

Validação de conteúdo das dimensões constitutivas da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial*

CONTENT VALIDATION OF THE DIMENSIONS CONSTITUTING NON-ADHERENCE TO TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION

VALIDACIÓN DEL CONTENIDO DE LAS DIMENSIONES QUE CONSTITUYEN LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

José Wicto Pereira Borges¹, Thereza Maria Magalhães Moreira², Malvina Tháís Pacheco Rodrigues³, Ana Célia Caetano de Souza⁴, Daniele Braz da Silva⁵

RESUMO

O objetivo do estudo foi realizar a validação de conteúdo das dimensões constitutivas da não adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. Estudo metodológico de validação de conteúdo. Inicialmente foi realizada uma revisão integrativa que demonstrou quatro dimensões da não adesão: pessoa, doença/tratamento, serviço de saúde e ambiente. As definições dessas dimensões foram avaliadas por 17 profissionais especialistas na temática, entre enfermeiros, farmacêuticos e médicos. Foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo de cada dimensão (IVCi) e do conjunto das dimensões (IVCt) e realizado o teste binomial. Os resultados permitiram a validação das dimensões com um IVCt de 0,88, demonstrando razoável compreensão sistêmica do fenômeno da não adesão.

DESCRIPTORIOS

Hipertensão
Adesão à medicação
Cooperação do paciente
Estudos de validação

ABSTRACT

The objective of the study was to validate the content of the dimensions that constituted nonadherence to treatment of arterial systemic hypertension. It was a methodological study of content validation. Initially an integrative review was conducted that demonstrated four dimensions of nonadherence: person, disease/treatment, health service, and environment. Definitions of these dimensions were evaluated by 17 professionals, who were specialists in the area, including: nurses, pharmacists and physicians. The Content Validity Index was calculated for each dimension (IVCi) and the set of the dimensions (IVCt), and the binomial test was conducted. The results permitted the validation of the dimensions with an IVCt of 0.88, demonstrating reasonable systematic comprehension of the phenomena of nonadherence.

DESCRIPTORS

Hypertension
Medication adherence
Patient compliance
Validation studies

RESUMEN

El objetivo del estudio fue realizar la validación del contenido de las dimensiones que constituyen la falta de adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica. Estudio metodológico de validación del contenido. Inicialmente se realizó una revisión integradora que demostró cuatro dimensiones de la falta de adherencia: persona, enfermedad/tratamiento, servicio de salud y ambiente. Las definiciones de estas dimensiones fueron evaluadas por 17 profesionales expertos en el tema, entre ellos enfermeras, farmacéuticos y médicos. Se calculó el Índice de Validez del Contenido de cada dimensión (IVCi) y del conjunto de las dimensiones (IVCt), y se realizó la prueba binomial. Los resultados permitieron la validación de las dimensiones con un IVCt de 0.88, demostrando razonable comprensión sistémica del fenómeno de la falta de adherencia.

DESCRIPTORIOS

Hipertensión
Cumplimiento de la medicación
Cooperación del paciente
Estudios de validación

*Extraído da dissertação "Instrumento de Avaliação da não Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial: desenvolvimento e validação de conteúdo", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, 2012. ¹ Enfermeiro. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Docente do Departamento de Enfermagem do Campus Amílcar Ferreira Sobral, Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil. wictoborges@yahoo.com.br ² Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Pesquisadora do CNPq. Fortaleza, CE, Brasil. tmmoreira@pq.cnpq.br ³ Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Universidade Federal do Piauí, Campus Ministro Petrônio Portela, Teresina, PI, Brasil. malvinat@gmail.com ⁴ Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Walter Cantídeo da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. anaceliacs@terra.com.br ⁵ Doutoranda em Saúde Pública. Enfermeira Assistencial da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil. danibraz18@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como o comportamento intencional ou não intencional do indivíduo que não coincide parcial ou totalmente com um plano de promoção da saúde ou terapêutico e com as recomendações tomadas por meio de decisões compartilhadas e acordadas entre profissional/equipe de saúde multidisciplinar e o indivíduo, família e comunidade. Incluindo dificuldade no tratamento medicamentoso, não medicamentoso e não comparecimento às atividades nos serviços de saúde (consultas, atendimentos grupais), o que pode levar a resultados clinicamente não efetivos ou parcialmente efetivos⁽¹⁾.

A não adesão é um problema de saúde pública e tem sido denominada *epidemia invisível*, variando de 15 a 93%, com média estimada de 50%, dependendo do método empregado para a medida⁽²⁾. Sua prevalência em relação ao regime medicamentoso é de 47% na Espanha, 58,3% no Reino Unido, 11% na Suécia e 10,6% na Holanda 74% em Seycheles, 78,5% no México, 40,4% na Colômbia e 77,3% no Chile.

No Brasil, as taxas de não adesão alcançam 49% no Rio de Janeiro, 43,4% em Porto Alegre, 86,3% em São Paulo e 25% em São Luiz. Em Fortaleza, essa taxa varia de 36 a 42%⁽³⁾. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽⁴⁾, a magnitude e o impacto da baixa adesão em países em desenvolvimento é ainda maior, dada a escassez de recursos para a saúde e as desigualdades de acesso aos cuidados de saúde.

Vários fatores interferem no processo terapêutico, contribuindo para a não adesão, como nível socioeconômico, crenças, complexidade do tratamento, valores, aspectos relativos aos serviços de saúde e relacionamento profissional-usuário.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adesão ao tratamento de enfermidades crônicas como um fenômeno multidimensional determinado pela conjugação de cinco conjuntos de fatores, denominados de *dimensões*: sistema de saúde, doença, tratamento, paciente e fatores relacionados ao cuidador. Essa classificação deixa claro que é enganosa a crença habitual de que os pacientes são os únicos responsáveis pelo tratamento. Na maioria das vezes, essa crença reflete a falta de compreensão sobre a forma como diversos fatores afetam o comportamento das pessoas e sua capacidade de aderir ao tratamento⁽⁴⁾.

Ante ao exposto, o objetivo desse trabalho foi realizar a validação de conteúdo das dimensões constitutivas da não adesão ao tratamento da HAS.

MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico, quantitativo. A pesquisa metodológica é aquela que investiga, organiza e analisa dados para construir, validar e avaliar instrumentos e técnicas de pesquisa centradas no desenvolvimento de ferramentas específicas de coleta de dados, com vistas a melhorar a confiabilidade e a validade desses instrumentos. Refere-se à elaboração de instrumentos de captação ou manipulação da realidade e está associada a caminhos, formas, maneiras e procedimentos para atingir determinado fim⁽⁵⁾.

A elucidação das definições constitutivas da não adesão ao tratamento da HAS constitui fonte de saber e direcionamento para ações dos profissionais de saúde. Buscou-se entender a dimensionalidade desse construto, ou seja, a estrutura interna e a semântica que compõe a *não adesão ao tratamento da HAS*. A teoria sobre o construto e os dados empíricos disponíveis sobre ele deve ser cuidadosamente analisada para decidir se o construto é uni ou multifatorial⁽⁶⁾.

Foi realizada uma ampla revisão de literatura que analisou 48 estudos no âmbito de 16 países, tornando possível o delineamento desse construto como um fenômeno multidimensional envolvendo quatro dimensões, assim denominadas: pessoa, doença, tratamento, serviço de saúde e ambiente.

Em seguida, foram elaboradas as definições constitutivas que foram expostas à análise de conteúdo por um painel de especialistas em adesão ao tratamento da HAS que decidiram sobre a pertinência dessas dimensões ao construto que representam. Os juízes necessariamente devem ser peritos na área do construto, pois sua tarefa consiste em decidir se os itens estão se referindo ou não ao traço latente em questão.

Para a definição amostral, realizou-se uma busca nos bancos de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a fim de localizar possíveis especialistas em adesão/não adesão ao tratamento da hipertensão arterial para compor a amostra. Uma busca eletrônica com os termos *hipertensão* e *cooperação do paciente* resultou em 123 especialistas em adesão/não adesão ao tratamento da HAS. Para o estabelecimento do tamanho da amostra, foi adotada uma fórmula que leva em consideração a proporção final de especialistas em relação a uma determinada variável dicotômica e a diferença máxima aceitável dessa proporção⁽¹⁾. Com isso, a amostra do estudo foi de 17 especialistas.

Como critério para a seleção dos especialistas foi desenvolvida uma adaptação do sistema de pontuação de Fehring⁽⁷⁾, ou *The Fehring model*, elaborado para seleção de enfermeiros peritos para validação de taxonomias de enfermagem. De acordo com o sistema de pontuação

... é enganosa a crença habitual de que os pacientes são os únicos responsáveis pelo tratamento.

Quadro 1 - Adaptação do sistema de pontuação de especialistas do modelo de validação de conteúdo de Fhering - Fortaleza, 2012

Crítérios Fehring (1994)	Pontos	Crítérios adaptados	Pontos adaptados
Mestre em enfermagem	4	Mestre (Critério obrigatório)	0
Mestre em enfermagem - dissertação com conteúdo relevante dentro da área clínica	1	Mestre com dissertação sobre adesão ao tratamento da HAS	2
Pesquisa (com publicação) na área de diagnósticos	2	Pesquisa na área de HAS	3
Artigo publicado na área de diagnósticos em um periódico de referência	2	Artigo publicado na área de adesão ao tratamento da HAS em periódicos \geq B2	2
Doutorado em diagnóstico	2	Doutor com tese sobre HAS	4
Prática clínica de pelo menos um ano de duração na área de enfermagem em clínica médica	1	Prática clínica de pelo menos um ano no âmbito da Atenção Primária em Saúde	2
Certificado em área clínica médica com comprovada prática clínica	2	Certificado de especialização na área de HAS, cardiologia, Saúde da Família/Saúde Pública ou áreas afins.	1
Pontuação Máxima	14	Pontuação Máxima	14

apresentado, os deveriam obter pontuação mínima de cinco pontos para serem incluídos no painel de especialistas. A adaptação foi realizada para a adequação ao objeto do presente estudo.

Desse modo, foi considerado critério de inclusão do especialista neste estudo um escore \geq 5, a partir da pontuação do quadro 01. O critério de exclusão foi: especialista que há 5 anos modificou sua linha de pesquisa e não trabalha mais com a temática hipertensão arterial.

Como foi utilizado o bando de dados nacional da CAPES para identificação dos especialistas, estes estavam localizados nas mais diversas cidades e estados. Assim, para a coleta de dados, foi feito contato por e-mail solicitando sua participação no estudo. Foi encaminhada uma carta convite explicando o objetivo do estudo, uma síntese da metodologia e a função do especialista na pesquisa. Após sua anuência, foram encaminhados via e-mail os instrumentos de coleta de dados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta foram utilizados dois formulários: o primeiro para caracterização dos especialistas, composto por variáveis sócio-demográficas e acadêmicas, e segundo, para validação de conteúdo das definições constitutivas das dimensões da não adesão ao tratamento da HAS. Para que os peritos avaliassem a pertinência de cada definição, foi utilizada uma escala categórica ordinal de quatro pontos: 1: não é indicativa(o); 2: muito pouco indicativa(o); 3: consideravelmente indicativa(o); e 4: muitíssima(o) indicativa(o).

Foi disponibilizado um tempo de 30 dias para cada especialista devolver o material respondido, no entanto, devido o pouco retorno, foi necessário duplicar esse tempo.

Após a avaliação dos especialistas, para determinar o nível de concordância entre eles, foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada uma das definições. Trata-se de um método muito utilizado na área da saúde que mede a proporção ou a porcentagem de juizes em concordância sobre determinados aspectos de conceitos sobre um tema. Permite inicialmente analisar cada dimensão constitutiva individualmente e depois o conjunto

de definições como um todo. Também é definido como a proporção de itens que recebe uma pontuação de 3 ou 4 pelos especialistas⁽⁸⁾. Para que possa ser considerada excelente, levando em consideração um painel de especialistas com mais de 16 integrantes, a validade de conteúdo deve atingir um IVC entre os itens (IVCi) de 0,75 ou superior⁽⁸⁾.

Os instrumentos foram tratados e os dados inseridos em um programa estatístico no qual se obteve os índices de todas as variáveis. A análise estatística teve início com listagem das frequências absolutas e relativas de cada variável, média e desvio-padrão das variáveis contínuas. Em seguida foram construídos tabelas e gráficos apresentando os resultados da análise. Para análise das definições constitutivas, definições operacionais e dos itens foram calculados seus respectivos IVC. Também foi realizado o teste exato de distribuição binomial, indicado para pequenas amostras, sendo considerados um nível de significância de 5% ($p > 0,05$) e uma proporção de 0,75 de concordância almejada para estimar a confiabilidade estatística dos IVC.

O estudo foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob o processo nº 11517971-2. Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo, em consonância com o que preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Ao caracterizar os especialistas, viu-se que a grande maioria era do sexo feminino (94,1%). Quanto à idade, a média encontrada foi 39 anos, com variação entre 27 e 54 anos. Mais da metade 77,3% havia feito graduação em enfermagem (70,6%), 23,5% em farmácia e 5,9% em medicina. A participação de nutricionistas e educadores físicos que se enquadraram nos critérios de inclusão também foi solicitada, mas não se obteve resposta.

Em relação à formação em cursos de pós-graduação stricto sensu, uma pessoa 5,9% pós-doutorado, sete (52,9%) tinham doutorado e seis (41,2), mestrado.

Em relação à pontuação dos especialistas, observou-se uma variação de 7 a 14 pontos, sendo a média de 10,41, o desvio-padrão de 2,476 e a mediana de 9, revelando que são pessoas de renomado saber na temática da adesão ao tratamento da HAS. Seu tempo médio de formação foi de 16,32 anos, sendo a maioria entre 11 e 20 anos. Em relação à produção acadêmica sobre HAS, 58,8% haviam defendido tese, 88,2%, dissertação, 47,1% haviam cursa-

do especialização envolvendo a temática e 64,7% tinham prática clínica com hipertensão.

Para a Validação de Conteúdo das Definições Constitutivas, a análise da literatura revelou um construto amplo na conceituação da não adesão ao tratamento da HAS, com uma compreensão sistêmica envolvendo quatro dimensões. A Tabela 1 apresenta os IVC das definições constitutivas das dimensões.

Tabela 1 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) das definições constitutivas do traço latente “não adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica” - Fortaleza, CE, Brasil, 2012

Dimensões e subdimensões	IVC Item	Teste Binominal
Dimensão Pessoa		
Denota o ser humano em seus aspectos biológico, espiritual e social. Engloba as variáveis interdependentes relacionadas ao biológico, psicológico/cognitivo, comportamental e socioeconômico.	1,0	0,000
Subdimensão Biológica		
Variáveis intrinsecamente relacionadas ao organismo que não são passíveis de modificações, associadas a alterações nos níveis pressóricos.	0,76	0,353
Subdimensão Psicológico/Cognitivo		
Variáveis relacionadas a psique, ao emocional e à capacidade de compreensão dos indivíduos que dificultam a tomada de medicamentos e modificações no estilo de vida	1,0	0,000
Subdimensão Comportamental		
Ações, atos do ser humano danosos à adesão ao tratamento da HAS.	0,88	0,05
Subdimensão Família		
Variáveis relacionadas ao convívio na micropolítica do grupo familiar que dificultam modificações no estilo de vida para o sujeito com hipertensão.	1,0	0,000
Subdimensão Sócio econômico		
Variáveis relacionadas à posição social, nível socioeconômico da pessoa e sua influência para a não adesão (renda, escolaridade) ao tratamento da HAS.	0,88	0,05
Dimensão Doença/Tratamento		
Presença ou ausência de sintomatologia da hipertensão e outras comorbidades que alteram o regime de tratamento e consequentemente a rotina diária ao longo dos anos. Alterações orgânicas e modificações do cotidiano provocadas pelo consumo dos medicamentos anti-hipertensivos que levam a não adesão.	0,94	0,007
Dimensão Serviço de Saúde		
Local onde o seguimento terapêutico é instituído por profissionais de saúde, que sofre influência direta das relações humanas entre profissionais e os sujeitos que são atendidos, da infraestrutura e da operacionalização dos serviços dispensados.	0,94	0,007
Dimensão Ambiente		
Local onde se encontra a unidade de saúde, a moradia do sujeito e o seu trabalho e suas interfaces com o tratamento da hipertensão arterial que dificultam o bom seguimento terapêutico.	0,76	0,353
IVC total	0,88	

DISCUSSÃO

Nessa pesquisa a grande maioria dos especialistas era do sexo feminino, corroborando dados de estudos de tradução e validação de instrumento de avaliação de triagem em emergência⁽⁹⁾; validação de instrumento de sistematização da assistência de enfermagem em crianças com hidrocefalia⁽¹⁰⁾ e validação do diagnóstico de enfermagem falta de adesão em pessoas com hipertensão, em que mais de 95% dos especialistas foram do sexo feminino⁽¹⁾.

A média de idade foi 39,14 anos, faixa semelhante a de outros estudos⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Achado diferente foi encontrado em es-

tudo de validação diagnóstica, com média de 28 anos, indicando ser reflexo precoce dos recém-formados em cursos de pós-graduação, evidenciando a constituição de peritos em determinados assuntos mais cedo durante a vida profissional⁽¹⁾.

Em relação à formação acadêmica, alguns estudos demonstram que um especialista deve possuir um corpo especializado de conhecimento. O maior tempo de formação fornece indícios de maturidade profissional, trata-se de um indicador de experiência e consequente habilidade nas ações da profissão^(1,11-12).

Sobre a validação de conteúdo das dimensões constitutivas, pode-se destacar que a compreensão sistêmica

da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial permite o exercício reflexivo deste fenômeno de difícil abordagem pelos profissionais de saúde, uma vez que alcança dimensões complexas do cotidiano dos sujeitos. A partir desse entendimento, é possível pensar em cada dimensão e seus constituintes interrelacionados, buscando a convergência de saberes para a construção de abordagens centradas na realidade de vida de cada pessoa.

Foi possível validar o conjunto de dimensões com IVC total foi de 0,88. Esse resultado conduz a reflexão que novos horizontes paradigmáticos no campo da ciência afloram para uma compreensão que transforme o cuidado às pessoas com hipertensão, indo ao encontro das premissas da Saúde Coletiva. Busca-se uma compreensão que supere a visão biomédica da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial como um fator essencialmente ligado às condutas da pessoa e o uso de medicamentos. Busca-se ainda refletir, como um exercício da contemporaneidade, sobre respostas mais humanas para os desarranjos orgânicos, psicológicos, emocionais, cognitivos e sociais despertados pela presença dessa morbidade.

A interferência da doença na vida dos portadores da HAS inicia-se desde o momento em que o indivíduo percebe-se doente. Existe uma dificuldade de convencer o sujeito, muitas vezes assintomático, de que ele tem hipertensão arterial, especialmente quando esse rótulo implica mudança de hábitos prazerosos ou ainda obrigação de usar medicamentos de forma permanente⁽¹³⁾. O indivíduo deve apresentar mudanças permanentes de comportamento, já que disso depende seu convívio amigável com a doença⁽¹⁴⁾.

A Dimensão Pessoa obteve um excelente IVC (1,0; $p > 0,001$) e pode-se analisar esse resultado sob a ótica de responsabilização do sujeito frente a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Essa compreensão ainda é muito forte nos profissionais de saúde, refletindo ideologicamente os discursos hegemônicos que ainda se impõem no atendimento ao usuário com hipertensão. Por outro lado, e analisando essa dimensão a partir das suas subdimensões biológica, psicológica/cognitiva, comportamental, familiar e socioeconômica, tentou-se desconstruir um pouco esse paradigma tradicional, rumo a uma compreensão interrelacional do fenômeno.

Das cinco subdimensões da dimensão pessoa, a Biológica foi a que obteve o menor IVC (0,76 e $p = 0,353$). Esse resultado pode ser associado ao fato dessa subdimensão restringir-se inteiramente a variáveis não passíveis de modificação e, desse modo, representar um campo de difícil elaboração de intervenções pela equipe de saúde na melhoria da adesão terapêutica. Contudo, é importante uma reflexão sobre os fatores biológicos como ferramentas para o delineamento de ações nos serviços que saúde, quer sejam grupais, educacionais ou individuais^(13,15).

As subdimensões Psicológico/Cognitivo e Familiar também obtiveram excelente validade de conteúdo

(IVC=1,0; $p > 0,001$). O bem estar psicológico e uma boa cognição são essenciais para o seguimento terapêutico, o resgate dessas condições deve sempre fazer parte da elaboração dos planos de cuidado dos sujeitos com hipertensão. A harmonia na micropolítica familiar também é importante fator a ser considerado no acompanhamento dessas pessoas. É importante para o indivíduo poder contar com a colaboração de todos, principalmente dos familiares⁽¹⁴⁾. A relação dialógica dos membros desse grupo repercute em práticas de autocuidado e cuidado coerentes com a situação de saúde vivenciada.

As subdimensões Comportamental e Socioeconômica obtiveram o mesmo IVC (0,88; $p = 0,05$). O comportamento é um dos principais fatores observados nos processos terapêuticos, que sofre influência direta dos fatores socioeconômicos e transita entre dois polos, positivo e negativo, adesão e não adesão. Um estudo⁽¹⁾ conceituou o comportamento *falta de adesão* como a falta de engajamento adequado do sujeito com hipertensão em comportamentos recomendados, engajamento em comportamentos não saudáveis, ou ainda falta de interesse em seguir as recomendações profissionais ou adquirir de conhecimentos.

As dimensões Doença/tratamento e Serviço de Saúde foram validados com IVC de 0,94 ($p = 0,007$). A convivência com a doença, o tratamento e o modo como o serviço de saúde interage com o sujeito compõem demandas objetivas e subjetivas no processo de adesão terapêutica. É nesse espaço em que são dialogados os cuidados necessários ao convívio com a hipertensão em busca de uma nova harmonia dos níveis tensionais e processos sociais alterados.

O serviço de saúde é o lócus complexo de cuidado, imbuído de representações ideológicas que moldam as práticas dos profissionais de saúde a partir da articulação de diferentes saberes e elementos, sejam eles sociais, científicos, culturais, antropológicos e simbólicos. Nesse espaço, há ainda o poder simbólico presente no ambiente das unidades de saúde como uma faceta da estrutura de dominação do discurso biomédico que transita transdisciplinarmente em todas as práticas sociais⁽¹⁶⁾.

A dimensão Ambiente obteve o menor IVC dentre todas as dimensões, com índice de 0,76 ($p = 0,353$). Sua formulação consolidou-se a partir de estudos internacionais⁽¹⁷⁻²¹⁾ e apenas um estudo brasileiro⁽²²⁾ indicou variáveis que se enquadraram nesta dimensão. Assim, o IVC pode ser reflexo dessa característica e indício de lacuna na literatura brasileira, deixando as discussões que envolvem os aspectos ambientais da adesão ao tratamento da HAS com pouca visibilidade em relação às demais. É necessário o despertar de pesquisadores brasileiros para a investigação de variáveis ambientais que se associam a não adesão.

Deve-se assumir que na vivência dos indivíduos com hipertensão e seu relacionamento com os profissionais de saúde existe uma aproximação entre conhecimentos

e condutas, tendo em vista que ambos se constroem no universo social por meio de interação, apropriação e determinação social⁽¹³⁾.

Partindo da dinâmica interdimensional que envolve a não adesão ao tratamento da HAS, sua compreensão sistêmica é um desafio que necessita de superação e poderá ser útil para o indivíduo que sofre o agravo, sua família, sua comunidade, os profissionais de saúde e os gestores na elaboração de estratégias para melhorar a adesão.

CONCLUSÃO

É necessário que os profissionais de saúde compreendam que a adesão ao tratamento da hipertensão arterial é uma questão complexa, que repousa sobre quatro dimensões interdependentes que necessitam ser compreendidas sistemicamente: pessoa, doença/tratamento, serviço de saúde e ambiente.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira CJ. Revisão do diagnóstico de enfermagem "Falta de Adesão" em pessoas com hipertensão arterial [tese doutorado]. Fortaleza: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2011.
2. Santa Helena ET, Nemes MIB, Eluf Neto J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad Saúde Pública* 2010; 6(12):2389-98.
3. Borges JWP, Moreira TMM, Rodrigues MTP, Oliveira CJ. The use of validated questionnaires to measure adherence to arterial hypertension treatments: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2012 [cited 2012 Sept 18];46(2):487-94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200030&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
4. World Health Organization (WHO). Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva; 2003.
5. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
6. Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes; 2003.
7. Fehring RJ. The Fehring Model. In: Carrol-Johnson RM, Paquette M, editors. Classification of nursing diagnoses, proceedings of the tenth conference. Philadelphia: JB Lippincott; 1994. p. 55-62.
8. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007;30(4):459-67.
9. Rodrigues AVD, Vituri DW, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Oliveira WT. The development of an instrument to assess nursing care responsiveness at a university hospital. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2012 [cited 2012 Sept 18];46(1):162-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/en_v46n1a23.pdf
10. Seganfredo DH, Almeida MA. Validação de conteúdo de resultados de enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos. *Rev Latino Am Enferm*. 2011;19(1):34-41.
11. Goldeano LE, Rossi LA, Pelegrino FM. Content validation of the deficient knowledge nursing diagnosis. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(4):549-55.
12. Melo RP, Moreira RP, Fontenele FC, Aguiar ASC, Joventino ES, Carvalho EC. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. *Rev RENE*. 2011;12(2):424-31.
13. Souza MP, Almeida EC, Baldissera VDA. Planejamento educativo para um grupo que vivencia a hipertensão arterial sistêmica segundo uma abordagem dialógica. *Saúde Transf Soc*. 2012;3(2):75-83.
14. Goes ELA, Marcon SS. A convivência com a hipertensão arterial. *Acta Sci*. 2002;24(3):819-29.
15. Machado MC, Pires CGS, Lobão WM. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(5):1357-63.

-
16. Borges JWP, Pinheiro NMG, Souza ACC. Hipertensão comunicada e hipertensão compreendida: saberes e práticas de enfermagem em um Programa de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(1):3689-96.
 17. Lewis LM, Askie P, Randleman S, Shelton-Dunston B. Medication adherence beliefs of community-dwelling hypertensive African Americans. *J Cardiovasc Nurs*. 2010; 25(3):199-206.
 18. Islam T, Muntner P, Webber LS, Morisky DE, Krousel-Wood MA. Cohort study of medication adherence in older adults (CoSMO): extended effects of Hurricane Katrina on medication adherence among older adults. *Am J Med Sci*. 2008;336(2):105-10.
 19. Krousel-Wood MA, Islam T, Muntner P, Stanley E, Phillips A, Webber LS, et al. Medication adherence in older clinic patients with hypertension after Hurricane Katrina: implications for clinical practice and disaster management. *Am J Med Sci*. 2008; 336(2):99-104.
 20. Fongwa MN, Evangelista LS, Hays RD, Martins DS, Elashoff D, Cowan MJ et al. Adherence treatment factors in hypertensive African American women. *Vasc Health Risk Manag*. 2008; 4(1):157-66.
 21. Serour M, Alqhenaei H, Al-Saqabi S, Mustafa AR, Ben-Nakhi A. Cultural factors and patients' adherence to lifestyle measures. *Br J Gen Pract*. 2007;57(537):291-5.
 22. Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Mion Júnior D, Ortega K, Pierin AMG. Profile of hypertensive patients: biosocial characteristics, knowledge, and treatment compliance. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(1):59-65.