

Fatores que interferem na história da doença de pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial: uma abordagem a partir do genograma e ecomapa

Factors that interfere in the history of the disease of people diagnosed with hypertension: an approach based on the genogram and ecomap

Romário Correia dos Santos¹, Pâmella Stéphanie Acioli Carneiro², Marina Mota Bastos³, Renata Ferreira Tiné⁴, Thaís Carine Lisboa da Silva⁵

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: outubro de 2020 – Aceito: fevereiro de 2021

RESUMO

Na perspectiva do conceito ampliado da saúde, a família e comunidade parecem contribuir nos processos de saúde-doença dos indivíduos e no seu tratamento, sendo sua compreensão importante para a gestão do cuidado. Assim, objetivou-se compreender, por meio de genograma e ecomapa, fatores que interferem na história da doença de pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial, acompanhadas na Atenção Primária à Saúde. O estudo teve a participação de 10 indivíduos, adscritos de uma Unidade Básica de Saúde do município de Recife, classificados e separados em dois grupos, compensado ou descompensado para a condição crônica pesquisada. A coleta de dados fez-se por meio do emprego da História de Vida Focal, analisados de acordo com o Modelo Calgary de Avaliação na Família, e posteriormente as informações foram transportadas para genogramas e ecomapas. No grupo de pacientes compensados para hipertensão arterial sugere-se que as coesões sociais, familiares e comunitárias, demonstradas graficamente pelo ecomapa e genograma, influenciam de forma positiva na história da doença e na sua terapêutica. Ao contrário, no grupo de pacientes descompensados, onde há pouca frequência de equipamentos sociais e relacionamentos em conflitos ou cortados, esses aspectos contribuem de alguma forma para um pior controle da condição crônica.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Relações Familiares.

ABSTRACT

From the perspective of the expanded concept of health, family and community seem to contribute to the health-disease processes of individuals and their treatment, and their understanding is important for the management of care. Thus, through genogram and ecomap, the objective was to understand factors that interfere in the history of the disease of people diagnosed with arterial hypertension, followed up in Primary Health Care. Ten individuals participated in this study. They were enrolled in a Basic Health Unit in the municipality of Recife, separated into groups of compensated or decompensated type for the chronic condition studied. Data collection was conducted through Focal Life History and analyzed according to the Calgary Family Assessment Model. Later, the information was transferred to genograms and ecomaps. In the group of patients compensated for arterial hypertension, it is suggested that social, family, and community cohesion, shown graphically by the ecomap and genogram, positively influences the history of the disease and its treatment. On the contrary, in the group of decompensated patients, where there is little social equipment and relationships in conflict or mostly cut off, these aspects contribute in some way to the poor control of the chronic condition.

KEYWORDS: Primary Health. Care. Hypertension. Family Relations.

¹ Graduado em Odontologia, residente em Saúde Coletiva no Instituto Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz e especializando em Saúde da Família pela Faveni. *E-mail:* romario.correia@outlook.com

² Médica. Residente do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

³ Graduada em Medicina pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

⁴ Enfermeira, mestra em Saúde Pública. Vice-coordenadora do PRMSF da Secretaria de Saúde da Prefeitura do Recife.

⁵ Mestra em Hebiatria pela Faculdade de Odontologia de FOP/UPE e doutora em Odontologia com área de concentração em Clínica Integrada pela UFPE.

INTRODUÇÃO

A prevalência da Hipertensão Arterial (HA) no país tende a variar de acordo com a metodologia utilizada, transitando entre 21,4% e 32,3% da população brasileira¹ e estima-se que em 2025 esse número terá um aumento de 60%, atingindo a prevalência de 40% da população. A HA, além de ser uma das principais causas de mortes por doenças do aparelho circulatório, acarreta um ônus socioeconômico elevado². Por exemplo, os custos totais de HA, diabetes e obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS) alcançaram 3,45 bilhões de reais (R\$) em 2018, desses, 59% foram referentes ao tratamento da HA³.

Não obstante, a HA inserida no grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) constitui o maior problema global de saúde, gerando mortes prematuras, perda de qualidade de vida e sobrecarregando sistemas nacionais de saúde⁴.

Entre as alternativas para responder a esse cenário, o modelo de produção biomédico tem se mostrado ineficiente e pouco efetivo. Dado isso, o Brasil tenciona reverter esse quadro por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) priorizando as demandas do território, das comunidades, das famílias, a promoção da saúde⁵ e sua determinação social no seu contexto biopsicosocial⁶.

Assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como principal modelo de ação, sendo seu processo de trabalho comunitário, multiprofissional, de base territorial e centrada na família. Como finalidade, deve-se conhecer os mecanismos organizacionais da comunidade, garantir uma assistência de qualidade e compreender as estruturas familiares e as relações entre os membros de cada família, percebendo os fatores de risco e padrões de vulnerabilidade⁷.

Entende-se, portanto, que a ESF compreende uma gama de habilidades, saberes e fazeres necessários para lidar com as dinâmicas observadas e vivenciadas no território, uma vez que são inúmeros os dilemas e vulnerabilidades que necessitam de compreensão e monitoramento⁵. Assim, demanda-se a elaboração de novas estratégias relacionadas ao preparo técnico dos profissionais⁸. Vis-à-vis, referenciais teóricos e metodológicos que capacitem os profissionais a abordarem as questões relacionadas à dinâmica familiar de modo efetivo são necessários para uma melhor orientação do processo de trabalho e seu planejamento⁹.

Alguns instrumentos de avaliação familiar podem ser utilizados como estratégia para auxiliar os profissionais de saúde a prestarem assistência de forma integral¹⁰, como, por exemplo, o genograma que é um método de representação da estruturação familiar e dos relacionamentos básicos do cotidiano de cada pessoa¹¹. O instrumento permite uma visão ampliada dos padrões e relações familiares que envolvem o processo saúde-doença¹². E o ecomapa, por sua vez, consiste na representação das relações de cada grupo familiar com a comunidade possibilitando a compreensão da influência do convívio social

na manutenção da saúde¹¹.

Nesse sentido, o paradigma biopsicossocial na compreensão do processo saúde-doença e seus fatores condicionantes vêm sendo estudados nos últimos anos^{12,13}. Não obstante, pesquisadores nacionais, há algum tempo, buscam refletir como a influência das relações sociais, familiares e comunitárias, utilizando o genograma e ecomapa, podem interferir na saúde-doença-cuidado das pessoas^{10,11,12,14,,15,16,17}. Porém, ainda pouco estudado, mas não menos importante, são os fatores familiares e comunitários que interferem na história da doença de pessoas com diagnóstico de HA.

O presente trabalho, portanto, tem como objetivo compreender, por meio de genograma e ecomapa, os fatores que interferem na história da doença de pessoas com diagnóstico de HA, acompanhadas na APS.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratório-descritiva, composto por uma amostra de conveniência de dez pessoas, no qual buscou-se representar, por meio de desenhos gráficos do genograma e do ecomapa, as relações familiares e sociais de usuários de uma ESF acometidos por HA. Os mesmos foram divididos em dois grupos de cinco pessoas cada: no grupo (A) foram alocados os pacientes diagnosticados com HA e compensados para a comorbidade, e no grupo (B) foram alocados pacientes diagnosticados com HA e descompensados para o agravo.

Critérios de inclusão

Pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Livre Consentimento e Esclarecimento, com diagnóstico clínico de HA: pressão arterial sistólica (PAS) \geq 150 mmHg ou pressão arterial diastólica (PAD) \geq 90mmHg para pessoas com idade \geq 60 anos e PAS \geq 140 mmHg e/ou PAD \geq 90mmHg para pessoas com idade inferior a 60 anos¹⁸. Desses, foram considerados descompensados os pacientes com pressão arterial de consultório não controlada, embora tenha feito uso de três ou mais anti-hipertensivos, com diferentes mecanismos de ação em um intervalo de 12 meses. Por outro lado, foram considerados compensados os que, neste mesmo intervalo, obtiveram êxito no controle da doença com o tratamento proposto pela equipe¹⁹.

Critérios de exclusão

Excluíram-se do estudo pacientes acamados por mais de seis meses ou adscritos pela unidade por menos de dois anos.

Cenário do estudo

Com uma composição territorial diversificada, a cidade do Recife está dividida em 94 bairros aglutinados em seis Regiões Político-Administrativas (RPA) e em 08 Distritos Sanitários (DS)²⁰. Sendo o cenário desta pesquisa o DS VI (RPA 6 – sul), em uma Unidade de Saúde da Família onde a pesquisadora principal fazia seu estágio em Medicina de Família e Comunidade. Os encontros ocorreram na casa dos usuários, em uma visita domiciliar de rotina⁷, em sala reservada, sem a presença de outros membros da família. Além do paciente, estavam presentes uma enfermeira da unidade que o usuário era adscrito, um agente comunitário de saúde e uma estudante de medicina (pesquisadora).

Coleta de dados

Fez-se por meio do emprego da História de Vida Focal (HVF), a qual possibilita compreender a experiência do adoecimento de acordo com a perspectiva de quem o vivencia, bem como permite a descoberta, a exploração e a avaliação de como as pessoas entendem seu passado, relacionam sua experiência individual a seu contexto social, compreendendo e dando-lhe sentido²¹.

Foram realizadas entrevistas com os pacientes incluídos na pesquisa, tendo duração média de 60 minutos. Nesse momento, o usuário foi convidado a falar abertamente sobre sua experiência com o adoecimento e, após o estabelecimento de vínculo, deu-se o aprofundamento dos temas. Para isso, baseou-se em um questionário assinalado pelo Ministério da Saúde^{7,22} para este fim, composto pelos seguintes itens: (1) perguntas sobre o núcleo familiar, (2) perguntas sobre as relações familiares e (3) perguntas sobre as relações comunitárias.

As entrevistas foram registradas em um gravador digital com o consentimento prévio dos participantes e, posteriormente, transcritas na íntegra.

Análise dos dados

Os dados foram analisados de acordo com o Modelo Calgary de Avaliação na Família (MCAF)²³.

Esse modelo sugere três categorias de análise: (1) funcional, que avalia a funcionalidade do indivíduo e do grupo familiar/social, (2) desenvolvimental, que analisa a forma como o indivíduo e a família/grupo social se desenvolvem no contexto da doença e das suas interações e (3) estrutural, que avalia a composição familiar e os vínculos afetivos entre seus integrantes.

As informações colhidas foram aplicadas no genograma que consiste em um gráfico familiar, semelhante a uma árvore genealógica, composto pelas características de um indivíduo central de onde saem ramificações que o conectam com as respectivas características de seus familiares. Foram utilizadas iniciais de nomes fictícios para cada entrevistado e seus familiares.

O material colhido e aplicado no genograma foi, então, alocado no ecomapa, o qual é montado de acordo com os vínculos estabelecidos entre a família e a comunidade, sendo eles de amizade e/ou vizinhança. A montagem do ecomapa permite a avaliação das redes de apoio e relações sociais, podendo elas serem fortes ou sutis.

Os desenhos do genograma e do ecomapa foram elaborados de modo a marcar as experiências pessoais em sua própria composição e em suas relações, intra e extrafamiliares, com destaque ao modo como o adoecimento e a própria vivência modificou sua rede de relações. Para a construção das figuras, em meio digital, utilizou-se o *software* Adobe Illustrator da Adobe Systems.

A presente pesquisa seguiu os princípios éticos respeitando a Resolução nº 466/2012, sendo, também, submetida ao Comitê de Ética da Faculdade Pernambucana de Saúde (AECISA), sendo aprovado conforme parecer nº 2.907.752 de 20 de setembro de 2018.

RESULTADOS

A amostra desse estudo foi composta por 10 pessoas, sendo oito do sexo feminino e dois do sexo masculino, com as idades variando de 60 a 78 anos. No grupo de pacientes compensado para HA, quatro são casados, moram juntos, e todos apresentam relações familiares pouco ou nada turbulentas, tendo suporte de vários equipamentos sociais. Não obstante, no grupo de pacientes descompensados para HA, apenas dois são casados e os outros três são separados, vivem sozinhos e contam com o suporte de amigos ou vizinhos. No entanto, esse segundo grupo ainda apresenta relações estremecidas em todos os casos, com reduzido suporte comunitário (Quadro 1).

Quadro 1 - Distribuição dos pacientes por grupo e síntese das características relacionais: conjugais, afetivas e sociais

PACIENTES COMPENSADOS PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL - GRUPO A					
Nome fictício	Idade	Sexo	Situação civil e relação conjugal	Relações sociais e afetivas	Equipamentos sociais utilizados
MLMS	67	Feminino	Casada. Ligação espiritual.	Relações conflituosas inexistentes, mas é distante do filho.	Igreja e ESF
GJS	65	Masculino	Casado. Relação restaurada.	Harmônicas ou de proximidade entre os filhos.	Igreja, pastoral familiar, praia, ESF, clubes e serviço social da creche.
MJF	60	Feminino	Separada. Relação distante.	Harmônicas, próxima ou restaurada.	Igreja e ESF.
MAS	78	Feminino	Casada. Relação harmoniosa.	Harmônicas ou muito próximas.	Igreja, ESF, aulas de violino.
MJS	66	Feminino	Casada. Relação restaurada.	Harmônicas, próximas, amorosas ou ligação espiritual.	Igreja, clube, academia da cidade e ESF.
PACIENTES DESCOMPENSADOS PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL- GRUPO B					
ELS	72	Feminino	Separada. Relação cortada.	Distante e violenta da filha.	Igreja, ESF e praça.
SAS	65	Feminino	Separada. Relação distante e violenta.	Muito próxima da amiga.	Casa da amiga e ESF.
RFC	68	Feminino	Separada. Relação distante.	Harmônica ou ligação espiritual.	Grupo de senhoras, ESF, igreja e grupo de caridade.

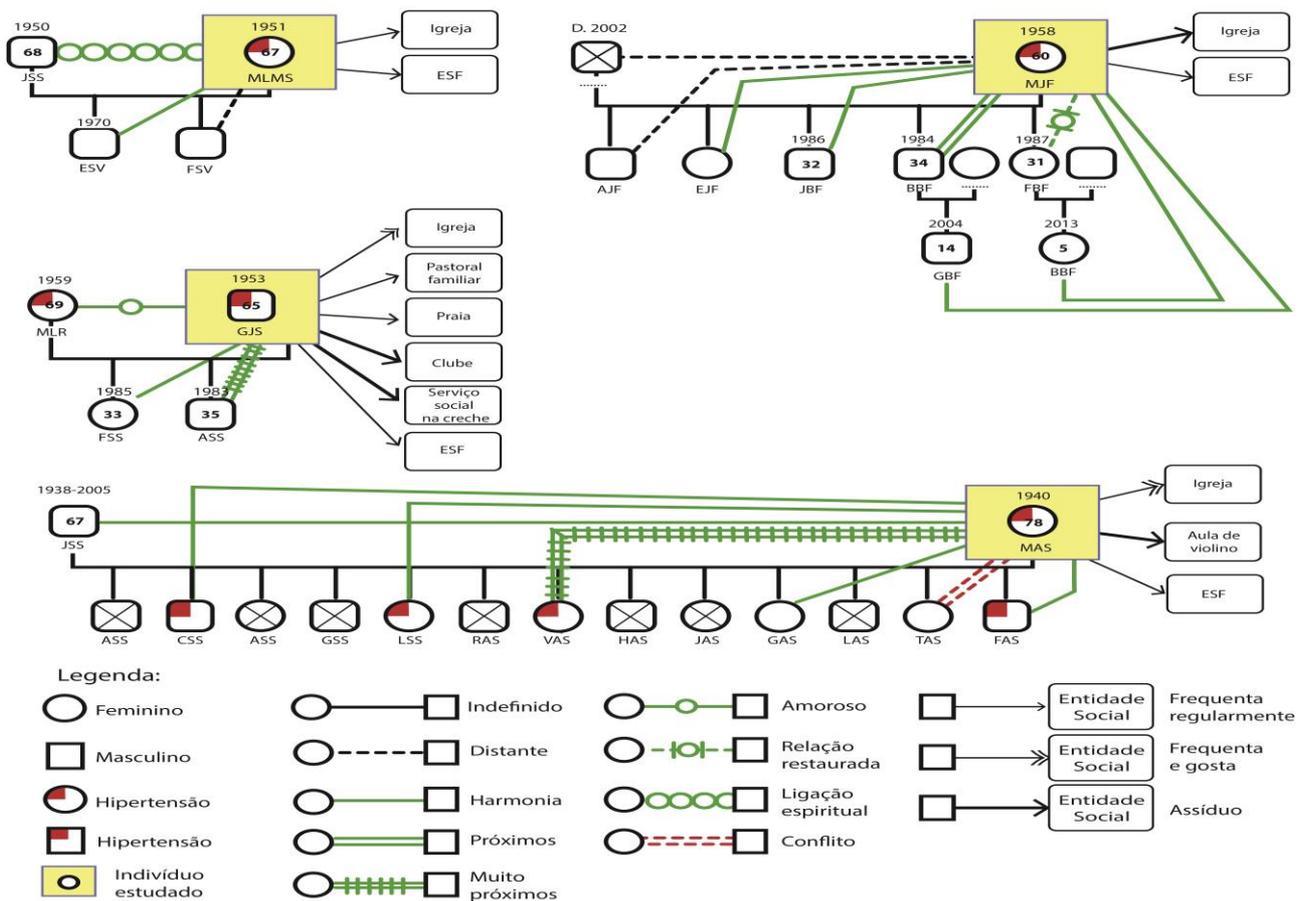
(Conclusão)

Nome fictício	Idade	Sexo	Situação civil e relação conjugal	Relações sociais e afetivas	Equipamentos sociais utilizados
PACIENTES DESCOMPENSADOS PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL- GRUPO B					
JSS	68	Masculino	Casado. Relação amorosa.	Harmônicas ou amoroso.	ESF.
ICA	73	Feminino	Casada. Relação próxima e hostil.	Próxima e harmoniosa.	ESF.

Fonte: elaborado pelos autores

As formas como se dão as interações familiares e comunitárias, nesse estudo, parecem comportar-se tanto como agentes auxiliares, quanto como agentes prejudiciais. Observa-se, a partir dos genogramas e ecomapas, que a interação do grupo familiar com os cinco entrevistados compensados para HA foi positiva, com estabelecimento de relações permeadas por sentimentos de harmonia e confiança. Além disso, esse grupo participava ativamente de encontros sociais, como grupo de hipertensão e diabetes (HIPERDIA), igrejas, clubes, academia da cidade, praças e praias. Existia, portanto, uma interação forte com o meio e a comunidade (figura 1).

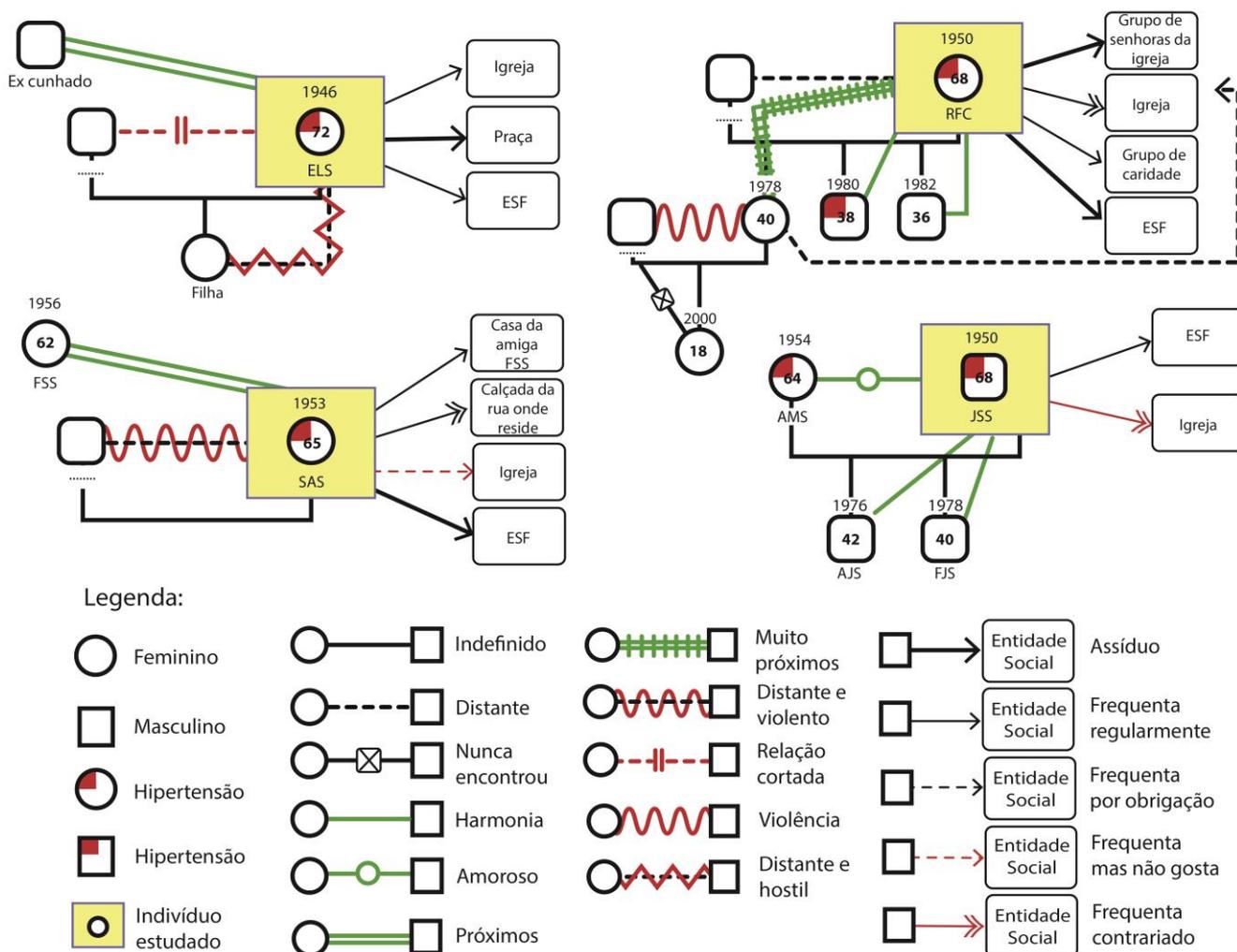
Figura 1 - Genograma e Ecomapa de pacientes compensados



Fonte: elaborada pelos autores

Em contrapartida, os cinco entrevistados descompensados para HA, apresentam relações familiares que foram cortadas e, muitas vezes, não reatadas ou que se encontram estremecidas. Além disso, esse grupo não interage com a comunidade e com o meio que o cerca. Essas relações são mostradas no genograma e ecomapa por meio de símbolos que representam o formato de cada interação e o modo como elas se comportam ao longo do processo de adoecimento (figura 2).

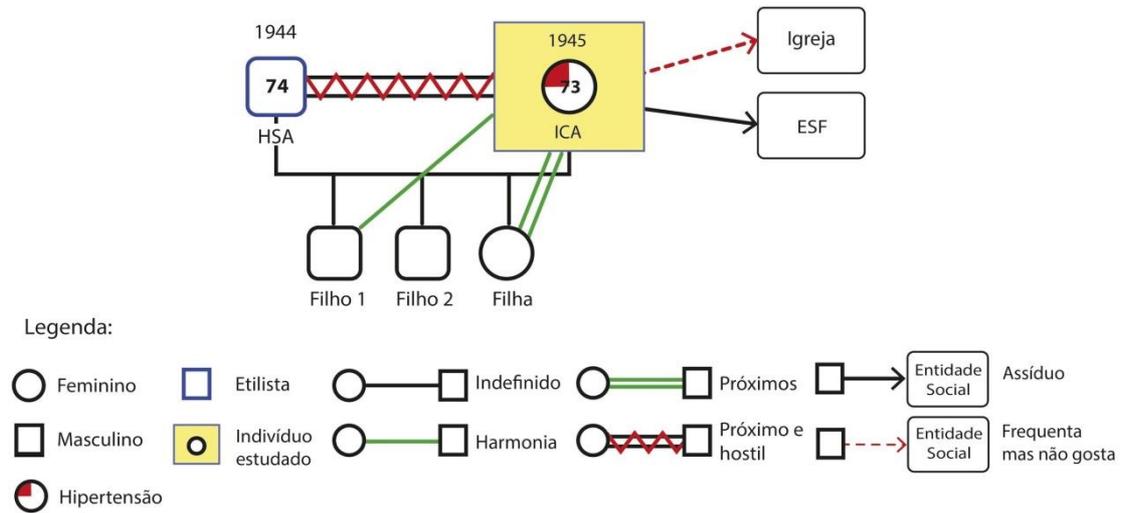
Figura 2 - Genograma e Ecomapa de pacientes descompensados



Fonte: elaborado pelos autores

Tomando como exemplo a estrutura da família de ICA (figura 3), que apresenta pressão arterial descompensada, nota-se que a forma como interage com seu cônjuge é hostil, apesar de estarem juntos. Além disso, o ícone que representa o parceiro encontra-se em destaque com a cor azul, o que indica etilismo, de acordo com a legenda. Observa-se, também, que não existe ligação de destaque entre ela e seu filho do meio, mas tem sua filha mais nova como alguém próximo, com quem pode contar e vive em harmonia com seu filho mais velho. O seu ecomapa (figura 3) ainda nos mostra que seu vínculo com os equipamentos sociais comunitários é fraco, uma vez que não apresenta diversidade nos lugares frequentados, bem como não evidencia intensidade nesse elo.

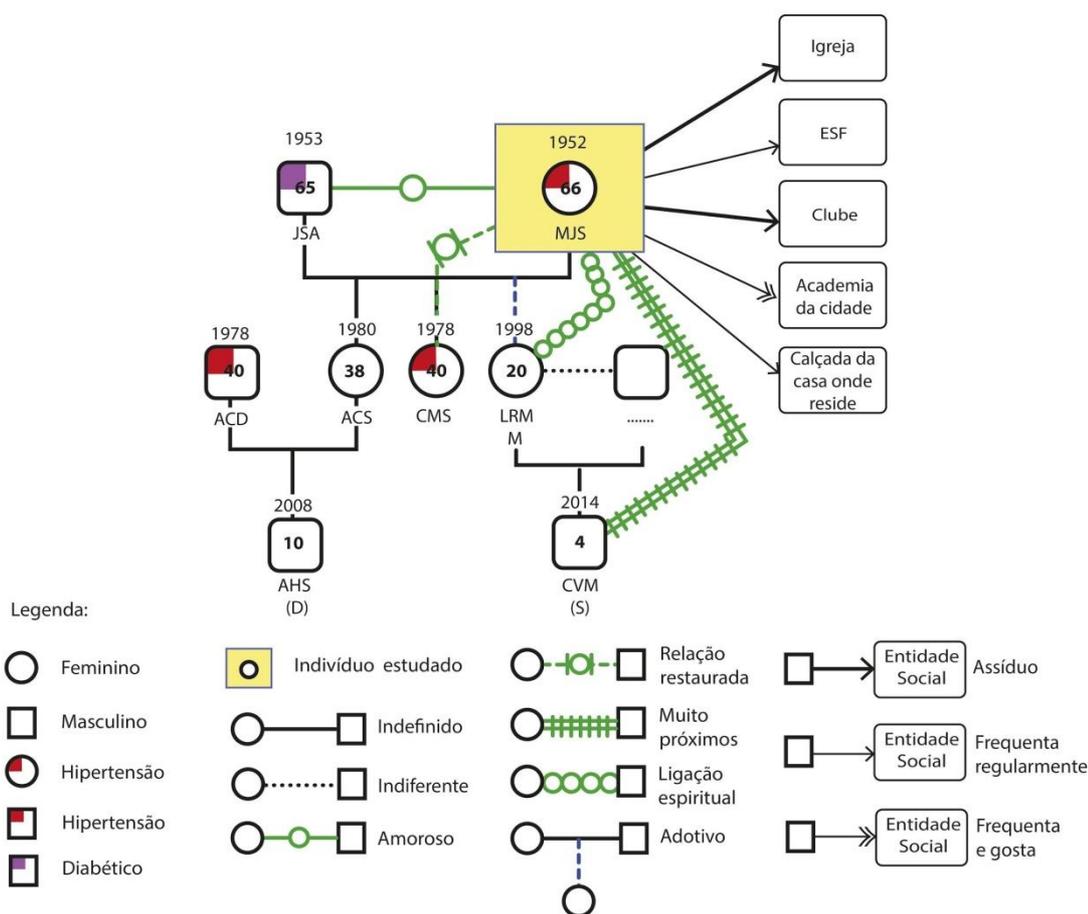
Figura 3 - Genograma e Ecomapa da estrutura familiar de ICA



Fonte: elaborado pelos autores

Por outro lado, o modelo da família de MJS, que, por sua vez, tem a pressão arterial compensada, expõe uma estrutura harmoniosa, existindo um vínculo de amor entre ela e o seu cônjuge. Eles adotaram a filha (LRM), que se liga à família por meio de uma linha azul tracejada, a qual estabeleceu uma relação emocional profunda, de cunho espiritual, com a matriarca. Ademais, percebe-se que LRM tem uma relação não positiva com um homem, gerando um filho. A criança foi acolhida pela avó, desenvolvendo-se entre eles um vínculo muito forte. Constata-se, também, que MJS teve uma relação rompida, porém já reestabelecida, com o seu filho do meio. Seu ecomapa, ainda, evidencia que sua participação na comunidade é ativa e que ela interage com os recursos sociais dos quais faz parte (figura 4).

Figura 4 – Genograma e Ecomapa da estrutura familiar de MJS



Fonte: elaborado pelos autores

Ao verificar-se os genogramas das dez famílias estudadas, pode-se avaliar a forma como são compostas, o gênero dos membros que as constituem, a natureza da relação entre cada um deles e sua intensidade. Os ecomapas, que se associam aos respectivos genogramas demonstram, por sua vez, quais são as entidades sociais das quais participam os entrevistados e nos mostram como os meios atuam no seu cotidiano, refletindo como se estabelecem os vínculos entre a família e os recursos da comunidade.

DISCUSSÃO

Observa-se neste estudo que o grupo de pacientes compensados para HA apresentam relações afetivas, em sua maioria, em harmonia, auxiliados por sentimentos que caracterizam alguém como próximo, muito próximo ou com ligação espiritual, sugerindo um bom suporte social, coesão familiar positiva, laços fortalecidos. Esses fatores podem desempenhar um papel importante no apoio aos pacientes na execução de comportamentos de autocuidado²⁴, o que pode ser traduzido na estabilidade da condição crônica. Os resultados encontrados e descritos anteriormente dialogam com outros estudos,

os quais enfatizam que o apoio e suporte social desempenha um papel importante na adesão à terapia e tratamento da HA^{25,26}, mas, a variação da dimensão de apoio provoca efeitos variantes na saúde²⁶.

Em contrapartida, o grupo descompensado para HA, em sua maioria, apresenta relações afetivas cortadas, com distanciamento hostil, frequentando espaços comunitários que não gosta ou contrariado, sugerindo uma baixa coesão familiar e pouco suporte social, e assim esses fatores podem estar interferindo na doença²⁷, adesão ao tratamento²⁸ ou no cuidado preventivo²⁹. Nesses casos, faz-se necessário que, através do ecomapa e genograma, a equipe de APS explore os condicionantes, para que estratégias eficazes de fortalecimento do apoio social e coesão familiar sejam implementadas, pois são componentes importantes no enfrentamento e adesão ao tratamento de doenças³⁰.

No caso de SAS (figura 2), paciente descompensada para HA, demonstra-se que os vínculos afetivos podem ser formados com quem não se tem laços consanguíneos, pois esta tem uma relação de proximidade com sua amiga FSS. Nesse caso, os profissionais conseguem identificar que FSS constitui uma aliada importante na adesão às intervenções propostas. Não obstante, salienta-se que, para a maioria dos casos, nos dois grupos, a igreja se apresenta como uma entidade social que os pacientes frequentam regularmente ou gostam, podendo ser, também, um aliado da equipe de saúde na comunidade, salvo nos casos SAS, JSS (figura 2) e de ICA (figura 3).

Muitos doentes contam com o auxílio da fé e a crença em uma força divina, tendo estes um importante papel no equilíbrio emocional e no enfrentamento de doenças, exercendo assim um potencial terapêutico. Por consequência, esse aspecto espiritual e religioso deve ser valorizado e fortalecido pelos profissionais da saúde, pois é tido pelos pacientes como estratégia efetiva de enfrentamento da condição crônica e dos desafios diários³¹.

Desta forma, a elaboração do genograma e ecomapa na clínica centrada no paciente, nas suas narrativas, mostra-se vantajosa auxiliando os profissionais de saúde na prática clínica, permitindo, inclusive, a qualificação, avaliação e aperfeiçoamento das estratégias terapêuticas¹⁶, compreendendo as relações familiares e o suporte comunitário no processo de diagnóstico do paciente. Sobretudo, permite refletir os padrões que podem expressar barreiras, facilitadores e desafios na história da doença e na experiência vivenciada³².

O doente e sua família precisam encontrar meios que possam auxiliar na produção do cuidado, por isso é fundamental uma estrutura social e familiar harmoniosa que cerque as famílias e garanta acesso adequado aos programas de saúde e convivência social¹¹. Deste modo, cabe ressaltar aos profissionais de saúde a necessidade de estarem cientes de que o cuidado precisa ser integral e holístico, incluindo a família, as relações familiares entre seus membros, além das relações extrafamiliares do meio em que o indivíduo vive. Sendo assim, é essencial que o profissional esteja inserido neste contexto familiar e

comunitário, buscando qualificar e humanizar o atendimento prestado a cada pessoa³³.

O genograma e o ecomapa mostraram-se, também, instrumentos complementares à coleta de dados dos pacientes na prática clínica, na gestão dos casos e indispensáveis para o reconhecimento da família e comunidade como participantes ativos no processo de adoecimento crônico, pois o entendimento da situação de saúde de cada usuário pode ser melhor compreendido se norteado a partir da estrutura e interações familiares e comunitárias²¹.

Por fim, diante das complexidades vivenciadas pelos indivíduos nos territórios, como os apresentados nesse estudo, a equipe de saúde da APS precisa estar bem amparada e orientada pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, apoiada pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica³⁴, em uma construção compartilhada do cuidado.

As limitações identificadas neste estudo foram: o pequeno tamanho da amostra e o método de amostragem de conveniência utilizado, os quais podem apresentar um viés de amostragem que pode não ser válido para representar a população geral.

CONCLUSÃO

Ao longo desse estudo, amparado pela literatura nacional e internacional, percebe-se que o processo saúde-doença-cuidado da HA pode sofrer influência do meio social, sendo a família e comunidade importantes níveis dessa rede. Destarte, as estratégias para abordagem da HA pela equipe de saúde da APS devem possibilitar uma reflexão sobre o meio no qual o paciente está inserido, seu apoio e suporte social como os identificados nos grupos familiares aqui representados.

No grupo de pacientes compensados para HA sugere-se que a coesão social, familiar e comunitária, demonstrada graficamente pelo ecomapa e genograma, influencia de forma positiva na história da doença e na sua terapêutica. Ao contrário, no grupo de pacientes descompensados, onde há equipamentos sociais pouco frequentados e relacionamentos em conflitos ou cortados em sua maioria, esses fatores contribuem de alguma forma para o mau controle da condição crônica.

Nesse sentido, os instrumentos de abordagem familiar, como genograma e ecomapa, parecem ser uma boa alternativa para o processo de trabalho dos profissionais ao viabilizarem identificar os tipos e as formas de relacionamentos familiares e afetivos e os equipamentos sociais utilizados pelos pacientes. Com isso, deve-se potencializar os existentes de forma harmônica ou buscar estratégias que superem a sua ausência nas famílias e comunidades.

REFERÊNCIAS

1. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2020; [online]. ahead print, PP.0-0
2. Moreira JPL, Moraes JR, Luiz RR. A prevalência de hipertensão arterial sistêmica autorreferida nos ambientes urbano e rural do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(1): 62-72.
3. Nilson EAF, Andrade RCS, Brito DA, Oliveira ML. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Rev Panam Salud Publica.* 2020; 44: e32.
4. Malta DC, Silva MMA, Moura L, Neto OLM. The implantation of the Surveillance System for Non-communicable Diseases in Brazil, 2003 to 2015: successes and challenges. *Rev Bras Epidemiol.* 2017; 20(4): 661-675.
5. Pinto AGA, Jorge MSB, Marinho MNASB, Vidal ECF, Aquino OS, Vidal ECF. Vivências na Estratégia Saúde da Família: demandas e vulnerabilidades no território. *Rev. Bras. Enferm.* 2017; 70(05): 920-927.
6. Pettres AA, Ros MA. Determinação social da saúde e a promoção da saúde. *Arq. Catarin Med.* 2018; 47(3): 183-196.
7. 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). *Diário Oficial da União.* 22 set 2017.
8. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. The benefits and challenges of the Family Health Strategy in Brazilian Primary Health care: a literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016: 21(5): 1499-1509.
9. Silva MCLSR, Silva L, Bousso RS. Approaching the family in the family health strategy: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(5): 1250-1255
10. Nogueira APF, Lucena KDT, Pinto BPV, Araújo MF, Ataídes MCC, Neto WDP, et al. The importance of using genograms for understanding of family dynamics. *Rev enferm UFPE online*, 2017; 11(12): 5110-5.
11. Musquim CA, Araújo LFS, Bellato R, Dolina JV. Genograma e ecomapa: desenhando itinerários terapêuticos de família em condição crônica. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 2013; 15(3): 654-64.
12. Borges CD, Costa MM, Faria JG. Genograma e atenção básica à saúde: em busca da integralidade. *Revista Psicologia e Saúde*, 2015; 7(2): 133-141.
13. Leão MM, Garbin CAS, Moimaz SAS, Rovida TAS. Oral health and quality of life: an epidemiological survey of adolescents from settlement in Pontal do Paranapanema/SP, Brazil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2015 nov; 20(11): 3365-74.
14. Bitencourt FV, Corrêa HW, Toassi RFC. Tooth loss experiences in adult and elderly users of Primary Health Care. Experiências de perda dentária em usuários adultos e idosos da Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet.* 2019; 24(1): 169-180.
15. Siqueira LE, Fracolli LA, Maeda ST. Influência do contexto social na manutenção do tabagismo em gestantes. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 3): 271-8.
16. Cattani AN, Ronsani APV, Welter LS, Mello AL, SiqueiraV DF, Terra MG. Família que convive com pessoa com transtorno mental: genograma e ecomapa. *Rev Enferm UFSM.* 2020; 10(6): 1-19.

17. Dutra LDC, Neves ÉTB, Lima LCM, Gomes MC, Forte FDS, Paiva SM, et al. Degree of family cohesion and social class are associated with the number of cavitated dental caries in adolescents. *Braz Oral Res.* 2020;34: e037.
18. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA.* 2014; 311(5): 507-20.
19. Carey RM, Calhoun DA, Bakris GLO, Brook RD, Daugherty SL, Dennison-Himmerlfarb CR, et al. Resistant hypertension: detection, evaluation and management. A scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension* 2018;72: e53-e90.
20. Recife. Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021. Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação. _ 1ª.Ed.
21. Hiller M, Bellato R, Araújo LFS. Family care to elderly in condition for psychic chronic suffering. *Esc. Anna Nery,* 2011; 15(3): 542-549.
22. 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.
23. Souza TCF, Melo AB, Costa CML, Carvalho JN. Modelo calgary de avaliação familiar: avaliação de famílias com indivíduos adoecidos de tuberculose. *Enfermagem em Foco,* 2017;8(1):17-21.
24. Fort MP, Steiner JF, Santos C, Moore kr, Villaverde MA, Junior DEN. Opportunities, Challenges, and Strategies for Engaging Family in Diabetes and Hypertension Management: A Qualitative Study. *Journal of health care for the poor and underserved.* 2020; 21(02): 827-844.
25. Osamor PE. Social support and management of hypertension in south-west Nigeria. *Cardiovasc J Afr.* 2015;26:29e33.
26. Magrin ME, D'Addario M, Greco A, Miglioretti M, Sarini M, Scignaro M, Steca P, et al. Social support and adherence to treatment in hypertensive patients: a meta-analysis. *Ann Behav Med.* 2015; 49:307e318.
27. Neves ÉTB, Dutra LDC, Gomes MC, Paiva SM, de Abreu MHNG, Ferreira FM, et al. The impact of oral health literacy and family cohesion on dental caries in early adolescence. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2020; 48(3): 232-239.
28. Donneyong MM, Chang TJ, Jackson JW, Langston MA, Juarez PD, Sealy-Jefferson S, et al. Structural and Social Determinants of Health Factors Associated with County-Level Variation in Non-Adherence to Antihypertensive Medication Treatment. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(18): 6684.
29. Ali SH, Yi SS, Wyatt LC, Misra S, Kwon SC, Trinh-Shevrin C, et al. Neighborhood social cohesion and disease prevention in Asian immigrant populations. *Preventive Medicine.* 2020; 141(01): 106298.
30. Asilar RH, Yildirim A, Saglam R, Selcuk ED, Erduran Y, Sarihan O. The effect of loneliness and perceived social support on medication adherence self-efficacy in hypertensive patients: An example of Turkey. *Journal of Vascular Nursing.* 2020; 38(4): 183-190.
31. Leimig MBC, Lira RT, Peres FB, Ferreira AGC, Falbo AR. Quality of life, spirituality, religiosity, and hope in chronic renal disease patients in hemodialysis. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2018; 16(1): 30-6.
32. Libbon R, Triana J, Heru A, Berman E. Family Skills for the Resident Toolbox: the 10-min Genogram, Ecomap, and Prescribing Homework. *Acad Psychiatry.* 2019; 43(4): 435-439.
33. Radovanovic CAT, Cecilio HPM, Marcon SS. Avaliação estrutural, desenvolvimental e funcional da

família de indivíduos com hipertensão arterial. Rev. Gaúcha Enferm.2013; 4(1): 45-54.

34. Santos RABG, Uchôa-Figueiredo LR, Lima LC. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. Saúde debate, 2017; 41(114): 694-706.