

Validação de conteúdo das definições operacionais da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial¹

Content validation of the operational definitions of non-acceptance to hypertension treatment

Validación de contenido de las definiciones operacionales de la falta de aceptación al tratamiento de hipertensión

José Wicto Pereira Borges², Thereza Maria Magalhães Moreira³, Malvina Thaís Pacheco Rodrigues⁴ e Célida Juliana de Oliveira⁵.

Como citar este artigo:

Borges JWP; Moreira TMM; Rodrigues MTP; et al. Validação de conteúdo das definições operacionais da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Rev Fund Care Online. 2016 jul/set; 8(3):4651-4658. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4651-4658>

ABSTRACT

Objective: to validate the content of the operational definitions of the construct “non-acceptance to hypertension treatment”. **Method:** a methodological study of content validation. It was performed an integrative review that showed four dimensions of nonacceptance: person, disease/treatment, health care and environment. Thirty-six operational definitions were developed in the context of these dimensions. The settings were evaluated by a panel of 17 experts. The Content Validity Index (CVI) was calculated for each operational definition, and the binomial test was performed. **Results:** among the 36 developed operational definitions, 20 were validated with excellent IVC ($\geq 0,81$) with $p < 0,005$; 11 suffered adjustments and were re-evaluated, five were excluded. **Conclusion:** the design and validation of these operational definitions as a specific event of nursing contribute to the consolidation of attributes of concepts that ultimately foresee the demarcation of nursing science.

Descriptors: hypertension; patient cooperation; validation studies.

¹ Extraído da dissertação: Instrumento de Avaliação da Não Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial: desenvolvimento e validação de conteúdo. Programa de Pós Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Ceará, 2012.

² Doutorando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde e membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Crônicas e Enfermagem (GRUPECCE) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da Universidade Federal do Piauí Campus Amílcar Ferreira Sobral. wictoborges@yahoo.com.br.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Adjunto da UECE. Docente do Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde e do Doutorado em Saúde Coletiva da UECE. Pesquisadora CNPq. Líder do GRUPECCE. tmmoreira@yahoo.com.

⁴ Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Mestrado Acadêmico em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí. Docente Membro do GRUPECCE. malvinat@gmail.com.

⁵ Enfermeira (UECE). Doutora em Enfermagem (UFC). Docente do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. celidajuliana@yahoo.com.br.

RESUMO

Objetivo: validar o conteúdo das definições operacionais do construto “não adesão ao tratamento da hipertensão arterial”. **Método:** estudo metodológico de validação de conteúdo. Foi realizada uma revisão integrativa que demonstrou quatro dimensões da não adesão: pessoa, doença/tratamento, serviço de saúde e ambiente. Foram elaboradas 36 definições operacionais no âmbito dessas dimensões. As definições foram avaliadas por um painel de 17 especialistas na temática. Foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) de cada definição operacional, e realizado o teste binomial. **Resultados:** das 36 definições operacionais elaboradas, 20 foram validadas com excelente IVC ($\geq 0,81$) com $p < 0,005$; 11 sofreram adequações e foram reavaliadas, e cinco foram excluídas. **Conclusão:** o delineamento e a validação destas definições operacionais enquanto um evento específico da enfermagem contribuem para a consolidação de atributos de conceitos que vislumbram em última instância a demarcação da ciência de Enfermagem.

Descritores: hipertensão; cooperação do paciente; estudos de validação.

RESUMEN

Objetivo: validar el contenido de las definiciones operacionales del constructo “la falta de aceptación al tratamiento de la hipertensión”. **Método:** un estudio metodológico de validación de contenido. Se llevó a cabo una revisión integradora que mostró cuatro dimensiones de la no aceptación: persona, la enfermedad/tratamiento, la atención de la salud y el medio ambiente. Se desarrollaron 36 definiciones operacionales en el contexto de estas dimensiones. Las definiciones fueron evaluadas por un panel de 17 expertos en el tema. Se calculó el Índice de Validez de Contenido (IVC) para cada definición operacional, y se realizó la prueba binomial. **Resultados:** de las 36 definiciones operacionales desarrolladas, 20 fueron validadas con excelente IVC ($\geq 0,81$) con $p < 0,005$; 11 sufrieron ajustes y fueron re-evaluadas, cinco fueron excluidas. **Conclusión:** la línea y la validación de estas definiciones operacionales como un evento específico de la enfermería contribuye a la consolidación de los atributos de los conceptos que vislumbran, en última instancia, la demarcación de la ciencia de enfermería.

Descriptor: hipertensión; cooperación del paciente; estudios de validación.

INTRODUÇÃO

A não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) é identificada como a causa principal da pressão arterial não controlada, representando um risco significativo de eventos cardiovasculares - o que pode ser observado nos altos índices de morbidade e mortalidade por doenças do aparelho circulatório.¹

A não adesão é tida como o comportamento da pessoa que deixa de coincidir com um plano de promoção da saúde ou terapêutico acordado entre ela e o profissional de saúde.² É um fenômeno complexo estruturado pelas dimensões pessoa, doença/tratamento, serviço de saúde e ambiente sistemicamente organizado.³

A partir dessa complexidade questiona-se: como o enfermeiro poderá agir para a melhoria da não adesão ao tratamento da HAS considerando as suas interfaces constitui-

vas? Trata-se de um desafio à assistência de enfermagem que poderá ser enfrentado a partir da estruturação dessas dimensões em saberes práticos nos quais seja possível vislumbrar focos para suas ações. Desse modo, situamos as definições operacionais da não adesão ao tratamento da HAS como uma ferramenta teórica que poderá dar significado prático às definições conceituais.

Uma definição operacional é um procedimento que atribui um significado comunicável a um conceito pela especificação de como o conceito é aplicado dentro de um conjunto específico de circunstâncias.⁴ São componentes essenciais das pesquisas de diagnóstico de enfermagem, porque preenchem uma lacuna entre a observação e a investigação científica. Elas descrevem o que será mensurado e como pode ser feita essa mensuração, servindo para aumentar a confiabilidade e a validade dos dados, e indicar os critérios de avaliação das intervenções de enfermagem.⁵

Assim, o objetivo desse estudo foi validar o conteúdo das definições operacionais do construto “não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica”.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico e quantitativo. A pesquisa metodológica é aquela que investiga, organiza e analisa dados para construir, validar e avaliar instrumentos e técnicas de pesquisa, centrada no desenvolvimento de ferramentas específicas com vistas a melhorar a confiabilidade e a validade desses instrumentos.⁶

Buscou-se entender a dimensionalidade desse construto, ou seja, a estrutura interna e semântica que compõe a “não adesão ao tratamento da HAS”. A teoria sobre o construto e/ou dos dados empíricos disponíveis sobre ele foi cuidadosamente analisada.⁴ Desse modo, realizou-se uma ampla revisão de literatura que analisou 48 estudos no âmbito de 16 países, tornando possível o delineamento desse construto como um fenômeno complexo envolvendo quatro dimensões, que denominamos de pessoa, doença/tratamento, serviço de saúde e ambiente.

Após delinear a dimensionalidade, foram construídas as definições operacionais. A passagem do terreno abstrato para o concreto é precisamente viabilizada pelas definições operacionais e baseia-se na legitimidade da representação empírica e comportamental do construto. Esta definição é operacional quando é definida, não mais em termos de outros construtos, mas em termos de operações concretas, de comportamentos físicos pelos quais o construto se expressa.⁴

Para o desenvolvimento das definições operacionais, foi utilizado um instrumento guia, o qual possui uma estrutura de funil em fluxo de conceitos, passando da elucidação do conceito mais geral (dimensionalidade) até atingir os conceitos específicos e objetivos (definições operacionais). Assim, foram elaboradas 36 definições operacionais, sendo: 13 da dimensão pessoa, 10 da dimensão doença/tratamento, 07 da dimensão serviço de saúde, e 06 da dimensão ambiente.

As definições operacionais elaboradas foram expostas à análise de conteúdo por um painel de especialistas em adesão ao tratamento da HAS, que decidiram sobre suas pertinências ao construto que representam. Na análise dos especialistas, estes 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) do Brasil, a fim de localizar possíveis especialistas para compor a amostra. Neste banco de dados realizou-se uma busca eletrônica com os decritores “hipertensão” e “cooperação do paciente”, resultando em uma população de 123 especialistas. Para o estabelecimento do tamanho da amostra, foi adotada uma fórmula que leva em consideração a proporção final de especialistas em relação à uma determinada variável dicotômica, e a diferença máxima aceitável dessa proporção⁽²⁾. A amostra final foi de 17 especialistas.

Como critério para a seleção foi desenvolvida uma adaptação do sistema de pontuação de Fehring⁷, o qual construiu um sistema “*The Fehring Model*” para seleção de enfermeiros peritos para validação de taxonomias de enfermagem.

A adaptação foi realizada para a adequação ao objeto de estudo tendo os critérios: mestre, critério obrigatório (zero ponto); mestre com dissertação sobre adesão ao tratamento da HAS (dois pontos); pesquisa na área de HAS (três pontos); artigo publicado na área de adesão ao tratamento da HAS em periódicos \geq B2 (dois pontos); doutor com tese sobre HAS (quatro pontos); prática clínica de pelo menos um ano no âmbito da atenção primária em saúde (dois pontos); certificado de especialização na área de HAS, cardiologia, Saúde da Família/Saúde Pública ou áreas afins (um ponto), sendo 14 o máximo de pontos possíveis.

Foi considerado critério de inclusão a aquisição de um escore maior ou igual a cinco pontos na escala adaptada. O critério de exclusão foi: especialista que há 5 anos modificou sua linha de pesquisa e não trabalha mais com a temática HAS.

Para a coleta de dados, utilizou-se contato por e-mail para solicitar a participação no estudo. Foi encaminhada uma carta convite explicando o objetivo, uma síntese da metodologia e a função do especialista na pesquisa. Após anuência foi encaminhado via e-mail os instrumentos de coleta de dados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram utilizados dois formulários: o primeiro constituiu o instrumento de caracterização compondo variáveis sócio demográficas e acadêmicas. O segundo, o instrumento da validação de conteúdo das definições operacionais. Para que os especialistas avaliassem a pertinência de cada definição operacional ao fenômeno de investigação, 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 disponi-

bilizado um tempo de 30 dias para a devolução dos instrumentos respondidos, no entanto, devido ao baixo retorno dos mesmos esse tempo foi duplicado.

Após a avaliação foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada uma das definições de modo a determinar o nível de concordância entre os especialistas. Inicialmente foi analisada cada definição individualmente e depois o conjunto de definições como um todo.

O IVC foi definido como a proporção de itens que receberam uma pontuação de 3 ou 4 pelos especialistas. Considerou-se como tendo validade de conteúdo excelente, levando em consideração um painel de especialistas com mais de 16 integrantes, um IVC entre os itens (IVCi) de 0,75 ou superior.⁶

Os dados coletados foram processados em um programa estatístico no qual se obteve os índices de todas as variáveis. Para efetivar a análise das definições operacionais foram calculados seus respectivos IVC. Também foi realizado o teste exato de distribuição binomial para pequenas amostras sendo considerado nível de significância de 5% ($p > 0,05$) e proporção de 0,75 para a concordância almejada para estimar a confiabilidade estatística dos IVC.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (processo nº 11517971-2) em consonância com a Resolução 466/12.

RESULTADOS

Dos especialistas 94,1% eram do sexo feminino, com média de idade de 39,14 anos, com mínimo de 27 e máximo de 54 anos. A maioria da amostra cursou Enfermagem (70,6%), quatro (23,5%) cursaram Farmácia e um (5,9%) cursou Medicina. Em relação à formação em cursos de pós-graduação *stricto sensu*, um deles (5,9%) tinha pós-doutorado, 52,9% (9) tinham doutorado e 41,2% (7) eram mestres. Quanto ao tempo de formação, houve uma média de 16,32 anos, com mínimo de 4, máximo de 32 anos.

No tocante à região e à cidade em que os especialistas residiam, este estudo envolveu três regiões (Nordeste, Sudeste e Sul); nove estados (Bahia, Ceará, Paraíba, Piauí, Espírito Santo, Minas Gerais, São Paulo, Rio Grande do Sul e Paraná) e 13 cidades (Salvador, Fortaleza, Crato, João Pessoa, Florianópolis, Vitória, Alfenas, São Paulo, Ribeirão Preto, Itapeva, Londrina, Maringá e São Mateus) indicando uma multiplicidade de visões e de culturas diferentes na análise das definições operacionais. Os escores obtidos no modelo adaptado Fhering obtiveram uma média de 10,41 pontos, com desvio padrão de 2,476 - o menor escore foi de 07 e o maior de 14 pontos.

As validações de conteúdo das 36 definições operacionais estão apresentadas nas tabelas 01 e 02.

Tabela 1: índice de Validade de Conteúdo (IVC) das definições operacionais do traço latente “não adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica” segundo a dimensão pessoa. Fortaleza, CE, Brasil, 2014.

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS		IVC* Item	Teste Binomial
Dimensão Pessoa	01 Sentir-se bem faz com que o hipertenso interrompa a medicação	1,0	0,000
	02 Crença em não precisar adotar mudança no estilo de vida	0,88	0,050
	03 Esquecer-se de tomar a medicação	0,94	0,007
	04 Falta de motivação para adotar alimentação saudável	0,94	0,007
	05 Utilização de bebidas alcoólicas [†]	0,76	0,353
	06 Alta frequência de consumo de <i>fast food</i> [†]	0,76	0,353
	07 Decisão de não tomar a medicação ou tomá-la apenas na presença de sintomas	1,0	0,000
	08 Configuração da vida moderna em estar sempre ocupado para realizar exercício físico [†]	0,76	0,353
	09 Baixa participação social durante as últimas duas semanas quando mostrou que os efeitos negativos das interações dos membros da família agem sobre a pressão arterial (estresse) [†]	0,65	0,107
	10 Dificuldade em seguir um regime de dieta diferente da do resto da família é um ponto crucial para a adoção de medidas dietéticas	0,94	0,007
	11 O grande número de encontros sociais entre famílias, que promovem alimentação coletiva em abundância [‡]	0,59	0,040
	12 Possui renda familiar baixa para a compra de medicamentos e estilo de vida saudável [†]	0,71	0,235
	13 O não comparecimento às consultas para evitar a falta no trabalho	0,81	0,197

* Índice de Validade de Conteúdo do item;

† Definições operacionais reavaliadas;

‡ Definições operacionais eliminadas.

Baseado nos índices de validação obtidos para as definições operacionais da dimensão Pessoa, constatou-se que seis (as de número 01, 02, 03, 04, 07, e 10) obtiveram escores excelentes ($\geq 0,78$). No entanto, cinco definições operacionais (05, 06, 08, 09 e 12) tiveram IVCi considerados bons (IVC entre 0.60 e 0,78) e necessitaram de revisão e de nova avaliação por especialistas. A de número 11 foi eliminada.

Tabela 2: índice de Validade de Conteúdo (IVC) das definições operacionais do traço latente “não adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica” segundo as dimensões doença/tratamento, serviço de saúde e ambiente. Fortaleza, CE, Brasil, 2014.

Definições Operacionais		IVC* item	Teste Binomial
Dimensão Doença/Tratamento	14 Os efeitos colaterais dos medicamentos	0,94	0,007
	15 O número de pílulas diárias ingeridas	0,94	0,007
	16 Presença de comorbidades [†]	0,75	0,370
	17 Acometimento do estado mental	0,81	0,197
	18 Alto nível de estresse [†]	0,69	0,190
	19 Níveis pressóricos elevados	0,81	0,197
	20 História anterior de crise hipertensiva	0,81	0,197
	21 Utilizar-se de práticas alternativas ao invés de do tratamento pactuado [†]	0,69	0,190
	22 Ausência de sintomas da HAS	0,88	0,063
	23 Menor percepção do benefício dos fármacos	0,88	0,063
Dimensão Serviço de Saúde	24 Educação em saúde deficiente sobre o controle da HAS	0,88	0,063
	25 Barreira na comunicação profissional - sujeito com hipertensão	0,88	0,063
	26 Consultas estressantes	0,82	0,164
	27 Desconfiança dos profissionais de saúde em relação à fala da pessoa com hipertensão [†]	0,76	0,353
	28 Qualidade deficiente do serviço de saúde [†]	0,76	0,353
	29 Falta de acesso a exames laboratoriais, material clínico, medicamentos, e recursos humanos	1,0	0,000
	30 Equipe descoordenada em relação à visita domiciliar	0,88	0,063
	31 Insatisfação com o ambiente da unidade de saúde	0,82	0,164
Dimensão Ambiente	32 Falta de um local conveniente para a atividade física [†]	0,71	0,235
	33 Violência no bairro de residência impedindo ir à unidade de saúde [‡]	0,53	0,120
	34 Distância entre o local em que as pessoas com HAS moravam e trabalhavam [‡]	0,53	0,120
	35 Maior tempo de permanência no país estrangeiro [‡]	0,24	0,000
	36 Desastres naturais [‡]	0,29	0,000

* Índice de Validade de Conteúdo do item;

† Definições operacionais reavaliadas;

‡ Definições operacionais eliminadas.

No que tange às definições operacionais da dimensão doença/tratamento, sete definições foram validadas (as de

número 14, 15, 17, 19, 20, 22 e 23) com $IVCi \geq 0,78$ ($p > 0,05$). Nessa dimensão, três necessitaram de revisão e de nova avaliação de conteúdo (as de número 16, 18 e 21).

Na dimensão Serviço de Saúde a maioria das definições operacionais (nº 24, 25, 26, 29 e 30) obtiveram excelentes $IVCi$ ($\geq 0,78$; $p < 0,005$). Já nas definições operacionais da dimensão ambiente, não surgiram definições operacionais validadas a contento. A maioria delas obteve $IVCi$ insatisfatórios, abaixo de 0,60, culminando com a exclusão de quatro definições (nº 33, 34, 35 e 36). Apenas a definição operacional 31 obteve validação de conteúdo na primeira análise, e a de número 32 obteve $IVCi$ que a conduziu para uma segunda análise.

DISCUSSÃO

A formulação e validação de definições operacionais de fenômenos de enfermagem são requisitos importantes para a compreensão e elaboração de planos de cuidados com capacidade para fomentar um cuidado clínico integral. No âmbito da não adesão ao tratamento da HAS, a elucidação desse construto a partir de suas definições operacionais permitirá ao enfermeiro novos caminhos para a realização do cuidado clínico de enfermagem.

Sobre as definições operacionais que necessitaram de revisão, tem-se a de nº05 (utilização de bebidas alcoólicas). Apesar da utilização de bebidas alcoólicas ser reconhecida um importante fator de risco para hipertensão arterial e para o agravamento do risco cardiovascular, essa definição operacional não obteve escore suficiente para validação. A ingestão prolongada do álcool pode, além de aumentar a pressão arterial, aumentar a mortalidade cardiovascular em geral, devendo ser desencorajada pelos profissionais de saúde.⁸ A adequação desta definição operacional obteve IVC de 1,0 a partir do rótulo: consumo de bebidas alcoólicas.

As definições operacionais nº 06 (Alta frequência de consumo de *fast food*) e 08 (Configuração da vida moderna em estar sempre ocupado para realizar exercício físico) refletem ao *habitus* constituído na sociedade contemporânea. O tempo de dedicação às refeições e às atividades de lazer está cada vez mais escasso em relação ao tempo dedicado às atividades econômico-financeiras - aliadas ao novo panorama midiático das indústrias alimentares de comidas rápidas.

Esse tipo de comportamento é prejudicial às pessoas que convivem com hipertensão. O planejamento alimentar com redução de sal e alimentos hipercalóricos deve fazer parte da rotina alimentar dessas pessoas.⁹

Com relação à definição operacional nº08, a sobrecarga de trabalho gera cansaço físico e mental, desmotivando a prática de exercício físico - o que representa uma dificuldade na adesão ao tratamento. Esta sobrecarga pode dificultar as atividades de autocuidado indispensáveis à promoção da saúde e, em particular, a adesão às condutas terapêuticas da HAS.¹⁰

Estas definições operacionais foram respectivamente renomeadas para: alta frequência do consumo de comidas rápidas (sanduíches, pastéis, esfirras, batata frita), tempo de dedicação às atividades de lazer cada vez mais escasso em relação ao tempo dedicado às atividades econômico-financeiras da pessoa com hipertensão. Cada uma dessas definições obtiveram $IVCi$ de adequação de 1,00 e 0,80, respectivamente.

A definição operacional nº 09 trata do estresse em situação peculiar, aquele gerado na convivência familiar. A participação da família é altamente relevante na aquisição de hábitos e mudanças no estilo de vida, assim como na aderência do paciente ao tratamento. Acredita-se que essa definição operacional não obteve pontuação suficiente para validação por se apresentar restrita a um locus. O estresse hodiernamente integra-se à vida dos indivíduos nos mais variados ambientes, seja familiar ou no trabalho, agindo diretamente sobre a pressão arterial.

Desse modo, a definição operacional foi revisada, obtendo IVC de adequação de 1,0, sendo conceituada em: a convivência em ambientes com alto nível de estressores, seja em convívio familiar ou comunitário, age sobre a pressão arterial, devendo ser encarado como alvo do tratamento não medicamentoso.

O estresse ambiental é um importante fator a ser considerado na avaliação da pressão arterial, bem como na sua gênese.¹¹ No entanto, pesquisas indicam que a relação entre estresse e hipertensão arterial ainda não está totalmente esclarecida, existindo a necessidade pela realização de estudos longitudinais para consolidação dessa informação.¹²

A definição operacional nº12 (Possui uma renda familiar baixa para a compra de medicamentos e estilo de vida saudável) obteve um adequado $IVCi$, mas insuficiente para sua validação. Supõe-se que essa definição operacional não foi bem formulada por associar sucintamente a renda a dois fatores distintos, compra de medicamentos e estilo de vida saudável. Deste modo, ela foi redefinida para uma nova avaliação de conteúdo: possuir renda familiar com baixo potencial de compra que dificulta o acesso a medicamentos, quando estes não são fornecidos pelas unidades de saúde, uma alimentação balanceada e a realização de alguns tipos de atividades físicas (natação, hidromassagem, ginástica, etc.). O índice de adequação dessa definição operacional foi baixo (IVC de 0,60), culminando com a sua eliminação.

A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No entanto, são evidentes os estudos que associam variáveis desse estrato à problemática da não adesão ao tratamento.^{1,3,9} Há que se considerar, contudo, que em um país em desenvolvimento como o Brasil, onde as pessoas de menor poder aquisitivo são consideradas por sua condição social, é compreensível a dificuldade para mudança de estilo de vida.¹⁰ Portanto, para que se obtenha melhor adesão ao tratamento é necessário considerar as reais condições de vida dos indivíduos.

A definição operacional nº 11 (O grande número de encontros sociais entre famílias, que promovem alimenta-

ção coletiva em abundância) obteve avaliação ruim, com um IVCi de 0,59 sendo eliminado do estudo.

No que se refere à definição operacional nº 16 “Presença de comorbidades” este fato torna mais complexo o seguimento terapêutico, aumentando a carga de fármacos e assim elevando os efeitos colaterais destes. Além disso, é indício de não adesão ao tratamento, pois a má condução dele é um dos principais fatores desencadeadores de lesão em órgão alvo. Essa definição necessitou de readequação e nova avaliação.

Desse modo, a definição operacional nº 16 foi renomeada para “Presença de outras doenças ou condições de saúde, além da hipertensão arterial, demandando o aumento do número de medicamentos prescritos, efeitos colaterais desses fármacos e suporte de cuidado”, resultando em excelente índice de adequação (IVC = 1,0).

A utilização de práticas alternativas em detrimento do tratamento convencional da hipertensão (definição operacional nº21) está atrelada aos valores culturais dos sujeitos, bem como ao seu nível de conhecimento e de entendimento sobre a doença.¹³

Terapias complementares e medicina alternativa são, muitas vezes, utilizadas como adjuvantes ao tratamento convencional por indivíduos com doença cardiovascular. Padrões de utilização de práticas complementares representam dados importantes na prestação de assistência adequada.¹⁴⁻⁵ Esta definição operacional não obteve validação de conteúdo (IVC = 0,60), sendo eliminada. A eliminação foi atribuída à possibilidade do abandono do tratamento convencional por aqueles que praticam terapias complementares. Conjecturamos que se esta definição operacional levasse a compreensão de que as terapias complementares são coadjuvantes ao tratamento convencional, ela obteria validação.

A definição operacional nº 27 (Desconfiança dos profissionais de saúde em relação à fala da pessoa com hipertensão) obteve um IVCi de 0,76 ($p>0,05$). Ela remete ao processo de diálogo estabelecido entre o profissional e a pessoa com hipertensão. É nesse momento de encontro em que há o acordo do tratamento proposto, sendo a comunicação eficaz um pré-requisito para o sucesso desse acordo.

Nesse contexto resgatamos um modelo teórico de comunicação no tratamento da hipertensão, que compreende três fases: compreensão e aceitação (fase 1), quando ocorre o diálogo para transferência de informação do prestador de cuidados à pessoa com hipertensão, buscando a compreensão e aceitação da situação pessoal e do risco associado; tradução em ação (fase 2), que inclui a iniciação do tratamento medicamentoso e mudanças do estilo de vida; e a retenção a longo prazo (fase 3), que abrange o reforço de uma comunicação eficaz, a repetição e o acompanhamento sistemático do aumento da adesão ao plano terapêutico.¹⁶

Desse modo, a confiança interpessoal deve estar presente em todos os encontros terapêuticos em prol do bem viver dessas pessoas durante os seus papéis sociais. Nesse sentido, renomeamos a definição operacional para: o sujeito com hipertensão percebe que o profissional de saúde não esboça

confiança nas falas e atitudes dele (pessoa com hipertensão). Obteve IVC de adequação de 0,80.

A definição operacional nº 28 (Qualidade deficiente do serviço de saúde) obteve IVC 0,76, sendo submetida à reavaliação, a qual resultou em IVC de adequação de 0,40, sendo eliminada.

A insatisfação com o ambiente de saúde é um dos fatores que desmotiva a participação nas atividades desenvolvidas nesse ambiente.¹⁷ A resolutividade dos serviços e a satisfação do cliente são maneiras de se avaliar os serviços de saúde, a partir dos resultados obtidos no atendimento ao usuário. A satisfação com os serviços oferecidos por qualquer que seja o sistema de saúde, sobretudo os de caráter público, são importantes na adesão ao tratamento e às consultas, no controle da doença e, conseqüentemente, na qualidade de vida, principalmente nas doenças crônicas.¹⁸ Esta definição operacional não delinea qual a qualidade que está deficiente no serviço de saúde, ficando distante da operacionalização para a realização de ações que as definições operacionais requerem.

A falta de um local conveniente para a prática de atividades físicas (definição operacional nº32) desencoraja a realização dessa modalidade de tratamento não farmacológico. A falta de um local adequado, estruturado e com instrutor pode levar à prática de exercícios não indicados para cada caso, podendo ser danoso à saúde ao invés de terapêutico.¹⁹

Desse modo, renomeamos a definição operacional de nº 32 para: “Falta de local adequado, estruturado e com instrutor para realização de atividade física torna essa atividade pouco atraente às pessoas com hipertensão”. No entanto, o índice de readequação dessa definição foi de 0,40, sendo eliminada.

A validação das definições operacionais traz grandes contribuições no campo de estudo da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial, podendo subsidiar a construção de indicadores epidemiológicos, elaboração de organogramas, de algoritmos e o delineamento de pesquisas visando o conhecimento e a elaboração de intervenções nesse campo da enfermagem em saúde coletiva.

Para a enfermagem, o conhecimento das definições operacionais permitirá ir além do diálogo ingênuo com a pessoa que tem hipertensão. A utilização desse conhecimento permitirá uma reflexão em teia, construída por um diálogo reflexivo com as teorias que engendram o fazer do enfermeiro da Atenção Primária.

Coaduna-se, desse modo, com o conceito de cuidado clínico de enfermagem como eixo integralizador dessas definições operacionais, à medida que essas expandem os percursos que poderão ser delineados pelos enfermeiros na realização de um cuidado clínico. Este cuidado demanda a sensibilização do profissional no tocante aos aspectos subjetivos advindos de uma realidade pluripotencial, marcados pela cultura e ideologias, sendo realizado de forma paradigmática em busca de novas práticas clínicas fortalecidas enquanto dever da enfermagem - culminando no delineamento de um novo *ethos* do agir do enfermeiro na clínica.

A aquisição de um corpo de definições operacionais - validado a partir de uma compreensão multidimensional - como um modo de reflexão sistêmica do real vivido pelas pessoas com HAS, do fazer e do saber dos profissionais de saúde que assumem o papel de provedores de um cuidado institucionalizado, e do contexto no qual as interações sociais ocorrem, permitem novos horizontes no entendimento e na abordagem terapêutica no contexto da HAS.

Levando em consideração os estudos em terminologias e a prática de enfermagem, temos nas definições operacionais construídas e validadas importantes fontes de conhecimento para o embasamento das ações clínicas de enfermagem desempenhadas com esses sujeitos. A constituição de uma linguagem de especialidade constitui a base para a organização dos saberes próprios da profissão, pois constroem uma terminologia universal a partir da observação sistematizada.²⁰

A fundamentação de uma linguagem comum na ciência, em geral, e, especificamente na enfermagem, é um laborioso campo de enfrentamento de conceitos entre ciência e não ciência - entre o que é e o que não é enfermagem, ou seja, entre o que a constitui, em termos epistemológicos, e o que não faz parte da demarcação dessa ciência. Constitui no processo de entendimento complexo uma atividade de demarcação do campo do saber da enfermagem, que norteia os espaços para ações de cuidado nos seus aspectos individuais e comunitários.

Sendo assim, vislumbrar a formulação das definições operacionais de não adesão ao tratamento da hipertensão arterial e sua validação de conteúdo é contribuir com a construção de um sistema de taxonomias de enfermagem, uma vez que se trata de uma profissão que também se fundamenta no relacionamento com pessoas com esse agravo.

CONCLUSÃO

Foram validadas 20 definições operacionais com excelente IVCi, 11 sofreram adequações e foram reavaliadas, e cinco foram excluídas. Esse estudo, envolvendo o delineamento e a validação de definições operacionais de um evento específico da enfermagem contribui para o fortalecimento de uma epistemologia da prática a partir da consolidação de atributos de conceitos que vislumbram em última instância a demarcação da ciência de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Gupta AK, Arshad S, Poulter NR. Compliance, safety, and effectiveness of fixed-dose combinations of antihypertensive agents: a meta-analysis. *Hypertension*. 2010 Feb;55(2):399-407. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.139816. Epub 2009 Dec 21. Review. PubMed PMID: 20026768.
2. Oliveira CJ, Araújo TL, Costa FBC, Costa AGS. Validação clínica do diagnóstico "falta de adesão" em pessoas com hipertensão arterial. *Esc. Anna Nery*, 2013;17(4):11-619.
3. Borges JWP, Moreira TMM, Rodrigues MTP, Souza ACC, Silva DB. Validação de conteúdo das dimensões constitutivas da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev. esc. enferm. USP*, 2013;47(5):1076-1082.
4. Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. 1. ed. v.1. Petrópolis: Vozes, 2003.
5. Boery RNSO, Guimarães HCQCP, Barros ALBB. Definições operacionais das características definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Volume de Líquidos Excessivo. *Acta Paul Enferm* 2005;18(2):197-202.
6. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. *Research in Nursing & Health* 2007; 30:459-67.
7. Fehring RJ. The Fehring Model. In: Carrol-Johnson RM, Paquette M. (eds.). *Classification of nursing diagnoses, proceedings of the tenth conference*. Philadelphia: JB Lippincott - North American Nursing Diagnosis Association, 1994.
8. Brandão AA, Magalhães MEC, Ávila A, Tavares A, Machado CA, Campana EMG et al. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *J. Bras. Nefrol*, 2010;32(Suppl 1):1-4.
9. Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Mion Júnior D, Tega K, Pierin AMG. Profile of hypertensive patients: biosocial characteristics, knowledge, and treatment compliance. *Acta paul. Enferm* 2008;21(1):59-65.
10. Moreira, AKF, Santos ZMSA, Caetano JA. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão ao trabalhador hipertenso ao tratamento. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 2009;19(4):989-1006.
11. Alves MGM, Hökerberg YHM, Faerstein E. Tendências e diversidade na utilização empírica do Modelo Demanda-Control de Karasek (estresse no trabalho): uma revisão sistemática. *Rev. bras. Epidemiol*, 2013;16(1):125-136.
12. Lipp MEN. Controle do estresse e hipertensão arterial sistêmica. *Rev. Bras. Hipertens* 2007;14(2):89-93.
13. Oliveira CJ, Araújo TL. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2007;09(1):93-105.
14. Anderson JG, Taylor AG. Use of complementary therapies by individuals with or at risk for cardiovascular disease: results of the 2007 National Health Interview Survey. *J Cardiovasc Nurs*. 2012;27(2):96-102.
15. Didier MT, Guimarães AC. Otimização de recursos no cuidado primário da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol* 2007;88(2):218-24.
16. Jolles EP, Clark AM, Braam B. Getting the message across: opportunities and obstacles in effective communication in hypertension care. *J Hypertens*, 2012;30(8):1500-10.
17. Hamano T, Kimura Y, M Takeda, Yamasaki M, Nabika T, Shiwaku K. Is location associated with high risk of hypertension? Shimane COHRE Study. *Am J Hypertens*. 2012, 12 de abril. doi: 10.1038/ajh.2012.36. [Epub ahead of print] PubMed PMID:2249525.
18. Felipe GF, Silveira LC, Moreira TMM, Freitas MC. Presença implicada e em reserva do enfermeiro na educação em saúde à pessoa com hipertensão. *Rev. enferm. UERJ* 2012;20(1):45-9.
19. Coelho CF, Burini RC. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. *Rev. Nutr.* 2009;22(6):937-46.
20. Kruse MHL, Silva KS, Fortes CV, Rabelo RG. Ordem como tarefa: a construção dos Diagnósticos de Enfermagem como tarefa. *Rev Bras Enferm*, 2008;61(2):262-6.

Recebido em: 16/08/2014
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 17/09/2015
Publicado em: 15/07/2016

Autor correspondente:

José Wicto Pereira Borges
BR 343, km 3,5 - Bairro Meladão - Floriano/PI
CEP: 64800-000