

Artigo Original

Adesão Terapêutica de Pacientes Hipertensos atendidos no Ambulatório de um Hospital Especializado de Luanda

Áurea de Oliveira ¹, Cláudio Mbala ², Márcio Arsénio da Silva ¹, Capela Pascoal ¹, Humberto Moraes ^{1,3}, Mauer Gonçalves ^{1,*}

¹ Centro de Estudos Avançados em Educação e Formação Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto, Luanda, Angola.

² Clínica Multiperfil, Luanda, Angola.

³ Hospital Militar Principal /Instituto Superior, Luanda, Angola.

* Correspondência: mauergoncalves@gmail.com.

Resumo: As taxas de adesão à terapêutica da hipertensão arterial variam entre 15,2% e 90%, dependendo da região estudada. A baixa adesão compromete a evolução clínica e a qualidade de vida, aumentando a morbimortalidade e os custos em saúde. Este estudo avaliou a adesão terapêutica de pacientes hipertensos atendidos no ambulatório de um hospital especializado de Luanda, no 4º trimestre de 2024. Trata-se de um estudo observacional, transversal, com amostra por conveniência de 130 pacientes. Analisaram-se variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas, bem como o nível de adesão segundo a escala de Morisky, cuja consistência interna nesta amostra foi confirmada por um Alfa de Cronbach de 0,735. Utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para distribuição das variáveis, média e desvio-padrão para variáveis contínuas normais e frequências relativas para as categóricas. A correlação entre os níveis de adesão e as outras variáveis foi avaliada pelo coeficiente de Spearman e realizada a análise de regressão logística ordinal para a identificação dos preditores da adesão. A média de idade foi 59,25±10,8 anos; a maioria (43,8%) tinha mais de 60 anos e era do sexo feminino (66,9%). Os participantes eram maioritariamente casados (59,2%), possuíam ensino secundário (24,6%) e renda mensal equivalente a 1-2 salários mínimos (67,7%). Ao se aplicar a escala de adesão de Morisky, que apresentou boas propriedades psicométricas nesta amostra, a maioria (89,2%) foi classificada como não aderente. Os principais preditores de adesão foram a idade (quanto mais idade melhor adesão) e a renda mensal, tendo os pacientes de baixa renda menor adesão. A adesão terapêutica foi baixa. A idade e a renda familiar foram os principais preditores da adesão terapêutica.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica; Adesão Terapêutica; Tratamento Anti-Hipertensivo; Angola.

Citação: Oliveira A, Mbala C, Silva MA, Pascoal C, Moraes H, Gonçalves M. Adesão Terapêutica de Pacientes Hipertensos atendidos no Ambulatório de um Hospital Especializado de Luanda. Brazilian Journal of Clinical Medicine and Review. 2026; Jan-Dec; 04(1):bjcmr62.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcmr.2026.4.1.bjcmr62>

Recebido: 13 Agosto 2025

Aceito: 18 Março 2026

Publicado: 24 Março 2026



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

A Hipertensão Arterial sistêmica (HAS) caracteriza-se por níveis sustentados de pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg, sendo classificada em estágios 1, 2 e 3 em adultos [1]. É um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), responsáveis por 17,9 milhões de mortes no mundo em 2015, das quais cerca de 80% ocorreram em países de baixa e média renda [2]. A HAS é responsável por mais de 10 milhões de mortes por ano, e o seu controlo efetivo continua raro, mesmo com os avanços farmacológicos, devido ao envelhecimento populacional e às baixas taxas de controlo da pressão arterial [3].

Em África, a prevalência de HAS estimada é de 30,8%, chegando a 31,1% na África Subsaariana, onde vivem 75 milhões de hipertensos, com projeção de 125,5 milhões até 2025 [4,5]. Em Angola, estudos apontam prevalências que variam de 18% a 45,2%, com variação conforme o grupo e a região estudada [2,5-7, 8-11]. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adesão é o grau em que o comportamento do paciente em tomar medicamentos, seguir dieta ou mudar estilo de vida, corresponde às recomendações do profissional de saúde [12]. A prevalência de adesão terapêutica na HAS varia entre 15% e 90% a nível mundial [13], sendo que 20% a 50% dos pacientes não seguem corretamente a prescrição [3]. A baixa adesão compromete a evolução clínica, aumenta a morbimortalidade e eleva custos em saúde [14].

Na África Subsaariana, há poucos dados sobre adesão terapêutica, e múltiplos fatores influenciam o seguimento do tratamento. Conhecer os é fundamental para estabelecer estratégias que melhorem o controle da HAS e reduzam seus impactos. Assim, este estudo teve como objetivo avaliar a adesão terapêutica de pacientes hipertensos atendidos no ambulatório de um hospital especializado de Luanda no 4º trimestre de 2024.

2. Metodologia

2.1 Tipo e local do estudo

Realizou-se um estudo transversal entre outubro e dezembro de 2024, com pacientes hipertensos atendidos no ambulatório do Complexo Hospitalar de Doenças Cardiopulmonares Cardeal Dom Alexandre do Nascimento, Luanda, Angola, visando avaliar a adesão terapêutica. Foi selecionada uma amostra de conveniência constituída por 130 pacientes hipertensos. Incluiu-se pacientes ≥ 18 anos, diagnosticados há ≥ 12 meses.

2.2 Coleta de dados

Foi aplicado um questionário para dados sociodemográficos, clínicos e comportamentais. A adesão foi avaliada pela Escala de Morisky de Oito Itens (MMAS-8), composta por sete perguntas dicotômicas e uma em escala de Likert, com pontuação final de 0 a 8, sendo considerada alta adesão: 8 pontos; média: adesão: 6–7 pontos e baixa adesão: < 6 pontos). Para simplificar a interpretação, os indivíduos com alta adesão foram considerados “aderentes” e os com média/baixa adesão como “não aderentes”. Embora o instrumento não tenha sido submetido a um processo formal e robusto de validação e/ou adaptação cultural para o contexto em estudo, procedeu-se à avaliação da sua validade de construto bem da consistência interna, nesta amostra, mediante o cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach.

O nível de atividade física foi estimado pelo Questionário Internacional de Atividade Física – versão curta (IPAQ-SF), que considera atividades vigorosas (alto esforço e respiração muito intensa) e moderadas (esforço moderado e respiração ligeiramente aumentada). Assim, a classificação é a seguinte: (1) Muito ativos – ≥ 5 dias/semana de vigorosa ≥ 30 min/sessão, ou ≥ 3 dias/semana vigorosa ≥ 20 min + moderada/caminhada ≥ 5 dias/semana ≥ 30 min; (2) Ativos – ≥ 3 dias/semana vigorosa ≥ 20 min, ou moderada/caminhada ≥ 5 dias/semana ≥ 30 min, ou qualquer combinação ≥ 150 min/semana; (3) Irregularmente ativos – prática insuficiente para ser considerado ativo; (4) Sedentários – ausência de atividade ≥ 10 min contínuos. Para simplificar a análise estatística e a interpretação dos resultados, os grupos sedentários e irregularmente ativos foram reagrupados como grupo 1 e o ativo e muito ativo como grupo 2.

2.3 Análise estatística

Os dados foram processados e analisados utilizando o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 30.0. Utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar a normalidade da distribuição das variáveis. A caracterização da amostra foi realizada por meio de estatística descritiva, com a apresentação de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas, e média acompanhada do desvio-padrão para

as variáveis contínuas. A fiabilidade do questionário MMAS-8 foi verificada através da consistência interna, utilizando o coeficiente Alfa de Cronbach e a correlação média inter-item. A validade de construto foi avaliada por meio da análise de componentes principais (ACP) com rotação varimax, sendo a adequação da amostra confirmada pelos testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e de esfericidade de Bartlett.

Adicionalmente, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman para verificar a validade convergente entre o escore de adesão e as diferentes variáveis possivelmente relacionadas com a mesma. Para identificar os determinantes independentes da adesão terapêutica, utilizou-se um modelo de regressão logística ordinal, tendo como variável dependente a adesão terapêutica em seus três níveis: baixa adesão (0), média adesão (1) e alta adesão (2). Utilizou-se o método stepwise backward para seleção das variáveis no modelo final. Os resultados foram expressos como odds ratio (OR) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). O nível de significância estatística foi fixado em $p < 0,05$.

3. Resultados

As características gerais da amostra encontram-se resumidas na Tabela 1. A média de idade dos participantes foi de $59,25 \pm 10,8$ anos, com predomínio de indivíduos com mais de 60 anos (43,8%). Verificou-se predomínio do sexo feminino (66,9%). No que concerne à escolaridade, 24,6% dos participantes concluíram o IIº ciclo do ensino secundário, ao passo que 12,3% nunca frequentaram a escola. Relativamente ao estado civil, a maioria da amostra era casada (59,2%), enquanto 1,5% eram de indivíduos divorciados. No que respeita à ocupação, o grupo foi constituído maioritariamente por aposentados (36,9%), seguidos de trabalhadores informais (26,2%). Os desempregados representaram 6,9% da amostra. A renda familiar da maioria dos participantes (67,7%) foi equivalente a um a dois salários mínimos (50.000 a 100.000 Kz).

Tabela 1. Características gerais da amostra do estudo (n = 130).

Características	N (%)
Idade média (dp)	59,25 (10,8)
Faixa Etária (anos)	
28-38	1 (0,8)
39-49	23 (17,7)
50-60	49 (37,7)
> 60	57 (43,8)
Sexo	
Masculino	43 (33,1)
Feminino	87 (66,9)
Escolaridade	
Sem escolaridade	16 (12,3)
Ensino primário	25 (19,2)
Iº Ciclo do ensino secundário	29 (22,3)
IIº Ciclo do ensino secundário	32 (24,6)
Ensino Superior	28 (21,5)
Estado Civil	
Casado	77 (59,2)
Solteiro	38 (29,9)
Divorciado	2 (1,5)
Viúvo	13 (10,0)

Religião	
Católica	50 (38,5)
Protestante	45 (34,6)
Sem religião	3 (2,3)
Outra	32 (24,6)
Ocupação	
Desempregados	9 (6,9)
Trabalhadores Informais	34 (26,2)
Funcionários Públicos	18 (13,8)
Trabalhadores do Setor Privado	20 (15,4)
Aposentados	48 (36,9)
Estudantes	1 (0,8)
Renda Familiar	
Menos de 1 Salário Mínimo	18 (13,8)
1 a 2 Salários Mínimos	88 (67,7)
3 Salários Mínimos ou mais	24 (18,5)

As características clínicas e comportamentais estão detalhadas na Tabela 2. No que concerne aos comportamentos de risco, verificou-se que 32,3% dos participantes consumiam bebidas alcoólicas e 2,3% eram fumantes. No último ano, 26,2% tiveram uma internação e 5,4% tiveram duas. As principais comorbidades referidas pelos participantes foram insuficiência cardíaca (40,8%) e diabetes mellitus (18,5%). Quanto ao tempo de diagnóstico, 43,8% eram hipertensos há mais de 10 anos. Relativamente a terapêutica, observou-se que a maioria (47,7%) fazia uso de dois comprimidos/dia, seguidos de 32,3% que faziam uso de 3 comprimidos/dia, sendo que 16,2% estavam em monoterapia e 3,8% em politerapia (Tabela 2).

No que concerne ao perfil de atividade física, avaliado pelo IPAQ-SF, a maioria da amostra (70,8%) foi classificada como sedentária ou irregularmente ativa (Grupo 1), enquanto apenas 29,2% apresentaram um estilo de vida ativo ou muito ativo (Grupo 2). A adesão medicamentosa foi medida por intermédio da escala de Morisky (MMAS-8). A fiabilidade do instrumento MMAS-8, nesta amostra, foi avaliada através da correlação média inter-item de 0,274 e um Alfa de Cronbach de 0,735, evidenciando consistência interna satisfatória do instrumento nesta população.

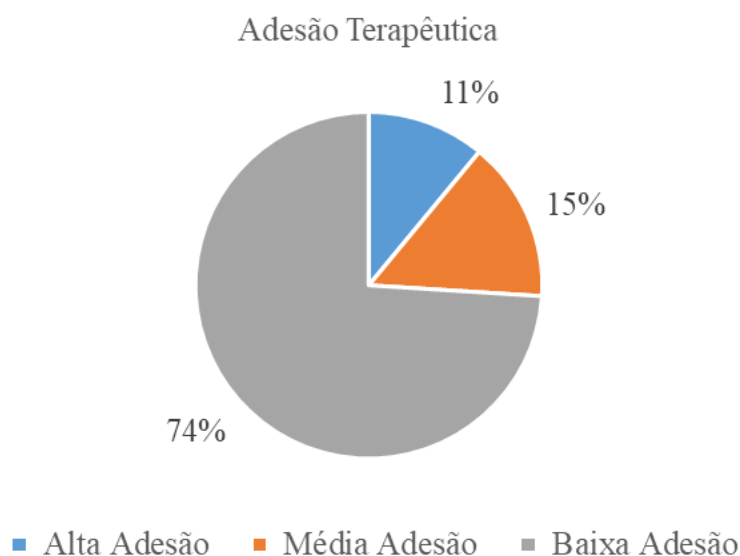
A validade de construto do MMAS-8 foi avaliada por meio de uma Análise de Componentes Principais (ACP) com rotação Varimax. A adequação da amostra foi confirmada pelo teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,758) e pelo teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0,001$). A análise revelou uma estrutura tridimensional que explicou 64,89% da variância total. A maioria dos itens apresentou comunalidades e cargas fatoriais elevadas ($> 0,50$), com exceção do item relativo ao incômodo com o tratamento (0,399). Os resultados da avaliação da adesão medicamentosa revelaram um cenário crítico: ao agrupar os dados em duas categorias, verificou-se que a vasta maioria dos participantes (89,2%) foi classificada como não aderente, com apenas 10,8% a demonstrar uma adesão satisfatória à terapêutica.

A Figura 1 ilustra a distribuição dos participantes segundo os três níveis de adesão terapêutica estabelecidos pela escala de Morisky. Observou-se que a grande maioria dos pacientes (74%) apresentou baixa adesão, enquanto 15% registaram média adesão. Apenas uma minoria de 11% da amostra atingiu níveis de alta adesão à terapêutica anti-hipertensiva.

Tabela 2. Distribuição das variáveis clínicas e comportamentais dos pacientes hipertensos (n = 130).

Características Clínicas e Comportamentais	N (%)
Consumo de bebida alcoólica	
Sim	42 (32,3)
Não	88 (67,7)
Uso de Tabaco	
Sim	3 (2,3)
Não	127 (97,7)
Número de internamento no último ano	
1	34 (26,2)
2	7 (5,4)
Nenhum	89 (68,5)
Comorbidades	
Diabetes Mellitus	24 (18,5)
Insuficiência Cardíaca	53 (40,8)
Tumor da Medula	1 (0,8)
Asma	1 (0,8)
Nenhuma	51 (39,3)
Duração da hipertensão (anos)	
Menos de 5	42 (32,3)
5 a 10	31 (23,8)
Mais de 10	57 (43,8)
Número de medicação anti-hipertensiva	
Monoterapia	21 (16,2)
Dupla combinação	62 (47,7)
Tripla combinação	42 (32,3)
Politerapia (>3 comprimidos/dia)	5 (3,8)
Atividade física	
Grupo 1	92 (70,8)
Grupo 2	38 (29,2)
Adesão segundo a escala de Morisky	
Aderentes	14 (10,8)
Não aderentes	116 (89,2)

Observou-se uma correlação positiva, de magnitude fraca, porém estatisticamente significativa, entre a adesão terapêutica e a idade (Tabela 3). Embora sem significância estatística, identificou-se também correlação positiva entre a adesão e outras variáveis, nomeadamente anos de escolaridade, prática de atividade física e duração da hipertensão arterial. Por outro lado, verificou-se correlação negativa, igualmente não significativa, entre a adesão e fatores tradicionalmente associados à não adesão, tais como consumo de bebidas alcoólicas, presença de comorbidades e número de fármacos utilizados, conforme apresentado na Tabela 3.

Figura 1. Distribuição das variáveis clínicas e comportamentais dos pacientes hipertensos (n = 130).**Tabela 3.** Correlação entre a adesão terapêutica e os fatores relacionados a adesão (n = 130).

Variáveis	r	p
Idade	0,177	0,04
Sexo	-0,07	0,41
Escolaridade	0,03	0,73
Ocupação	0,116	0,19
Estado Civil	0,061	0,49
Renda Mensal	-0,05	0,57
Consumo Álcool	-0,02	0,84
Uso de Tabaco	-0,04	0,65
Comorbidade	-0,14	0,12
Atividade Física	0,021	0,81
Duração HAS (anos)	0,016	0,85
Nº de Medicação	-0,03	0,75

r: Coeficiente de correlação de Spearman.

Para identificar os preditores independentes da adesão terapêutica (3 níveis de adesão do MMAS), procedeu-se à construção de um modelo de Regressão Logística Ordinal utilizando o método de seleção Stepwise Backward (Tabela 4). O modelo inicial foi composto por um conjunto abrangente de variáveis teóricas e clínicas, designadamente: idade, sexo, nível de escolaridade, ocupação, renda familiar mensal, consumo de bebidas alcoólicas, religião, presença de comorbidades, atividade física, número de internamentos no último ano, duração da hipertensão, número de medicamentos. Após o processo de eliminação sucessiva de variáveis não significativas ($p > 0,05$), o modelo final apresentou bom ajuste ($-2LL = 132,595$; $p = 0,015$), explicando aproximadamente 9,9% da variabilidade da adesão terapêutica (Pseudo R^2 de Nagelkerke = 0,099) e demonstrou associação estatisticamente significativa entre idade, renda familiar e níveis de adesão terapêutica. A idade mostrou-se positivamente associada à adesão, verificando-se que cada

ano adicional de vida aumenta as chances de transição para um nível superior de adesão em 5,9% (aOR= 1,059; IC95%: 1,015–1,104; $p = 0,007$) (Tabela 4).

Relativamente à renda familiar, esta revelou-se um preditor com grande impacto negativo sobre a adesão, pois que, observou-se que indivíduos pertencentes às categorias de menor rendimento apresentaram menores chances de níveis mais elevados de adesão terapêutica quando comparados à categoria de referência. Os participantes com renda abaixo de um salário mínimo apresentaram aOR=0,142 (IC95%: 0,028–0,711; $p=0,018$), indicando cerca de 7 vezes menos chances de adesão terapêutica em relação aos indivíduos com três ou mais salários mínimos (Tabela 4).

De forma semelhante, os indivíduos com 1 a 2 salários mínimos apresentaram aOR = 0,256 (IC95%: 0,089–0,734; $p=0,011$), correspondendo a aproximadamente 3,8 vezes menos chances de adesão ao tratamento quando comparados à categoria de maior renda, evidenciando que a barreira económica se sobrepôs a fatores clínicos como a duração da doença ou o número de medicamentos utilizados, os quais não tiveram significância, por isso, não constam do modelo final (Tabela 4).

Tabela 4. Modelo de Regressão Logística Ordinal para os preditores da adesão terapêutica segundo a Escala de Morisky (MMAS-8) em 3 níveis.

Variável	β	Erro padrão de β	aOR (95% IC)	Valor p
Idade (anos)	0,057	0,021	1,059 (1,015 – 1,104)	0,007
Renda Mensal (Kz)				
< 1 Salário Mínimo	-1,95	0,823	0,142 (0,028 – 0,711)	0,018
1 a 2 Salários Mínimos	-1,36	0,537	0,256 (0,089 – 0,734)	0,011
≥ 3 Salários Mínimos	Ref.	-	1	-

Modelo ajustado por regressão logística ordinal com função de ligação logit. Modelo final obtido pelo método stepwise backward. A variável dependente corresponde à adesão terapêutica pelo MMAS-8 categorizada em três níveis: baixa adesão, adesão moderada e alta adesão. β : Coeficiente de regressão logística; aOR: adjusted Odds Ratio (Odds Ratio ajustado); IC: Intervalo de Confiança a 95%; Ref. Categoria de referência.

5. Discussão

A presente pesquisa incluiu uma amostra de 130 indivíduos hipertensos recrutados no ambulatório do Complexo Hospitalar de Doenças Cardiopulmonares Cardeal Dom Alexandre do Nascimento em Luanda, Angola. Os principais achados do estudo foram: (a) elevada taxa de não adesão ao tratamento e (b) identificação da idade e da renda mensal como os principais preditores de adesão. A amostra analisada foi predominantemente do sexo feminino (66,9%), com média etária de 59,25±10,8 anos. Resultados próximos foram observados num estudo realizado em São Francisco do Conde, Bahia, ao avaliar adesão ao tratamento farmacológico e controle pressórico em pacientes hipertensos atendidos na Estratégia de Saúde da Família, igualmente com predomínio do sexo feminino e média de idade de 66,89±8,27 [15]. A maior presença de mulheres a recorrer aos serviços de saúde pode estar associada à tendência de maior autocuidado e maior percepção quanto à importância do acompanhamento médico [16].

No que diz respeito à idade, os resultados obtidos estão em consonância com a literatura, que descreve a HAS como mais prevalente em adultos e idosos. Diversos autores destacam a idade como fator de risco relevante para o surgimento da hipertensão, devido a alterações estruturais e funcionais nos vasos sanguíneos, incluindo mudanças na musculatura lisa e no tecido conjuntivo decorrentes do envelhecimento [17, 18]. A maioria dos participantes do presente estudo era casada (59,2%), resultado que se aproxima de achados encontrados num estudo que identificou que 58,3% dos participantes conviviam com companheiro [15, 19]. Estudos sugerem que a existência de laços conjugais ou familiares estáveis pode facilitar o acesso aos serviços de saúde e favorecer o diagnóstico e controle da hipertensão. Uma metanálise sobre suporte social e hipertensão, evidenciou

que apoio social e familiar está associado a melhor adesão ao tratamento e melhor controle da pressão arterial [20].

Quanto à renda, a maioria dos entrevistados possuía renda mensal entre 1 e 2 salários mínimos. Esse achado é comparável a um estudo brasileiro no qual a maioria dos participantes também foi de baixa renda, auferindo renda de 1 a 3 salários mínimos [19]. A baixa renda tem sido apontada como preditor importante de não adesão; tal associação fundamenta-se no facto de os custos diretos relacionados com a aquisição de medicamentos constituírem uma barreira económica significativa, especialmente em contextos em que o acesso universal e gratuito não é pleno [21]. O consumo de tabaco e álcool foi referido, respectivamente, por 2,3% e 32,3% dos participantes. Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores que, ao investigar a relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de Oito Itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial, registraram percentuais de 10,3% para tabagismo e 18,8% para ingestão de bebidas alcoólicas [22]. O álcool influencia a pressão arterial por mecanismos fisiológicos complexos, afetando tanto sua regulação aguda quanto crônica [23].

As comorbidades predominantes foram a insuficiência cardíaca (40,8%) e a diabetes mellitus (18,5%). Estes achados convergem com os resultados reportados num estudo realizado no Paquistão sobre determinantes da adesão em hipertensos, onde a diabetes e as cardiopatias também emergiram como as principais comorbidades associadas [24]. A coexistência de múltiplas patologias crônicas tende a comprometer a adesão, uma vez que o tratamento simultâneo dessas condições clínicas geralmente impõe regimes terapêuticos mais complexos, podendo representar um obstáculo considerável à gestão terapêutica da hipertensão [25]. Relativamente ao regime farmacológico, 16,2% relataram uso diário de um comprimido anti-hipertensivo, 47,7% dois comprimidos, 32,3% três comprimidos e 3,8% politerapia, proporções semelhantes foram encontradas noutros estudos [22]. Regimes terapêuticos mais complexos, com maior número de doses diárias, estão associados a menor adesão [26, 27].

A prática regular de atividade física, reconhecida como fator protetor, foi pouco frequente nesta amostra: 70,8% dos participantes não realizavam exercícios de forma regular. Alguns autores relatam que a atividade física pode reduzir os níveis pressóricos e, conseqüentemente, a necessidade de doses elevadas de medicamentos [28]. Uma metanálise recente conduzida por Leeyio e colaboradores demonstrou que a prática regular de exercício aeróbico, em combinação com o tratamento farmacológico, está associada a um melhor controle pressórico em adultos hipertensos africanos [29].

A taxa de adesão observada na presente amostra revelou-se criticamente baixa, com apenas 10,8% dos participantes classificados como aderentes e a vasta maioria (89,2%) como não aderentes. Estes resultados convergem com dados reportados noutras regiões da África Subsariana, como no Gana, onde se registaram índices de adesão de apenas 11,1%, contra 88,9% de não adesão [30]. No contexto sul-americano, especificamente no Brasil, verificou-se uma prevalência de não adesão de 72% utilizando o mesmo instrumento (MMAS-8) [31]. Em contrapartida, estudos no Paquistão, sul da Ásia, descreveram taxas de adesão significativamente superior, atingindo os 77% [24]. Esta acentuada discrepância sublinha a variabilidade existente na literatura, a qual pode ser atribuída a heterogeneidades metodológicas, populacionais e às distintas realidades geográficas e socioeconómicas que condicionam o acesso e a continuidade do tratamento [13, 31].

Ao estratificar a amostra pelas três categorias da escala de Morisky, observou-se que 74% dos indivíduos apresentaram baixa adesão, 15% média e apenas 11% alta adesão. Estes resultados revelam um cenário mais severo do que o descrito em Maceió (Alagoas, nordeste do Brasil), onde um estudo com hipertensos na Atenção Primária identificou 47,1% de baixa adesão, 33,2% de média adesão e uma taxa de alta adesão de 19,5%, quase o dobro da encontrada na presente investigação [22]. Por outro lado, os dados desta pesquisa aproximam-se da realidade observada num hospital terciário no Uganda, onde foram reportados índices de baixa adesão de 85%, 12% de média adesão e níveis críticos de apenas 3% de alta adesão [32]. Esta convergência de indicadores reforça a magnitude e

a gravidade do problema na região subsariana, sugerindo que as barreiras estruturais e socioeconômicas partilhadas por estes países exercem uma influência determinante no comportamento terapêutico das populações africanas.

Observou-se uma correlação positiva significativa entre a adesão terapêutica e a idade, sugerindo que a adesão tende a aumentar com o avançar dos anos. Do mesmo modo, ao avaliar os preditores de adesão por meio da análise de regressão logística ordinal, verificou-se que, com o incremento da idade, os indivíduos apresentaram maiores chances de adesão, ainda que com significância estatística marginal. Esta tendência é amplamente suportada pela literatura internacional. Além de achados semelhantes noutros países da África Subsariana, como Uganda e Nigéria [32,33], pesquisas em contextos distintos, como no Brasil [22, 34], Paquistão [24], Turquia [35], na população hispânica nos Estados Unidos [36] e na Ásia [37,38], reforçam que pacientes mais longevos apresentam, frequentemente, maior maturidade e resiliência face ao tratamento crônico. Esta disparidade geracional sugere que adultos mais jovens necessitam de estratégias de educação em saúde diferenciadas, uma vez que as suas chances de incumprimento são superiores, possivelmente devido à ausência de sintomas imediatos e à interferência da patologia nas dinâmicas sociais e laborais ativas. Segundo estes autores, a maior adesão em pacientes mais velhos pode ser atribuída à experiência acumulada com a doença e à integração da medicação na rotina diária.

Por outro lado, importa notar que a literatura também aponta que o envelhecimento biológico pode impactar funções cognitivas, ocasionando esquecimento, menor autocuidado e dificuldades na gestão terapêutica [39]. Neste sentido, outros estudos evidenciaram menores chances de adesão com o aumento da idade [30, 40-42], demonstrando que a relação entre idade e adesão é um fenómeno complexo, não linear e dependente do contexto socioeconómico e do suporte familiar disponível. Outro preditor de adesão identificado foi a renda familiar, com baixos rendimentos associados a menores chances de adesão. Esses resultados vão ao encontro de muitos estudos que reforçam que baixos rendimentos comprometem a adesão, especialmente em países em desenvolvimento, onde o custo dos medicamentos e a ausência de seguros de saúde são barreiras significativas [43-46]. Mesmo num país considerado de alta renda, como a Arábia Saudita, verificou-se num estudo que os pacientes com maior renda tiveram duas vezes mais chances de adesão pela escala de Morisky [38].

Contrariamente ao exposto anteriormente, alguns estudos no contexto africano apresentaram maior adesão em indivíduos de baixa renda [42]. Considerando a natureza multifatorial da não adesão, estratégias para sua melhora incluem: educação do paciente; simplificação do regime terapêutico; o fortalecimento da comunicação médico-paciente; a ampliação da acessibilidade aos serviços de saúde, reduzindo o tempo de espera; uma vez que o acesso a medicamentos subsidiados ou gratuitos pode melhorar a adesão [34,46-47]. O conhecimento adequado sobre a doença e seus riscos está fortemente relacionado a melhores níveis de adesão [47].

Apesar da relevância dos achados, algumas limitações do presente estudo devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, o tamanho da amostra, associado ao recurso à amostragem por conveniência e à realização do estudo num único centro hospitalar de referência, pode limitar a generalização dos resultados para a população angolana em geral. Embora tenham sido avaliadas a consistência interna e a validade do instrumento nesta amostra, a ausência de um processo formal de adaptação transcultural e de validação psicométrica robusta do MMAS-8 para o contexto angolano pode ter influenciado a precisão da medida de adesão terapêutica.

Adicionalmente, o delineamento transversal do estudo impede a inferência de relações causais entre as variáveis analisadas e a adesão ao tratamento. Assim, estudos futuros, idealmente com delineamento longitudinal, amostras mais representativas e utilização de instrumentos devidamente adaptados e validados para a realidade angolana, serão importantes para aprofundar a compreensão dos determinantes da adesão terapêutica neste contexto.

6. Conclusão

Este estudo demonstrou uma baixa adesão terapêutica entre pacientes hipertensos acompanhados numa unidade hospitalar de referência em Luanda, sendo a idade e a renda mensal preditores significativos de adesão ao tratamento. Estes resultados evidenciam a influência de determinantes socioeconômicos no comportamento de adesão e sublinham a necessidade de intervenções direcionadas no contexto do sistema de saúde angolano. Estratégias que integrem educação em saúde, simplificação dos regimes terapêuticos e melhoria do acesso aos medicamentos poderão contribuir para aumentar a adesão ao tratamento, melhorar o controlo da pressão arterial e reduzir o impacto da hipertensão nas complicações cardiovasculares e na carga de doença em Angola.

Financiamento: Nenhum

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa: O protocolo foi aprovado pelo Conselho Científico-Pedagógico do Centro de Estudos Avançados em Educação e Formação Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto e autorizado pela Direção do referido hospital. Todos os participantes assinaram termo de consentimento, garantindo anonimato conforme a declaração de Helsínquia.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Materiais Suplementares: Nenhum.

Referências

1. Tonus B, Saito R, Sousa M, Holanda F. Avaliação da adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Braz J Health Rev.* 2021;4:16393-16409. doi:10.34119/bjhrv4n4-156.
2. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990-2019: update from the GBD 2019 study. *J Am Coll Cardiol.* 2020; 76(25): 2982-3021. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.010>.
3. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, DePalma SM, Gidding S, Jamerson KA, Jones DW, MacLaughlin EJ, Muntner P, Ovbigele B, Smith SC, Spencer CC, Stafford RS, Taler SJ, Thomas RJ, Williams KA, Wright JT. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension.* 2018;71(6):e13-e115. doi:10.1161/HYP.0000000000000065.
4. Molero AH, Seid AA, Jaleta FY. A systematic review and meta-analysis protocol on hypertension prevalence and associated factors among bank workers in Africa. *SAGE Open Med.* 2023;11. doi:10.1177/20503121231172001.
5. Pires JE, Sebastião YV, Langa AJ, Nery SV. Hypertension in Northern Angola: prevalence, associated factors, awareness, treatment and control. *BMC Public Health.* 2013;13:90.
6. Capingana DP, Magalhães P, Silva ABT, Gonçalves MAA, Baldo MP. Prevalence of cardiovascular risk factors and socioeconomic level among public-sector workers in Angola. *BMC Public Health.* 2013;13:732. doi:10.1186/1471-2458-13-732
7. Muela H, Francisco A, Passassi G, Francisco A, Lopes I. Prevalência de Hipertensão Arterial numa Amostra de Habitantes da Cidade de Luanda. *Braz J Clin Med Rev.* 2023;1(Suppl.2):Artigo Suppl.2. doi:10.52600/2965-0968.bjcmr.2023.1.Suppl.2.18.
8. Simão M, Hayashida M, Santos CB, Cesarino EJ, Nogueira MS. Hipertensão arterial entre universitários da cidade de Lubango, Angola. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2008;16(4):e4. doi:10.1590/S0104-11692008000400004.
9. Victória Pereira S, Valentim M, Feijão A, Gonçalves M, Oliveira P, Neto M, Manuel C, João A, Mbala C, Tinta D, Beaney T, Xia X, Poulter NR, Fernandes M. May Measurement Month 2017: An analysis of blood pressure screening in Angola-Sub-Saharan Africa. *Eur Heart J Suppl.* 2019;21(Suppl D):D5-D7. doi:10.1093/eurheartj/suz049.
10. Victória Pereira S, Neto M, Feijão A, Oliveira P, Brandão M, Soito E, Mbala C, João A, Manuel C, Mundombe L, Muela H, Beaney T, Ster AC, Poulter NR, Fernandes M. May Measurement Month 2018: An analysis of blood pressure screening results from Angola. *Eur Heart J Suppl.* 2020;22(Suppl H):H8-H10. doi:10.1093/eurheartj/suaa015.
11. Victória Pereira S, Neto M, Feijão A, Lutucuta E, Mbala C, Muela H, Soito E, Matias A, Mundombe L, Beaney T, Partington G, Poulter NR, Fernandes M. May Measurement Month 2019: An analysis of blood pressure screening results from Angola. *Eur Heart J Suppl.* 2021;23(Suppl B):B9-B11. doi:10.1093/eurheartj/suab038.
12. Choudhry NK, Kronish IM, Vongpatanasin W, Ferdinand KC, Pavlik VN, Egan BM, et al. Medication adherence and blood pressure control: A scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension.* 2022;79(1):e1-e14. doi:10.1161/HYP.0000000000000203

13. Pinto A, Saraiva D, Marques E. Adesão à terapêutica na pessoa com hipertensão arterial: revisão integrativa da literatura. *Egitania Scientia*. 2021;2(29):9–22. doi:10.46691/es.v2i29.9.
14. Pittman DG, Tao Z, Chen W, Stettin GD. Antihypertensive medication adherence and subsequent healthcare utilization and costs. *Am J Manag Care*. 2010;16(8):568–576.
15. Gewehr DM, Bandeira VAC, Gelatti GT, Colet CF, Oliveira KR. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*. 2018;42:179–90. doi:10.1590/0103-1104201811614
16. Iguchi NY. Adesão ao tratamento e controle da hipertensão arterial: Considerações a partir de revisão bibliográfica [Trabalho de Conclusão de Curso]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013 [citado 2025 Ago 11]. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-9K5QGx>
17. Silveri G, Pascazio L, Ajcevic M, Miladinovic A, Accardo A. Influence of some cardiovascular risk factors on the relationship between age and blood pressure. *arXiv*. 2020. doi:10.48550/arXiv.2011.11530.
18. Uchmanowicz B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Rosińczuk J, Froelicher ES. Factors influencing adherence to treatment in older adults with hypertension. *Clin Interv Aging*. 2018;13:2425–41.
19. Bernardi NR, Policarpo KRS, Gomes AA, Rubinho JLM, Júdice WAS. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: Fatores associados. *Rev Eletr Acervo Cient*. 2023;43:e11842. doi:10.25248/reac.e11842.2023.
20. Magrin ME, D'Addario M, Greco A, et al. Social support and adherence to treatment in hypertensive patients: a meta-analysis. *Ann Behav Med*. 2015;49(3):307–318. doi:10.1007/s12160-014-9663-2.
21. Srebro D, Bukumirić Z, Šantrić Milićević M. A real-world analysis of pharmacotherapy adherence and the factors influencing it in Serbia: A nationwide, population-based, cross-sectional study. *Front Public Health*. 2024;12:1437796. doi:10.3389/fpubh.2024.1437796.
22. Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Neves SJF, Lyra Junior DP. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2012;99(1):649–658. doi:10.1590/S0066-782X2012005000053
23. Klatsky AL, Friedman GD, Siegelau AB, Gérard MJ. Alcohol consumption and blood pressure. Kaiser-Permanente Multiphasic Health Examination data. *N Engl J Med*. 1977;296(21):1194–200. doi:10.1056/NEJM197705262962103
24. Hashmi SK, Afridi MB, Abbas K, Sajwani RA, Saleheen D, Frossard PM, et al. Factors Associated with Adherence to Anti-Hypertensive Treatment in Pakistan. *PLoS One*. 2007;2(3):e280. doi:10.1371/journal.pone.0000280
25. Ojangba T, Boamah S, Miao Y, Guo X, Fen Y, Agboyibor C, et al. Comprehensive effects of lifestyle reform, adherence, and related factors on hypertension control: A review. *J Clin Hypertens*. 2023;25(6):509–520. doi:10.1111/jch.14653.
26. Asgedom SW, Atey TM, Desse TA. Antihypertensive medication adherence and associated factors among adult hypertensive patients at Jimma University Specialized Hospital, southwest Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2018;11(1):27. doi:10.1186/s13104-018-3139-6
27. Stanikzai MH, Wafa MH, Tawfiq E, Jafari M, Le CN, Wasiq AW, Rahimi BA, Baray AH, Ageru TA, Suwanbamrung C. Predictors of non-adherence to antihypertensive medications: A cross-sectional study from a regional hospital in Afghanistan. *PLoS One*. 2023;18(12):e0295246. doi:10.1371/journal.pone.0295246.
28. Monteiro MF, Sobral Filho DC. Exercício físico e o controle da pressão arterial. *Rev Bras Med Esporte*. 2004;10:513–6. doi:10.1590/S1517-86922004000600008
29. Leeyio TR, Katto NP, Juma FM, et al. Aerobic activity significantly reduces blood pressure among hypertensive adults in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*. 2025;13:1548584. doi:10.3389/fpubh.2025.1548584.
30. Nyande FK, Konlan KD, Asiamah LS, et al. The predictors of treatment adherence among hypertensive patients with cost-free access. *Scientific Reports*. 2026;16(1):6658. doi:10.1038/s41598-026-36702-z.
31. Cavallari E, Nogueira MS, Fava SMCL, Cesarino CB, Martin JFV. Adesão ao tratamento: Estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20(1):1–6.
32. Okello S, Nasasira B, Muiro AN, Musingo A. Validity and reliability of a self-reported measure of antihypertensive medication adherence in Uganda. *PLoS One*. 2016;11(7):e0158499. doi:10.1371/journal.pone.0158499.
33. Akintunde AA, Akintunde TS. Antihypertensive medications adherence among Nigerian hypertensive subjects in a specialist clinic compared to a general outpatient clinic. *Annals of Medical and Health Sciences Research*. 2015;5(3):173–178. doi:10.4103/2141-9248.157492.
34. Albuquerque KR, Borges JWP, Rodrigues MTP. Não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica na atenção básica de saúde. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2024;32(1):e32010393. doi:10.1590/1414-462X202432010393.
35. Boratas S, Kilic HF. Evaluation of medication adherence in hypertensive patients and influential factors. *Pak J Med Sci*. 2018;34(4):959–963. doi:10.12669/pjms.344.14994.
36. Bandi P, Goldmann E, Parikh NS, Farsi P, Boden-Albala B. Age-related differences in antihypertensive medication adherence in Hispanics: a cross-sectional community-based survey in New York City, 2011–2012. *Preventing Chronic Disease*. 2017;14:E57. doi:10.5888/pcd14.160512.
37. Huang M, Zhu L, Chen Y, et al. Adherence to hypertension medication in older people: empirical research quantitative. *Current Vascular Pharmacology*. 2025;23(4):289–300. doi:10.2174/0115701611298963241218113618.
38. Alajlani AH, Alkadi AN, Alnawah AK, Alturkie FM, Almutawah AN, Almudairs SA, Alqadhib KJ, Elsheikh E. Medication adherence among hypertensive patients and its associated factors. *Vascular and Endovascular Review*. 2025;8(2):72–85. doi:10.64149/J.Ver.8.2.72-85

39. Moretti MCMS, Ruy ABA, Saccomann ICR. A compreensão da terapêutica medicamentosa em idosos em uma unidade de saúde da família. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2018;20(1):7–12. doi:10.23925/1984-4840.2018v20i1a3
40. Gautério-Abreu DP, Santos SSC, Silva BT, Gomes GC, Cruz VD, Tier CG. Prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos e fatores relacionados. *Rev Bras Enferm*. 2016;69:335–42. doi:10.1590/0034-7167.2016690217ib
41. Pinto C, Chaves C, Duarte J, Amaral O, Gonçalves A. Influência das características sociodemográficas e familiares na adesão ao tratamento das pessoas hipertensas na comunidade. *Millenium - Journal of Education, Technologies*. 2021;197-206. doi:10.29352/MILL029E.25070.
42. Rashid A, Ejara D, Deybasso HA. Adherence to antihypertensive medications and associated factors in patients with hypertension, Oromia, Ethiopia: a multicenter study. *Scientific Reports*. 2024;14(1):30712. doi:10.1038/s41598-024-80086-x.
43. Amira C, Okubadejo N. Factors influencing non-adherence to antihypertensive drug therapy in Nigerians. *Niger Postgrad Med J*. 2007 Dec;14(4):325-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18163143/>
44. Ohene Buabeng K, Matowe L, Plange-Rhule J. Unaffordable drug prices: The major cause of non-compliance with hypertension medication in Ghana. *J Pharm Pharm Sci*. 2004;7(3):350–352.
45. Okunrinboye HI, Otakpor AN, Ilesanmi OS. Depression and medication-adherence in patients with hypertension attending a tertiary health facility in South-West Nigeria. *Pan Afr Med J*. 2019;33:27. doi:10.11604/pamj.2019.33.27.12941.
46. Markabayeva A, Kerimkulova A, Nurpeissova R, et al. Adherence to antihypertensive therapy: a cross-sectional study among patients in the Republic of Kazakhstan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2025;22(10):1483. doi:10.3390/ijerph22101483.
47. Hamrahian SM, Maarouf OH, Fülöp T. A Critical Review of Medication Adherence in Hypertension: Barriers and Facilitators Clinicians Should Consider. *Patient Prefer Adherence*. 2022;16:2749–57. doi:10.2147/PPA.S368784.