

CARACTERIZAÇÃO DAS ENFERMIDADES QUE ACOMETEM PESSOAS IDOSAS NA COMUNIDADE

CHARACTERIZATION OF THE DISEASES THAT AFFECT ELDERLY PEOPLE IN THE COMMUNITY

João José da Silva Neto^I, Maria Alice da Silva Viana^{II}, Inara Larissa Ferreira Nogueira^{III}, Adriana Lira Rufino de Lucena^{IV*}

Resumo. A presença de doenças crônicas aponta a necessidade de promover o controle e prevenção dos agravos, visto que são as principais causas de mortes. Esse estudo tem a finalidade de descrever os problemas de saúde e o autocuidado de pessoas idosas assistidas por uma unidade básica de saúde, no município de João Pessoa- PB. Essa pesquisa trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com 50 pessoas idosas acompanhadas nas consultas de HIPERDIA, pertencentes a uma microárea de uma unidade básica de saúde. A coleta de dados ocorreu no mês de abril de 2024, na própria unidade de saúde. Cada entrevista durou uma média de 20 minutos. Ao término da coleta, os dados foram dispostos em uma planilha do Excel para análise descritiva e quantitativa. Verificou-se que 56% da amostra são do sexo feminino e compreende a faixa etária entre 60 a 69 anos; 50% não alfabetizados; 46% viúvos e 86% vivem com um salário mínimo. 62% apresentam hipertensão arterial, 22% diabetes mellitus e 20% osteoporose; 72% monitoram a pressão arterial; 68% não realizam atividade física e 86% não se alimenta de forma saudável, fatores necessários para controle pressórico, glicêmico e de massa muscular. Foi identificado que é imprescindível pensar na pessoa idosa para além do biológico e em todos os níveis de saúde, principalmente a atenção primária à saúde reconhecendo o espaço e dando vez e voz a dúvidas, pensamentos e às necessidades das pessoas idosas com condições crônicas, para que o processo terapêutico seja guiado para o conhecimento, autocuidado e assim, se construir um cuidado transformador baseado na promoção à saúde da pessoa idosa.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Estilo de vida; Doença Crônica.

Abstract. The presence of chronic diseases indicates the need to promote disease control and prevention, as they are the leading causes of death. This study aims to describe the health problems and self-care of elderly people assisted at a primary healthcare unit in João Pessoa- PB. This research is an exploratory, descriptive study with a quantitative approach, carried out with 50 elderly people followed up in HIPERDIA consultations belonging to a micro-area of the primary healthcare unit. Data was collected in April 2024 at the healthcare unit itself. Each interview lasted an average of 20 minutes. At the end of the collection, the data was arranged in an Excel spreadsheet for descriptive and quantitative analysis. It was found that 56% of the sample were female and aged between 60 and 69; 50% were illiterate; 46% were widowed, and 86% lived on a minimum wage; 62% had high blood pressure, 22% diabetes mellitus and 20% osteoporosis; 72% monitored their blood pressure; 68% did not exercise, and 86% did not eat healthily, factors necessary for controlling blood pressure, blood glucose levels and muscle mass. It was identified that it is essential to think of the elderly beyond the biological and at all levels of health, especially primary healthcare, recognizing the space and allowing the doubts, thoughts, and needs of elderly people with chronic conditions to have a voice, so that the therapeutic process is guided towards knowledge, self-care and thus building transformative care based on promoting the health of the elderly.

Keywords: Ageing; Lifestyle; Chronic illness.

^IDiscente do curso de graduação em Enfermagem pelas Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança.
CEP: 58326-000. Caaporã- PB. Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5024-6266>.

^{II}Discente do curso de graduação em Enfermagem pela Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança.
CEP:58059-378, João Pessoa-PB, Brasil,
ORCID:<https://orcid.org/0009-0002-3763-2477>

^{III}Discente do Curso de Graduação em Enfermagem pelas Faculdades de Enfermagem e Medicina,
CEP: 58057-330, João Pessoa- PB. Brasil,
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5973-1777>

^{*IV} Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.
Autor Principal: adriana.lira.rufino@hotmail.com
CEP:58032085, Joao Pessoa- PB. Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3236-4605>

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo multifatorial e subjetivo que se estabelece a partir da relação entre os aspectos cronológicos, biológicos e psicossociais, que geram mudanças significativas na saúde e vida da pessoa idosa e, que requer assistência holística, conhecimento, compromisso e respeito por parte dos profissionais de saúde e familiares¹.

Enfrentar tal processo vem sendo um grande desafio de saúde pública, uma vez que o aumento da expectativa de vida está congregado à ascensão também de condições crônicas, principalmente quando se refere a países tropicais, de média e baixa renda, como o Brasil. O país ainda apresenta taxas de mortalidade padronizadas por idade superior aos países de alta renda, as quais estão agregadas às limitações nas atividades básicas diárias e/ou restrição de participação social, devido às consequências impostas pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's), estabelecendo a necessidade dos serviços e profissionais de saúde estarem aptos a atender as necessidades biopsicossociais e espirituais, além das subjetividades humana, principalmente diante das internações hospitalares e assistência domiciliar².

As DCNT's são multifatoriais e caracterizam-se por ser um grupo de doenças marcadas pela ausência de microrganismos no modelo epidemiológico, pela não transmissibilidade, por apresentar longo curso clínico e irreversibilidade, que cursam para elevado número de incapacidades, perda de qualidade de vida e morte. Tais condições exigem um cuidado terapêutico personalizado e ininterrupto, realizado por uma equipe multidisciplinar em saúde para monitorar, orientar o tratamento farmacológico e complementar, incentivando para (re)adequar o estilo de vida, em que as atitudes e comportamentos devem ser profícuos e implementados na rotina diária, fundamentados em uma alimentação saudável, prática atividade física regular, acesso a lazer e interação social³.

Neste cuidado preventivo permanente, a enfermagem tem competência e habilidade para, durante a anamnese, acolher e abordar cuidados que envolvam a educação em saúde diante das vulnerabilidades e fragilidades do estilo de vida, implementação do diagnóstico e intervenções⁴, favorecendo um cuidado terapêutico participativo nas tomadas de decisões frente ao autocuidado, para que o controle das condições clínicas seja alcançado⁵.

Reforça-se que as DCNT's acarretam custo econômico elevado, tanto para o sistema de saúde como para a sociedade, por impactarem negativamente na qualidade de vida daqueles que não estão sendo cuidados e orientados. Além disso, muitos profissionais de saúde estão pouco preparados para atender às necessidades geriátricas e gerontológicas já que menos de 15% dos programas de graduação em ciências da saúde nas Américas e menos de 10% das principais especialidades médicas não incluem o envelhecimento e a saúde geriátrica em seus planos de ensino⁶.

Por ser um grupo populacional em ascensão e vulnerável a agravos crônicos que podem culminar em incapacidades funcionais e/ou cognitivas, suscitando situações de dependência e cuidado longitudinal, conhecer a população adscrita na área de abrangência da unidade básica de saúde em relação ao perfil sócio demográfico, situação de saúde e suas práticas de autocuidado é de suma importância, pois permite detectar intervenções bem sucedidas e fragilidades para que se formulem estratégias e metas a fim de melhorar a assistência prestada.

Diante disto, o estudo buscou responder às seguintes questões norteadoras: Quais as doenças crônicas mais prevalentes em uma população idosa atendida em uma unidade básica de saúde na cidade de João Pessoa-PB? Que autocuidado se realiza para o controle da enfermidade?

Desta forma, o estudo objetivou descrever os problemas de saúde e o autocuidado de pessoas idosas assistidas por uma unidade básica de saúde, no município de João Pessoa-PB.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem quantitativa, realizado com 50 pessoas idosas acompanhadas nas consultas de HIPERDIA, pertencentes a uma microárea de uma unidade básica de saúde, na cidade de João Pessoa - PB.

Para a obtenção da amostra, foram criados critérios para a seleção, sendo o de inclusão: a pessoa idosa estar devidamente cadastrada na unidade de saúde; estar em dia nas consultas de HIPERDIA e aceitar livremente participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critério de exclusão: a pessoa idosa apresentar no momento da coleta de dados algum problema cognitivo que dificultasse a compreensão dos questionamentos pertinentes ao instrumento de coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada no mês de abril do corrente ano, na própria unidade de saúde, após a consulta de HIPERDIA, por meio de entrevistas guiadas por um formulário semiestruturado contendo dados sociodemográficos, sobre as condições crônicas e os cuidados desempenhados no dia a dia para controle da condição clínica. Cada consulta durou uma média de 20 minutos. Ao término da coleta, os dados foram dispostos em uma planilha do Excel para análise descritiva e quantitativa.

Ressalta-se que para a concretização da coleta, o estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança FACENE/FAMENE, por meio do PROTOCOLO 49/12 CAAE: 03188012.9.0000.5179 e respeitou os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS 466/12, no art. III, que implica no respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁷, como também, obedeceu a Resolução COFEN 311/2007, que trata do código de ética dos profissionais de Enfermagem⁸.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Quadro 1 mostra que houve predomínio de 56% (28) do sexo feminino e da faixa etária entre 60-69 anos. Destes 50% (25) não são alfabetizados; 46% (23) viúvos e 86% (43) vivem com um salário mínimo.

QUADRO 1- Dados sociodemográficos dos participantes (n= 50). João Pessoa-PB, 2024

VARIÁVEIS	n	%
Gênero		
Feminino	28	56
Masculino	22	44
Faixa Etária		
60-69	28	56
70-79	14	28
>80	08	16
Escolaridade		
Não Alfabetizado	28	56
01 a 04 Anos	14	28
5 a 9 anos	08	16
Estado Civil		
Viúvo (a)	23	46
Casado (a)	19	38
Divorciado (a)	05	10
Solteiro (a)	03	06
Renda		
Um Salário mínimo	43	86
Sem Renda	07	14

Fonte: Pesquisa Direta.

Com o aumento da expectativa de vida, vem se observando maior prevalência das DCNT em mulheres, por ser o grupo populacional mais presente nos serviços de saúde, tanto em consultas quanto em internações⁹. Tal predomínio corrobora com a chamada “feminização da velhice”, pois, estudo realizado no ano 2000 no estado da Paraíba, na cidade de João Pessoa¹⁰, já ratificava essa ascensão, identificando o predomínio de 79,7% de mulheres idosas. E, ainda no Nordeste, em Fortaleza - CE, um estudo sobre a epidemiologia do envelhecimento, as mulheres também constituíram alto índice com 66%¹¹.

Os determinantes sociais relacionados à saúde, como renda e educação, exercem um papel fundamental na determinação da qualidade de vida e das condições de saúde das pessoas idosas, por perpetuarem ainda, desigualdades e deficiências na aplicabilidade de políticas públicas efetivas, que os colocam em situação de vulnerabilidade econômica, de saúde e exclusão social, perpetuando o não reconhecimento da importância em promover o bem-estar e a redução das fragilidades relacionadas ao envelhecimento¹².

Complementa-se que o déficit escolar é um importante determinante que precisa ser analisado, visto que o acesso à educação está atrelado ao processo de adoecimento. Deve-se levar em conta que o grau de instrução é fator relevante na forma como os indivíduos vão compreender o próprio estado de saúde e o quanto pode favorecer o surgimento das DCNT's e as iniquidades em saúde¹³.

Alerta-se sobre o estado civil. Tal variável é importante e deve ser analisada. Estudos nacionais sobre o envelhecimento humano reforçam que o fato de alguns indivíduos viverem sozinhos, no caso da viuvez, estão mais propensos a desenvolverem mais doenças, sofrerem alterações da sua integridade da capacidade funcional e piorarem nas condições de saúde¹⁴.

Diante da importância em conhecer o perfil epidemiológico de pessoas idosas, buscou-se descrever as patologias presentes nos participantes do estudo de acordo com as informações relatadas durante a coleta de dados, conforme abaixo no Quadro 2, onde foi possível verificar que cada participante do estudo apresenta apenas uma enfermidade e grande parte 62% (31) tem diagnóstico de Hipertensão Arterial, 22% (11) Diabetes Mellitus e 20% (10) Osteoporose.

QUADRO 2 – Descrição das doenças crônicas presentes nos participantes (n= 50). João Pessoa-PB, 2024.

Doenças crônicas	n	%
Hipertensão Arterial	31	62
Diabetes Mellitus	11	22
Osteoporose	10	20
Deficiência Cardíaca	03	06
Insuficiência Renal	01	02
Doença Pulmonar	03	06

Fonte: Pesquisa direta.

Pesquisa nacional de saúde realizada no ano de 2013 por meio de um inquérito populacional para doenças crônicas autorreferidas, com uma amostra aleatória de moradores de domicílios, observou uma prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabete Mellitus (DM) em idosos do Rio Grande do Sul de 53,3% e 17,7%, respectivamente¹⁵.

Percebe-se que o aumento da expectativa de vida vem sendo acompanhado pelo surgimento de condições crônicas, que se não diagnosticadas precocemente e monitoradas em longo prazo, podem ocasionar incapacidades progressivas para as atividades funcionais, contribuindo para o aumento de morbimortalidades. Para isso, destaca-se que a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) está organizada para identificar e desenvolver uma assistência singular e multiprofissional, com base nos indicadores e nos determinantes de saúde, para que permitam maior acessibilidade e equidade no acesso aos serviços de saúde, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS)^{16,17}.

De acordo com Ministério da Saúde, no ano de 2019 as DCNT's foram as primeiras causas de óbitos na

faixa etária de 30 a 69 anos e de 1,8 milhões de internações e custo público de 8,8 bilhões de reais¹⁷, em decorrência dos diversos níveis de gravidade do comprometimento funcional, responsável pelas limitações para execução das atividades diárias, o que gera dependência, vulnerabilidade e sofrimento no processo de envelhecimento do idoso¹⁸.

Quanto a HAS, o aumento da idade está ligado diretamente à elevação dos níveis pressóricos, resultante do enrijecimento progressivo e da perda de complacência das grandes artérias. Em torno de 65% dos indivíduos acima dos 60 anos apresentam HAS, considerada uma condição clínica multifacetada, caracterizada por níveis elevados e persistentes da pressão arterial (PA), que muitas vezes está associada a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos, além das alterações metabólicas¹⁹. Além disso, as condições de vida e comportamentos inadequados quanto ao estilo de vida são grandes motivadores.

O DM está associado a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. É agravado por fatores de risco como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e ambas, pelos fatores modificáveis como tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, história familiar, além dos determinantes sociais que se revelam no acesso a informações e serviços de saúde²⁰.

É primordial o acompanhamento nas unidades de saúde da APS, para que haja uma articulação multiprofissional e interdisciplinar, visando à coordenação do cuidado, baseado em uma abordagem holística e centrada, resultando em um plano terapêutico personalizado e eficaz, abordando não apenas os sintomas, mas também as causas subjacentes das condições de saúde, proporcionando assim, um aprendizado acerca das enfermidades e vulnerabilidades existentes, para que as habilidades de autocuidado sejam ativadas no processo de tomada de decisão relacionado à saúde²¹.

Diante da importância do autocuidado, buscou-se descrever os que são mais desenvolvidos pelos entrevistados no dia a dia frente aos problemas de saúde existentes. A pesquisa revelou que o cuidado diário que mais predominou foi o monitoramento da pressão arterial 72% (36). No entanto, os demais foram desfavoráveis como: a prática de atividade física 68% (34) não realiza e alimentação saudável, 86% (43) não aderem a tal prática, conforme revela o Quadro 3.

QUADRO 3- Distribuição das estratégias terapêuticas desenvolvidas pelos participantes (n= 50). João Pessoa – PB

Variáveis	n	%
Monitora a Pressão Arterial		
Sim	36	72
Não	14	28
Atividade Física regularmente		
Não	34	68
Sim	16	32
Alimentação saudável regularmente		
Não	43	86
Sim	07	12

Fonte: Pesquisa Direta.

Os resultados apontam características comportamentais importantes de um grupo de grande vulnerabilidade, em virtude da prevalência do déficit de autocuidado: idosos com condição crônica instalada e inativos do ponto de vista da prática de atividade física regular e hábito alimentar saudável.

O autocuidado é caracterizado pela promoção da saúde e bem-estar físico e social realizada através de ações do próprio indivíduo 22. Nesse contexto, quem mantém uma boa alimentação, prática de atividades físicas, participa e se envolve em grupos de apoio e com a sociedade, apresenta um melhor nível de autocuidado, o que repercute em sua vida em melhores condições de saúde e tem menores perdas relacionadas à funcionalidade 23

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as ações de cuidado devem estar voltadas para um processo contínuo de educação em saúde, que auxilie o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, além de reforçar sua percepção de riscos à saúde e desenvolver habilidades para superar os problemas, mantendo a maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado 24.

O enfermeiro enquanto profissional de saúde tem um importante papel nesse processo, pois, ao realizar diagnóstico das reais necessidades dos idosos por ele assistido, deve elaborar um plano terapêutico singular que envolva o indivíduo em atividades de autocuidado individual para intervir nos fatores de risco, prevenir complicações e intercorrências, durante a manutenção do tratamento 25.

Esse cuidado personalizado promove à pessoa idosa segurança e tranquilidade. A assistência humanizada precisa estar intrínseca nas ações dos profissionais de enfermagem, considerando que os seus pacientes chegam com expectativas, medos, insegurança, dúvidas e muitas vezes o contato direto, as informações prestadas condizentes cientificamente e desvelada por meio de um olhar atencioso, uma escuta qualificada, dando importância às subjetividades apresentadas, evidenciam um atendimento e tratamento de qualidade que fará diferença positiva na vida de ambos e na saúde do idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença de doenças crônicas como fator de suscetibilidade para a vulnerabilidade aponta para a necessidade da equipe multiprofissional na Atenção Primária à Saúde estar capacitada para desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, colocando em prática as políticas públicas da pessoa idosa, tendo uma visão multidimensional e um plano de cuidado individualizado e humanizado.

É necessário pensar na pessoa idosa para além do biológico. Apesar da predominância ainda enraizada da prática clínica, que pode segregar a(o) idoso(a) do planejamento de seu cuidado, é imprescindível aprender a pensar neste grupo populacional a partir dos ciclos de vida, sem restringir as enfermidades. Além disso, é necessário que em todos os níveis de saúde se reconheça o espaço e oportunizar dar vez e voz aos pensamentos, desejos e necessidades das pessoas idosas, para que a construção do processo terapêutico seja guiada para o conhecimento e autocuidado, só assim será construído um cuidado transformador e autônomo.

Espera-se que este estudo fomenta novas pesquisas científicas e que profissionais de saúde na área gerontológica, possam, a partir do cuidado à pessoa idosa com condições crônicas, potencializar momentos de educação em saúde, implementando um cuidado holístico e longitudinal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Wong CK, Mak RY, Kwok TS, Tsang JS, Leung MY, Funabashi M, et al. Prevalence, Incidence, and Factors Associated With NonSpecific Chronic Low Back Pain in Community-Dwelling Older Adults Aged 60 Years and Older: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain*. 2022 Apr;23(4):509-34.
- 2- Kämpfen F, Wijemunige N, Evangelista Jr. B. Aging, non-communicable diseases, and old-age disability in low- and middle-income countries: a challenge for global health. *Int J Public Health*. 2018 Dec; 63:1011-12.

- 3- Castro AM, Simoni CL, Gonçalves CCM, Gosch CS, Malta DC, Sardinha LMVS. Brazil. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, DF: Ministério Da Saúde, Secretaria De Vigilância Em Saúde; 2008.
- 4- Kahl C, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Koerich C, Cunha KS. Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm Usp*. 2018.
- 5- Borges FM, Silva ARV, Lima LHO, Almeida PC, Vieira NFC, Machado ALG. Letramento em saúde de adultos com e sem hipertensão. *Rev Bras Enferm*. 2019 Jun; 72(3):645-53.
- 6- Ezzati M, Pearson-Stuttard J, Bennett JE, Mathers CD. Acting on non-communicable diseases in low-and middle-income tropical countries. *Nature*. 2018 July; 559, 507–16.
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF : MS; 2012.
- 8- Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução COFEN no 311 de 17 de fevereiro de 2007. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem; 2007.
- 9- Cruz DKA, Silva DCL, Gouvea ECDP, Aquino EC, Bonfante K, Sardinha LMVS, et al. Brasil. Ministério da 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, DF: MS; 2011.
- 10- Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Rev Latinoam Enferm*. 2002 Set;10(6):757- 64.
- 11- Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 1999 Out; 33(5):445-53.
- 12- Costa Pachêco de Souza L, Áurea da Cruz Ferreira Evaristo A, Cândida Barbosa da Silva D, Batista da Silva R, Meira Tiburtino Nepomuceno A, Soares do Nascimento R, et al. Gestão do cuidado para pessoas com doenças crônicas. Editora Acadêmica Periodicojs eBooks; 2024.
- 13- Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet*. 2017; 389:1229-37.
- 14- Frade J, Barbosa P, Cardoso S, Nunes C. Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem*. 2015 Jul; IV(4):41-9.
- 15- Lima-Costa FM, Andrade FB, Souza PRB, Neri AL, Duarte YAO, Castro-Costa E, et al. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. *American Journal of Epidemiology*. 2018 July;187(7): 1345–53.
- 16- Oliveira CN, Soares DA, Amorim WWCC, Louzado JA, Cortes ML, Mistro S, et al. Práticas de cuidado para doenças não transmissíveis na Estratégia Saúde da Família. *Abreviações de Enfermagem*. 2021; 39(2): 255-63.