.099).

No cuidado aos indivíduos com diagnóstico de HAS, praticamente a totalidade teve a pressão arterial verificada na consulta, enquanto a realização de exames nos seis meses anteriores à entrevista – creatinina, perfil lipídico e eletrocardiograma – foi referida por cerca de 50% dos entrevistados, nos três ciclos avaliativos. No período de 2012 a 2018, cerca de 90% dos usuários com DM realizaram o exame de sangue para controle glicêmico nos seis meses anteriores à entrevista, mas apenas um terço teve seus pés examinados por

profissionais da equipe de saúde e menos da metade recebeu orientação sobre cuidado com os pés (47% no Ciclo III).

A disponibilidade de registro de pessoas com tuberculose com maior risco ou gravidade foi reportada por 83,7% das equipes (n=31.246) no Ciclo III. A busca ativa de faltosos do TDO foi mencionada por 96,5% (n=29.766) no Ciclo III. Quanto à disponibilidade de registro de pessoas com hanseníase com maior risco ou gravidade, o percentual foi de 74,9% (n=27.963) em 2018. A busca ativa de faltosos do TDO foi realizada por 96,2% (n=26.175) em 2018.

Tabela 1. Distribuição proporcional dos cuidados às condições crônicas no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ-AB, Ciclo III, 2018/2018.

Indicadores	%
Existência de território definido e população de referência (n=25.481)	68
Ter mapas do território de abrangência (n=35.067)	94
Registro de mulheres com exame citopatológico alterado no Ciclo III (n=31.816)	87
Registro de pessoas com HAS com maior risco/gravidade	80
Registro do número dos casos mais graves de usuários com transtorno mental (n=26.355)	71
Registro de pessoas com tuberculose com maior risco/gravidade (n=31.246)	84
Realiza busca ativa de faltosos do TDO (n=29.766)	97
Registro de usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção (n=20.528)	69
Contato com especialistas para o encaminhamento de usuários (n=12.775)	38
Ter prontuário eletrônico nas UBS (n=14.455)	39
UBS com acesso à Internet (n=21.423)	74
Uso de Telessaúde nos 12 meses anteriores à entrevista (n=20.4610)	56
Segunda opinião formativa (n=11.728)	58
Apoio para telediagnóstico (n=11.324)	56
Uso de teleconsultoria (n=13.564)	67
Participa de atividades de Ensino a Distância (EAD/UNA-SUS) (n=17.484)	48
Realiza ações articuladas com a escola (n=32.040)	91
Oferta consultas de pré-natal (n=36.702)	98
Possui informação do número de gestantes de alto risco no território (n=30.223)	82
Ter registro regular do SISPRENATAL e o uso da caderneta da gestante (n=36.433)	99

Ter realizado exame ginecológico e das mamas durante as consultas de pré-natal	50
Ter recebido orientação sobre a importância da amamentação	85
Foi questionada sobre depressão na consulta de puerpério	65
Agendada consulta de acompanhamento da puericultura	63
Ter recebido orientação sobre alimentação da criança	85
Usuários com diagnóstico de HAS – sair da consulta com o próximo atendimento agendado	42
Usuários com diagnóstico de DM - sair da consulta com o próximo atendimento agendado	39
Usuários com DM realizaram o exame de sangue para controle glicêmico nos seis meses anteriores à entrevista	90
Pés examinados por profissionais da equipe de saúde	33
Recebeu orientação sobre cuidado com os pés	47

Fonte: Facchini, Tomasi, Thumé, 2021

Experiências da APS no enfrentamento da pandemia de COVID-19

Em 2020, no início da disseminação da pandemia da COVID-19 no país, ocorreu uma grave interrupção dos serviços de saúde, com consequências para os indivíduos com condições crônicas de saúde, que requerem cuidados contínuos. As interações entre a COVID-19 e diferentes condições crônicas de saúde potencializaram os desfechos negativos no cuidado clínico, agravados pelas condições sociais e econômicas da população. No decorrer da pandemia, foi observada a ocorrência da sindemia da COVID-19, caracterizada pela sinergia de dois ou mais agentes agindo em consonância e causando um efeito maior do que a ação deles de forma isolada (Horton, 2020).

Nesse período também houve uma expressiva protelação e não realização de exames, entrega de medicação, consultas especializadas e cirurgias, aumento do risco de agravamento da saúde, sequelas e mortes de pessoas com condições crônicas de saúde. Apesar da persistência e agravamento da pandemia em 2020 e em boa parte de 2021, houve consenso no SUS, na academia e nos movimentos sociais em favor da inclusão da APS na resposta do país à COVID-19 e da retomada do atendimento às condições crônicas de saúde neste nível de atenção, mas também em ambulatórios especializados e hospitais, com as adaptações e adequações necessárias. A descoordenação e as contradições entre os entes governamentais, o foco em ações hospitalares e o descaso com ações da rede básica e da vigilância em saúde caracterizam o enfrentamento à COVID-19 no Brasil.

Na APS, a adaptação das atividades restringiu os atendimentos presenciais na UBS, e novas formas de interação com os usuários e a comunidade foram

implantadas. A separação de fluxo, ambiente, turno e, em alguns casos UBS, para pessoas com sintomas de COVID-19 e com outras demandas, juntamente com o reconhecimento da efetividade dos equipamentos de proteção individual, das medidas de higiene pessoal, distanciamento social e do atendimento dos usuários por meio de TICs, foram marcas importantes das transformações do cuidado às condições crônicas de saúde na APS brasileira. Nesse período, ocorreu uma expressiva ampliação de contatos, consultas, orientações, monitoramento e vigilância por telefone, vídeo, smartphone, WhatsApp e e-mail, dentre outras formas alternativas ao cuidado presencial na UBS.

A Rede de Pesquisas em APS articulou uma série de encontros com profissionais de saúde, gestores e trabalhadores de modo a contribuir para a troca de experiências no enfrentamento à COVID-19. Dentre as atividades, destaca-se a organização do seminário 'Desafios da APS no SUS no enfrentamento da COVID-19' (https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS-_Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf).

Outra iniciativa foi a publicação, na APS em Revista (Vol 2:2), de relatos de trabalhadores e gestores sobre a organização do cuidado aos usuários com condições crônicas, a incorporação de tecnologias, a reorganização do processo de trabalho das equipes durante a pandemia.

A organização de uma porta de entrada para pessoas com sintomas respiratórios, com o objetivo de diminuir o fluxo de pessoas nas UBS foi abordada na experiência de Porto Alegre, que inclui protocolos, treinamento para os profissionais sobre o uso de proteção individual (EPIs), medidas protetivas e notificação da doença. As atividades desenvolvidas na UBS gaúcha incluiu ainda o telemonitoramento de sintomas respiratórios e o teleatendimento de casos não sintomáticos, tanto para os que já estavam agendados como para os casos novos. (https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS-_Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf)

A orientação aos pacientes dos grupos de risco para ficar em casa e apenas procurar os serviços em caso de gravidade provocou uma importante queda no número de atendimentos nos Centros de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento durante os meses de março e abril de 2020 em Belo Horizonte, Minas Gerais. A Secretaria Municipal de Saúde criou um programa de controle de pessoas com doenças crônicas, com um Fluxograma de Monitoramento na APS. As equipes da APS receberam uma lista com todos os usuários com condições crônicas e de alto risco. i.e., pacientes com diabetes tipos 1 e 2, complicação clínica, cardiopatias e usuários de anticoagulante (Guimarães e col, 2020).

Em Belo Horizonte, a teleconsulta foi introduzida para os usuários com suspeita de COVID-19 e para aqueles com condições crônicas, de modo a identificar precocemente os casos, aumentar a resolutividade e encaminhar corretamente as situações de maior gravidade. Os autores destacam o importante papel da APS no fornecimento de informações corretas, com base na ciência, no suporte familiar e comunitário, em um momento de perdas, adoecimento e diminuição da renda (Guimarães e col, 2020).

Em Nova Lima (MG), o plano de cuidado às condições crônicas na APS em tempos de COVID-19 foi estabelecido para evitar a descontinuidade da atenção e consequente agravamento de problemas pré-existentes. O plano foi estruturado em cinco etapas, que incluíram o levantamento, com base no número de pessoas em situação de vulnerabilidade: idosos, crianças menores de um ano, gestantes, puérperas, hipertensos, diabéticos, problemas mentais, portadores de feridas e doenças infecciosas como HIV/AIDS e tuberculose. A seguir, as equipes definiram os grupos prioritários para iniciar o monitoramento segundo as características da população, patologias e condições de maior risco na área de abrangência sob responsabilidade da equipe. A etapa seguinte consistiu no contato telefônico dos ACS para identificar as demandas dos usuários. O trabalho foi apoiado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem e profissionais do NASF/Saúde Mental (Fernandez e col, 2020).

As abordagens em Nova Lima eram breves e focadas nos sinais e sintomas da COVID-19, hábitos de vida atuais e questões relacionadas à condição crônica. Em caso de necessidade de teleatendimento, as consultas eram realizadas por médicos(as), enfermeiros(as), profissionais do NASF e Saúde Mental, com a utilização de recursos tecnológicos, dispositivos móveis e equipamentos de acesso remoto. As renovações de receitas eram realizadas a distância, desde que o usuário estivesse em acompanhamento médico na UBS, com pelo menos uma consulta presencial prévia. A prescrição médica era entregue ao representante designado pelo usuário ou o ACS da área entregava a receita na residência. Se fosse necessária a avaliação presencial do paciente, realizava-se visita domiciliar ou agendava-se consulta presencial na UBS (Fernandez e col, 2020).

No município de Uberlândia (MG) a experiência no remodelamento da Rede de Atenção à Saúde com base no modelo de atenção às condições crônicas (MENDES, 2012) possibilitou a identificação precoce dos indivíduos idosos e com morbidades crônicas em situação de vulnerabilidade. Essa decisão facilitou a atuação das equipes de APS, considerando que a infecção pelo SARS-Cov-2 tem como principais alvos os idosos e os indivíduos com hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença cardiovascular prévia. Para facilitar a comunicação, foram elaborados materiais específicos sobre a

pandemia por meio de videoaulas, fluxogramas, matrizes de gerenciamento e planos de ação. As equipes de APS organizaram planilhas de registro coletivo a partir do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20), cruzando os dados com a estratificação de risco de hipertensão e diabetes, priorizando o cuidado de pessoas de maior risco. A vacina contra a Influenza ocorreu nos domicílios levando em consideração a estratificação de risco, sendo iniciada pelos idosos frágeis e de alto risco para hipertensão e diabetes, de forma a vacinar todas as pessoas do território das UBS, orientar sobre as medidas protetivas e de educação em saúde (Barra e col, 2020).

Em Uberlândia, o telefone da UBS foi disponibilizado para qualquer necessidade, reforçando a orientação de que os idosos e familiares evitassem sair de suas residências. Os profissionais de saúde também realizavam visitas domiciliares para orientar o maior número de pessoas em um menor espaço de tempo. Em caso de suspeita da infecção pelo coronavírus, as famílias foram orientadas a fazer contato com a UBS antes de levar o idoso para atendimento de urgência. As Instituições de Longa Permanência para Idosos do território foram visitadas, sendo aplicada a vacina anti-influenza e realizada orientação sobre medidas protetivas. O acompanhamento das pessoas idosas e com comorbidades foi realizado por meio de visitas domiciliares, contato telefônico ou *WhatsApp*, visto que essas pessoas já possuíam consultas programadas e agendadas segundo a estratificação de risco e parametrização (Barra e col, 2020).

A pandemia acelerou a incorporação de tecnologias de comunicação na rede de atenção do SUS em Florianópolis (SC), sendo lançado o serviço de atendimento pré-clínico denominado 'Alô saúde Floripa'. O serviço inclui a entrega de smartphone, chip pós-pago e acesso à plataforma *WhatsApp Business* para facilitar a comunicação das equipes de Saúde da Família com a população. As equipes foram orientadas a realizar busca ativa telefônica ou através de *WhatsApp* de usuários em situações clínicas de maior risco ou vulnerabilidade, i.e. gestantes de maior risco, crianças em primeira consulta de puericultura, pacientes crônicos já conhecidos das equipes, usuários com hipertensão ou diabetes descompensados. Além do uso das Tecnologias de Informação e Comunicação, foram implantadas as medidas de distanciamento social e reorganização dos serviços para adequação do processo de trabalho (Silveira & Zonta, 2020).

O atendimento remoto via telefone realizado pelos ACSs e os membros do NASF, com o apoio de equipes de Saúde da Família, foi implantado em Vitória (ES). O projeto teve por objetivo orientar a população sobre a COVID-19, as medidas de prevenção, os sinais, sintomas e os fluxos de funcionamento da USF durante a pandemia. Na oportunidade, também foram abordadas as epidemias de arboviroses em curso no território. A ideia do projeto foi manter o

elo entre usuários e USF, trabalhando para promover a saúde e prevenir agravos. Priorizaram-se as pessoas com hipertensão e diabetes devido ao risco elevado para as formas graves da COVID-19. As equipes orientavam sobre o isolamento social, quando procurar a USF ou os serviços de pronto atendimento, atendimento presencial e sobre a possibilidade de atendimento médico remoto na central municipal de telemedicina, implantada durante a pandemia. Aos pacientes acamados que apresentaram sintomas gripais, foi viabilizada visita domiciliar da equipe médica e de enfermagem para avaliação. O trabalho de telemonitoramento realizado na USF foi positivo e aperfeiçoado (Rodrigues e col, 2020).

Entretanto, os autores referem algumas fragilidades existentes no processo, dentre elas o cadastro desatualizado, com telefones não existentes. O telemonitoramento apresentou boa adesão dos usuários, atribuída ao vínculo fortalecido dos ACSs com a população. Os usuários expressaram satisfação pelo contato da equipe durante a pandemia, contribuindo para a redução do estresse causado pela sensação de solidão provocada pelo fechamento dos serviços e do isolamento social (Rodrigues e col, 2020).

Os relatos reforçam o papel pró-ativo das equipes da APS e dos gestores na implantação de medidas que permitiram o vínculo com os usuários e a inclusão da tecnologia, para facilitar a comunicação no processo do cuidado continuado. Em Uberlândia, o trabalho com base no território e no cadastro existente, decorrente do MACC implantado no município, facilitou o processo de vigilância e monitoramento dos indivíduos vulneráveis. O trabalho articulado com os ACS também mostrou ser importante para identificar a necessidade de atendimentos no domicílio. A disponibilidade de Internet e de equipamentos para adoção das tecnologias de comunicação mostrou ser de extrema necessidade em períodos onde há necessidade de distanciamento social presencial

<https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS-Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf>

A gravidade da situação sanitária do país e a urgência de pleno atendimento às necessidades de saúde em áreas sob responsabilidade da ESF são incentivos ao debate sobre inovações na atenção às condições crônicas de saúde na APS, com o propósito de alcançar a universalidade, a integralidade e a equidade dos cuidados dispensados à população. A análise dos dados da PNAD COVID-19 e do banco de internações de Síndrome Respiratória Aguda Grave identificou graves desigualdades sociais. A realização de testagem aumentou em função da renda, a letalidade foi maior entre os indivíduos sem escolaridade, a mortalidade maior entre os mais pobres e entre os indivíduos negros, pardos e índios.

http://idec.org.br/sites/default/files/mortes_evitaveis_por_covid-19_no_brasil_para_internet_1.pdf.

As condições crônicas na Agenda 2030 de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e os impactos da COVID-19 no alcance das metas

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) aprovados pela Assembleia das Nações Unidas - Agenda 2030 - reafirmam a importância do apoio a comportamentos saudáveis e da promoção do bem-estar para todos, em todas as idades (ODS 3 - Saúde e Bem Estar). O Brasil se comprometeu em assegurar, por meio do SUS, a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais. A meta global foi adequada ao art. 194 da Constituição Federal, que assegura os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Para isso, considera-se essencial a cobertura dos cuidados primários às condições crônicas de saúde, que incluem o acompanhamento da saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e o acesso e a capacidade dos serviços em atender às necessidades da população (meta 3.8 ODS)

<https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>. Conhecer a situação dessas necessidades antes e depois da pandemia permite dimensionar com maior acurácia as ações de saúde no país.

O Observatório Obstétrico Brasileiro COVID-19 (OOBr Covid-19) alerta que os óbitos maternos em 2021 superaram o número notificado em 2020. No ano de 2020, foram 544 óbitos em gestantes e puérperas por COVID-19 no país, com média semanal de 12,1 óbitos, considerando que a pandemia se estendeu por 45 semanas epidemiológicas nesse ano. Até 26 de maio de 2021, foram registrados 911 óbitos, com média semanal de 47,9 óbitos (<https://portal.fiocruz.br/noticia/observatorio-covid-19-destaca-alta-mortalidade-materna>).

Em 2019, estima-se que ocorreram 1.655 óbitos maternos, 65,7% decorrentes de causas obstétricas diretas, com predomínio de hipertensão (370 óbitos; 20%), hemorragia (195 óbitos; 12,4%), infecção puerperal (69 óbitos; 4,4%) e aborto (43 óbitos; 2,7%). Dentre as causas obstétricas indiretas, as doenças do aparelho circulatório predominam (130 óbitos; 8,3%), seguidas das doenças do aparelho respiratório (65 óbitos, 4,1%), e doenças infecciosas e parasitárias maternas (45 óbitos; 2,9%), das quais destaca-se a AIDS (13 óbitos; 0,8%) (Brasil, 2021).

No período de 1990 a 2019, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) apresentou redução em todas as regiões do Brasil. Em 2019 estima-se que ocorreram 38.619 óbitos infantis no Brasil, sendo a TMI de 13,3 óbitos por mil nascidos

vivos, com a preocupação de que a mortalidade naquele ano tenha retrocedido ao padrão observado em 2015, com persistência das desigualdades intra e inter-regionais. (https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/outubro/18/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf)

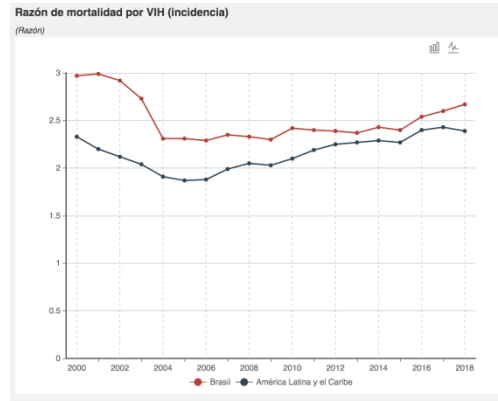
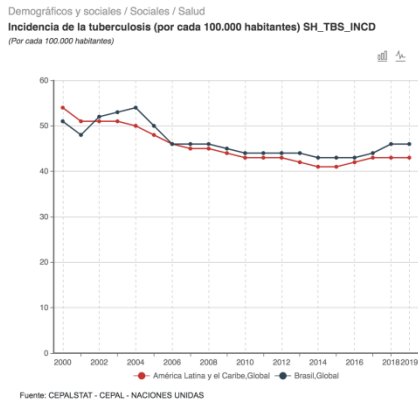
As condições crônicas relacionadas às doenças infecciosas também estão contempladas na Agenda 2030 e há a pretensão de reduzir e controlar a ocorrência de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, além de combater a hepatite, as doenças transmitidas pela água e demais doenças transmissíveis. Essas condições são consideradas como um problema de saúde pública pela carga de mortalidade, morbidade e sofrimento causados, além do potencial epidêmico desses agravos e do custo do tratamento para o sistema de saúde. O impacto no indivíduo inclui os anos potenciais de vida perdidos, a extensão de incapacidade, dor e desconforto, o custo do tratamento e as consequências na família (<https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>).

Em 2020, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre os países que concentram 84% dos casos de tuberculose, verificou-se que, em relação ao ano de 2019, cerca de 1,4 milhão de pessoas deixaram de receber o tratamento para tuberculose por não terem sido diagnosticadas. Esse número corresponde a uma redução de 21% nas notificações, podendo significar meio milhão de mortes adicionais pela doença. [Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde 2 Volume 52 | Nº 22 | Jun. 2021](#)

No Brasil, em 2020, foram notificados 86.166 casos de tuberculose no Brasil, correspondendo a uma queda de 10,9% em relação à 2019, quando foram registrados 96.655 casos. A queda ocorreu a partir do mês de abril/2020 e o maior efeito foi observado no mês de maio/2020, com 31,9% de redução em comparação ao mesmo período de 2019. Dentre as regiões, a menor queda no período avaliado foi observada na região Sudeste (-9,4%) e a maior, na região Sul (-13,1%) [Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde 2 Volume 52 | Nº 22 | Jun. 2021](#)

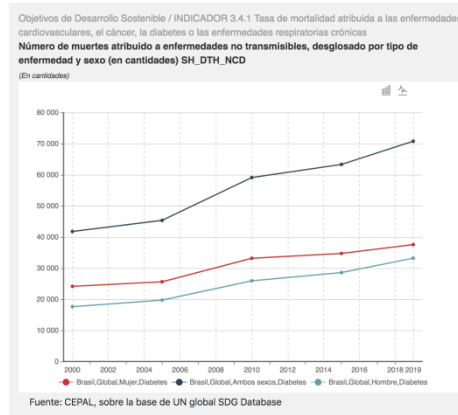
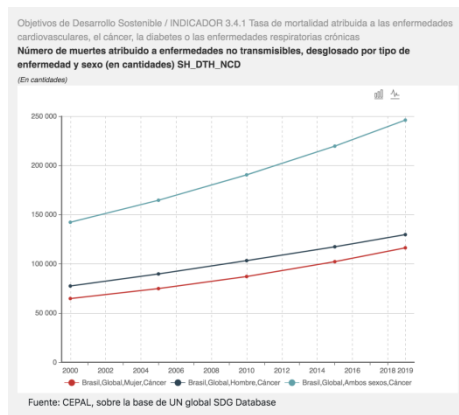
Além da queda nas notificações, a pandemia agravou os determinantes sociais da tuberculose, com o aumento da pobreza, desnutrição e más condições de moradia, com consequências na ocorrência da doença, tornando ainda mais necessário o fortalecimento das ações voltadas ao seu manejo adequado. Dessa forma, o monitoramento dos efeitos da pandemia da COVID-19 sobre as ações preventivas e de controle da tuberculose é essencial para subsidiar o direcionamento oportuno de ações, visando a manutenção dos avanços e a progressão das conquistas para a eliminação da doença. [Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde 2 Volume 52 | Nº 22 | Jun. 2021](#)

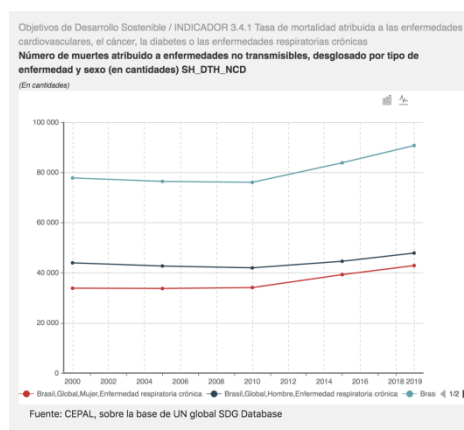
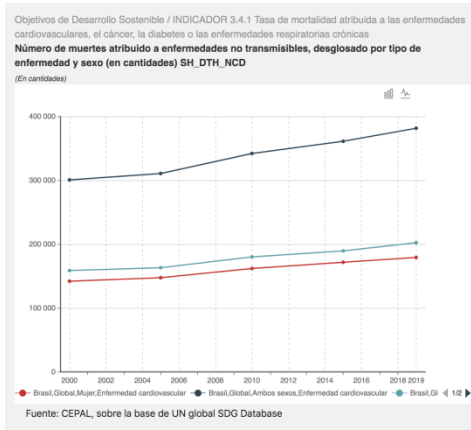
Ao compararmos a incidência de tuberculose no Brasil e na América Latina, é possível observar o aumento da taxa no país a partir de 2016, com tendência de crescimento. A razão de mortalidade por HIV/AIDS também é maior no Brasil do que na América Latina e Caribe, com pior desempenho a partir de 2015 (Figuras 2 e 3).



Figuras 2 e 3 - Incidência de tuberculose (100.000hab) e Razão de Mortalidade por HIV/AIDS na América Latina e Caribe e no Brasil, 2000-2018. Fonte. Cepal, 2021

Em relação a 2015, a meta 3.4 do ODS 3 prevê a redução de um terço das mortes prematuras causadas por doenças não transmissíveis até 2030, monitoradas pelas taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias. As Figuras 4, 5, 6 e 7 mostram os números de mortes ocorridas no Brasil no período de 2000 a 2018/2019 atribuídas ao câncer, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias de acordo com o sexo. No período anterior à pandemia, é possível observar a tendência crescente dos óbitos, sendo a mortalidade em todos os agravos maior no sexo masculino (<https://agenda2030lac.org/estadisticas/banco-datos-regional-seguimiento-ods.html?lang=es>)





Figuras 4, 5, 6 e 7. Número de mortes ocorridas no Brasil no período de 2000 a 2018/2019 atribuídas ao câncer, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias no Brasil no período de 2000 a 2018/19 de acordo com o sexo. CEPAL, 2021.

No Brasil, entre 2006 e 2018, houve aumento do percentual de adultos que referem ter diabetes (5,7% e 7,7%), com tendência de aumento a partir dos 35 anos de idade. A tendência poderá impactar na redução do percentual de internações para a faixa etária de 30 a 59 anos nos próximos anos, embora entre 2009 e 2018, a taxa nacional tenha passado de 60 internações por 100 mil habitantes para 44 internações por 100 mil habitantes. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf

Estudo com dados do VIGITEL de 2013 identificou a prevalência de multimorbidade por DCNT's de 13,7% em adultos e 42,9% em idosos. A tríade mais comum foi diabetes, hipertensão arterial e obesidade. A hipertensão arterial foi a doença mais prevalente na ocorrência da multimorbidade, estando presente em 77,1% dos casos em adultos e 90,7% em idosos. O risco de multimorbidade foi 27,7 vezes maior em hipertensos adultos e 16,5 vezes maior nos hipertensos idosos do que nos não hipertensos (Santos, 2017).

O Plano Nacional de Saúde 2020-2023, utilizando dados do VIGITEL de 2018, referiu uma frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial de 24,7%. A prevalência foi de 27,0% nas mulheres e de 22,1% nos homens. Na faixa etária de 55 a 64 anos foi de 49% e alcançou 60% em pessoas com 65 anos e mais. Conforme o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), de 2010 a 2018, as internações com diagnóstico principal de hipertensão essencial mostraram uma redução de 43%, passando de 98.326 para 56.118 hospitalizações no período. O Plano reconheceu a relevância da continuidade e da melhoria das ações de saúde relacionadas à hipertensão, com especial ênfase para o diagnóstico precoce, a promoção do autocuidado e o controle adequado dos casos na Atenção Primária à Saúde.

O adequado enfrentamento dos desafios da atenção às condições crônicas de saúde depende de intervenções múltiplas e requer uma combinação de prevenção, detecção precoce e tratamento, conforme estabelecido no Plano Nacional de Saúde e na Agenda 2030. Entretanto, a pandemia colocou sob pressão o alcance das metas consagradas na Agenda 2030 com a necessidade da mobilização de recursos adicionais (para minimizar as consequências negativas sobre os serviços de saúde, em especial de APS e ampliar o financiamento destinado a retomada dos cuidados de saúde e o enfrentamento da demanda decorrente da COVID-19 de longa duração (IPEA, 2021)

Perspectivas e Recomendações

A agenda estratégica de pesquisa e políticas em APS é discutida em um momento crítico para o país e seu sistema de saúde. A pandemia deu visibilidade ao SUS, que hoje é reconhecido pela sua ação heróica no enfrentamento da pandemia, desde o tratamento dos casos suspeitos e confirmados até a atuação na aplicação das vacinas a milhões de brasileiros e cuidado às pessoas com sequelas e consequências a longo prazo provocadas pela COVID-19.

Por outro lado, o SUS jamais foi tão ameaçado em seus princípios constitucionais de garantir o direito à saúde por meio de um sistema público de saúde, universal, integral e equitativo. Desde a ruptura institucional de 2016, multiplicam-se ameaças e ações contrárias aos princípios fundamentais do SUS. Políticas reducionistas do Estado afetaram severamente o financiamento do SUS e estimulam o estabelecimento de negócios privados na gestão e na oferta de serviços de saúde, inclusive na APS.

Em 2011, com base nas características do país e da gestão federal à época, a publicação 'Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro' projetou três cenários para o sistema de saúde em 2030: otimista, inercial e pessimista. Os cenários foram definidos de acordo com diferenças no contexto político-econômico de inserção do sistema de saúde e na capacidade institucional do Estado para concretizar os princípios da seguridade e do SUS, melhorar as condições de saúde da população e reduzir as desigualdades em saúde (Fiocruz, 2012). Infelizmente, com uma década de antecedência, vivemos o cenário pessimista marcado pelo aumento das restrições às políticas e ações públicas de saúde, expansão do setor privado e acirramento das desigualdades sociais em saúde.

O contexto geopolítico e econômico mundial de crise neoliberal e de gestão caótica e descoordenada da pandemia de COVID-19 por parte do governo federal resulta no cenário de desconstrução das garantias constitucionais do Estado de direito, ameaçando o caráter público do SUS. A pandemia se instalou no país em um momento de transição das políticas de APS, que determinaram mudanças na forma de avaliação de desempenho e do financiamento, introduzidas pelo programa Previnir Brasil (Brasil, 2019).

A pandemia ocasionou mudanças nas estruturas e no processo de trabalho das equipes. Inicialmente, ocorreu a interrupção dos serviços devido ao risco aumentado de contágio, à necessidade de adaptações nas estruturas, nos insumos, no processo de trabalho para a retomada das atividades e à introdução de novas tecnologias no cuidado em saúde. O cuidado das condições crônicas foi duramente comprometido, principalmente ao considerarmos o caráter sindêmico da COVID-19, que eleva o risco de gravidade e óbito em função da interação entre doenças e condições crônicas preexistentes e a infecção aguda provocada pelo SARS-CoV-2. A situação é ainda mais desafiadora quando observamos os padrões de ocorrência entre os grupos sociais. A disparidade social e econômica exacerba os efeitos de cada doença separada e seu enfrentamento requer abordagem multidimensional e multiprofissional para proteção da população.

Na atenção às condições crônicas é necessário garantir a qualidade do cuidado, consolidar a rede de atenção de forma efetiva e eficiente e apoiar o desenvolvimento de pesquisas, políticas, educação permanente e ações de saúde que considerem:

1. Universalização da Estratégia de Saúde da Família

A crescente demanda de usuários com condições crônicas observada nas últimas décadas requer dos serviços de saúde cuidados continuados, mais do que tratamento episódico. Para isso, recomenda-se o fortalecimento da APS, a universalização do modelo ESF, a organização dos serviços em redes de atenção regionalizadas e integradas, ordenadas a partir da demanda do território. A ESF promove uma visão ampliada do conceito de saúde com ações nos serviços de saúde, na comunidade e também intersetoriais. Assim, a ESF poderá garantir o alcance universal das práticas de promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e autocuidado apoiado, com participação social.

2. Promoção da saúde na APS

A promoção da saúde é essencial para o enfrentamento de comportamentos de risco com o objetivo de orientar e apoiar escolhas saudáveis dos usuários na escola, no trabalho e na comunidade. Também é relevante para reduzir a probabilidade de ocorrência de doença crônica e

melhorar a qualidade de vida, com ênfase em abandono do tabagismo, adoção de alimentação saudável, prática de atividade física regular, redução na ingestão de bebidas alcoólicas, rastreamento para problemas de saúde relevantes.

3. Autocuidado apoiado

O autocuidado requer a colaboração entre a equipe de saúde e os usuários de modo a definir em conjunto os planos de cuidado para solução dos problemas. Significa reconhecer o papel central do usuário em relação à sua saúde, incentivando a autorresponsabilidade e transformando o profissional de saúde em parceiro do usuário. O apoio da equipe da ESF e dos especialistas é fundamental para orientar a tomada de decisão dos usuários, mas o apoio familiar é indispensável para manejar em casa e na vida social os cuidados cotidianos na presença de condições crônicas. Membros da família e pessoas amigas podem ajudar a tomar os medicamentos de maneira adequada e na hora certa, monitorar sintomas e acompanhar às consultas, exames e procedimentos requeridos. Importante estar atento aos sinais de depressão, pois pessoas com doenças crônicas têm maior probabilidade de sofrer de depressão, embora o oposto também seja verdadeiro: pessoas com depressão têm maior probabilidade de desenvolver doenças crônicas;

4. Vigilância em saúde e acompanhamento

A vigilância em saúde e o acompanhamento no território de usuários com condições crônicas será facilitada por meio de cadastro e vínculo à uma equipe da ESF, integração com o sistema de informação em saúde e uso de prontuário eletrônico. Desta maneira, será possível a identificação de risco biológico, social e ambiental para acompanhar a população com maior vulnerabilidade;

5. Coordenação do cuidado de usuários com condições crônicas

A coordenação do cuidado multiprofissional na equipe da ESF e na rede de saúde depende do estabelecimento das atribuições de cada profissional no atendimento compartilhado de usuários com condições crônicas e da articulação com as centrais de regulação. O sucesso na coordenação do cuidado, agiliza o fluxo e os tempos de espera nos encaminhamentos aos serviços especializados e do sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, além de garantir o cuidado integral do usuário e o acesso seguro aos demais níveis de atenção;

6. Sistema de assistência farmacêutica

O tratamento das condições crônicas é composto, muitas vezes, por um amplo conjunto de medicamentos. A oferta oportuna dos fármacos requer o planejamento da compra, da dispensação, da orientação sobre seu uso

seguro, principalmente em populações envelhecidas. Embora os medicamentos sejam essenciais para o tratamento de doenças crônicas, seu consumo aumenta o risco de iatrogenias medicamentosas, sobretudo se considerarmos o uso de múltiplas drogas decorrentes da coexistência de múltiplas morbidades;

7. Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde

A pandemia de COVID-19 acelerou a incorporação da saúde digital tanto no âmbito individual, quanto no cotidiano dos serviços de saúde, como por exemplo, a utilização de receitas eletrônicas, telessaúde e prontuários eletrônicos. Desde 2015, a Agenda 2030 de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) incentiva o apoio das tecnologias digitais no cuidado, o que inclui o uso de dispositivos móveis tais como celulares, computadores portáteis, tablets etc. As tecnologias poderão contribuir para melhorar o acesso e a qualidade da atenção na rede de serviços de saúde. Entretanto é fundamental avançar na segurança e privacidade das informações. A inteligência artificial (IA), *Big Data* e *data analytics* podem possibilitar a oferta de assistência digitalmente habilitada, auxiliando a redução de erros e a detecção e resposta a doenças e epidemias;

8. Educação permanente de gestores e profissionais da APS

A qualidade da atenção às condições crônicas poderá ser ampliada com a oferta sistemática de educação permanente para gestores e profissionais de ESF. Iniciativas pedagógicas que valorizam a organização da rede de serviços facilitam o cuidado integral das condições crônicas de saúde, melhoram a prática clínica, a vigilância em saúde, a gestão de casos complexos, as ações intersetoriais e a inclusão do autocuidado apoiado. A participação ativa dos ACS nas atividades de educação permanente e na interlocução com a população e profissionais de saúde pode auxiliar o uso de estratégias de comunicação efetivas.

9. Financiamento para as ações em saúde

O aumento progressivo dos recursos destinados à APS, até a duplicação do montante de cerca de 20 bilhões de reais disponível no orçamento da SAPS será fundamental para a melhoria do cuidado às condições crônicas. Essa iniciativa ganha relevância em um cenário de acirramento das desigualdades sociais, crise do setor saúde, do incremento das condições crônicas não transmissíveis e do caos na gestão da saúde no Brasil;

10. Modelo de Atenção às Condições Crônicas adaptado para o Brasil

A implantação do MACC modifica o processo de trabalho das equipes da ESF, superando o atendimento agudo centrado no profissional médico em favor de um fluxo contínuo de interação do usuário com a equipe multiprofissional, facilitado por meio de TICs e equipamentos eletrônicos. A

melhoria contínua das ações no território, com populações definidas, infraestrutura adequada das UBS, disponibilidade de TICs, atualização e ampliação de equipamentos clínicos e de dispositivos para avaliação e monitoramento poderão ampliar a capacidade resolutiva da APS e coordenar a ação multiprofissional para garantia da completude do cuidado e evitar o deslocamento dos usuários para outros pontos de atenção da rede de saúde. Previamente à implantação do novo modelo de atenção será essencial realizar um balanço dos avanços obtidos com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (2011 - 2022) e delinear de um novo plano para a próxima década, com o objetivo de ajustar as propostas de ações de acordo com o atual cenário epidemiológico, demográfico e da carga de doenças e situações que requerem cuidado de longo prazo.

Em síntese, as metas pactuadas pelo Brasil para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - Agenda 2030, o desempenho da APS verificado na avaliação externa do PMAQ-AB e as respostas das equipes da ESF quanto ao atendimento da população durante a pandemia, reforçam a necessidade de mudança nos rumos da atual Política Nacional de Saúde, que agravam as iniquidades locais e regionais e dificultam a atenção às condições crônicas.

Referências Bibliográficas

Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, de Souza Noronha KVM, Rocha R, Macinko J, Hone T, Tasca R, Giovanella L, Malik AM, Werneck H, Facchini LA, Atun R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019 Jul 27;394(10195):345-356. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7. Epub 2019 Jul 11. PMID: 31303318.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi, E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira F, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Organização Pan-Americana da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2012. 515 p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

Silva LS, Cotta RMM, Rosa COB. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. v. 34, n. 5, p. 343-50, 2013.

Santos, MC. Multimorbidade de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prevalência e associação com indicadores sociodemográficos, de atividade física e de comportamento sedentário em adultos e idosos. Dissertação Mestrado, UFSC, 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília ;2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; 377(9781): 1949-61. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)
» [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)

Cardoso LSM, Teixeira RA, Ribeiro ALP, Malta DC. Premature mortality due to non-communicable diseases in Brazilian municipalities estimated for the three-year periods of 2010 to 2012 and 2015 to 2017. *Rev Bras Epidemiol*. 2021 Apr

16;24(suppl 1):e210005. English, Portuguese. doi: 10.1590/1980-549720210005.supl.1. PMID: 33886878.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. Boletim Epidemiológico 2 Volume 52. Nº 29. Ago. 2021

World Health Organization. (WHO). Best Buys and Other Recommended Interventions for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases Updated. 2017. Geneva; 2017

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 2979 de 12/11/2019. Institui o Programa Previne Brasil.
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/portarias/prt_2979_12_11_2019.pdf

Rede de Pesquisa em APS no Seminário “De Alma Ata à Estratégia Saúde da Família: 30 anos de APS no Brasil – avanços, desafios e ameaças”, realizado na Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ, de 20 e 21 de março de 2018). https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Abrasco_Final_06.07-1.pdf
Brasil, Portaria/GM nº 16, de 03/01/2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

OPAS. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas, out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no

âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de dez, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 de abril de 2014.

OMS. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

OPAS. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC : OPS, 2013.

CONASS. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde”. iBooks. Disponível em <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/>

Facchini, LA, Tomasi E, Thumé E. Acesso e Qualidade na Atenção Básica Brasileira: Análise comparativa dos três ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012-2018. [E-book]. Organizadores: São Leopoldo: Oikos, 2021.

Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. Lancet. 2020 Sep 26;396(10255):874. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32000-6. PMID: 32979964; PMCID: PMC7515561.

Guimarães, FG.; Carvalho, TML.; Bernardes, RM; Pinto, JM. xii- A organização da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da pandemia COVID-19: relato de experiência. APS em Revista Vol. 2, n. 2, p. 74-82| Junho–2020|ISSN 2596-3317 –DOI 10.14295/aps.v2i2.128

Fernandez, MV, Castro, DM de, Fernandes, L.da M M, & Alves, IC (2020). Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. APS EM REVISTA, 2(2), 114–121. <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.84>

Barra, RP; Moraes, EN; Jardim, AA; Oliveira, KK; Bonati, PCR.; Issa, AC; Machado, CJ. A importância da gestão correta da condição crônica na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento do Covid-19 em Uberlândia, Minas Gerais. Vol. 2, n. 1, p.38-43| Janeiro/Abril–2020|ESPECIAL COVID-19|ISSN 2596-3317 –DOI 10.14295/aps.v2i1.64

Silveira, JPM; Zonta, R. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis Vol. 2, n. 2, p.91-96| Junho–2020ISSN 2596-3317 –DOI 10.14295/aps.v2i2.122

Rodrigues, AP; Felipe, CR; Lima, DB.; Costa, LRO; Fernandes, PF.; Silva, RP P; Fernandes, RM.; Lazarini, WS. Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários em tempos da COVID-19: uma experiência na atenção primária à saúde do município de Vitória-ES Vol. 2, n. 2, p. 189-196| Junho–2020ISSN 2596-3317 –DOI 10.14295/aps.v2i2.100

FIOCRUZ. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. / Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

OPAS. Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. Washington, DC : OPAS, 2015

Mendes, EV. O lado oculto da uma pandemia: a terceira onda ou o paciente invisível. e-book, 2020. Disponível <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Livro-Terceira-Onda-por-Euge%CC%82nio-Vilac%CC%A7a-Mendes.pdf>

Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros [livro eletrônico] : TIC Saúde 2018 = Survey on the use of information and communication technologies in Brazilian healthcare facilities : ICT in Health 2018 [livro eletrônico] / Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR [editor]. -- São Paulo : Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2019. 3.800 Kb ; PDF

TIC para o desenvolvimento sustentável. Recomendações de políticas públicas que garantem direitos. Recuperado em 23 agosto, 2019, de <https://www.cetic.br/publicacao/tic-para-o-desenvolvimento-sustentavel-recomendacoes-de-politicas-publicas-que-garantem-direitos/>

IPEA. Políticas Sociais Acompanhamento e Análise: Saúde. Brasília-DF, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2021. <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10560>

Referências complementares

Rede APS - <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS-Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf>

Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2020-2030. Brasília, 2020. Disponível https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf

Werneck, G.L e col. Mortes Evitáveis por Covid-19 no Brasil.
http://idec.org.br/sites/default/files/mortes_evitaveis_por_covid-19_no_brasil_para_internet_1.pdf

ONU. Os objetivos de desenvolvimento sustentável: dos ODM aos ODS. Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/post2015.html>. Acesso em: 28 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.715, de 17 de novembro de 2011. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2715_17_11_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997, 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de Atenção Básica, n. 35. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 162 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica, n. 38. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 212 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Cadernos da Atenção Básica, n. 40. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 154 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentação cardioprotetora: manual de orientações para profissionais de saúde da atenção básica. Brasília; Brasil. Ministério da Saúde; 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 1.ed., 1.reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2.ed., 1.reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) : versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. –Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 83 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 160p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html