

# Qualidade de Vida de Pacientes Hipertensos em Tratamento Ambulatorial

*Quality of Life of Hypertensive Patients Treated at an Outpatient Clinic*

Margaret Assad Cavalcante, Maria Teresa Nogueira Bombig, Braulio Luna Filho, Antonio Carlos de Camargo Carvalho, Angelo A. V. de Paola, Rui Póvoa

Departamento de Medicina - Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE) e Setor de Cardiopatia Hipertensiva - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Presidente Prudente - São Paulo, SP - Brasil

## Resumo

**Fundamento:** As doenças cardiovasculares são principal causa de mortalidade na população brasileira, sendo a hipertensão arterial (HA) de maior prevalência. A terapêutica para o tratamento da HA é cada vez maior e sabe-se que melhora a sobrevida dos pacientes, porém questiona-se a melhora na qualidade de vida (QV) do paciente hipertenso após tratamento.

**Objetivo:** Comparar aspectos relacionados à QV de pacientes hipertensos em tratamento.

**Métodos:** Foram estudados 100 pacientes hipertensos; 46 aderidos a um esquema de tratamento padrão (grupo A) e 54 (grupo B controle) que iniciariam este esquema. Colheu-se dados clínicos e sócio-demográficos, realizou-se questões com enfoque na sexualidade, auto-percepção da QV, número e tipo de medicamentos utilizados e sua interferência na vida sexual e aplicou-se o questionário SF-36. Submeteram-se os resultados à análise estatística comparativa utilizando-se testes: t de Student, qui-quadrado, coeficiente de correlação de Pearson e Tukey.

**Resultados:** Não houve diferença estatística entre os grupos para nenhum domínio do SF-36. Houve associação entre a questão da auto-percepção da QV e os domínios do SF-36, exceto nos aspectos emocionais. Na questão com enfoque na sexualidade, encontrou-se diferença quanto à QV sexual entre os grupos, sendo menos satisfatória para o grupo A.

**Conclusão:** Quando aplicado o SF-36, não detectou-se modificações na QV entre os grupos por tratar-se de doença crônica assintomática. Este questionário não avaliou adequadamente os aspectos emocionais dos hipertensos na nossa casuística com grande variabilidade comportamental. A QV sexual foi menos satisfatória no grupo A, entretanto não encontrou-se relacionada ao número e tipo da medicação anti-hipertensiva utilizada. (Arq Bras Cardiol 2007;89(4):223-228)

**Palavras-chave:** Qualidade de vida, hipertensão/tratamento, pacientes ambulatoriais, questionários.

## Summary

**Background:** The main cause of mortality in Brazilian population is the cardiovascular disease and arterial hypertension (AH) the most prevalent one. The antihypertensive treatment is effective however it is not well known how affects the quality of life (QOL) in patients afterwards.

**Objective:** To comparatively assess the QOL in patients submitted to an antihypertensive treatment.

**Methods:** One-hundred patients with AH were studied of which 46 had complied with a standard treatment regimen (group A) and 54 (group B control) were about to start the same regimen. We collected clinical and sociodemographic data and questions focusing sexuality, self-perception of QOL, number and types of medication taken and their influence on sex life. The questionnaire SF-36 was also administered. The data were analyzed using the tests chi-square, Student's t, Pearson correlation and Tukey.

**Results:** No differences were detected between group A and B in any of the SF-36 domains. There was an association between the question on self-perception of QOL and the SF-36 domains, emotional aspects excepted. As regards sexuality, there was difference in the quality of sex life between the groups, which was less satisfactory for group A.

**Conclusion:** When the SF-36 was administered no changes in QOL were detected between the groups because it is an asymptomatic chronic disease. The SF-36 did not properly assess emotional aspects in our case series of hypertensive patients that had high behavior variability. Group A showed lower quality sex life; however, this was not related to the number and type of medication used. (Arq Bras Cardiol 2007;89(4):226-231)

**Key words:** Quality of life; hypertension/therapy; outpatients; questionnaires.

Full texts in English - <http://www.arquivosonline.com.br>

**Correspondência:** Margaret Assad Cavalcante •

Rua Djalma Dutra, 18/13 - Vila Ocidental - 19015040 - Presidente Prudente, SP - Brasil

E-mail: massad@cardiol.br

Artigo recebido em 09/12/06; revisado recebido em 19/03/07; aceito em 09/05/07.

## Introdução

O principal objetivo do tratamento anti-hipertensivo é reduzir a morbidade e a mortalidade das doenças cardiovasculares associadas aos valores elevados da pressão arterial. Paralelamente aos benefícios proporcionados aos pacientes hipertensos tratados adequadamente, medicamentos anti-hipertensivos podem produzir efeitos adversos que interferem no prazer de viver. Torna-se fundamental, portanto, a avaliação da influência dos medicamentos utilizados na qualidade de vida (QV) dos pacientes<sup>1</sup>.

QV é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"<sup>2</sup>.

Existem vários instrumentos ou questionários disponíveis que permitem razoável avaliação da QV de pacientes nas mais diversas doenças. Esses instrumentos podem ser divididos em dois grupos: os específicos que utilizam a avaliação individual e os genéricos<sup>3-8</sup>. Os instrumentos específicos constituem uma maneira alternativa de avaliar determinados aspectos da QV de forma individual e específica, podendo detectar mudanças dos aspectos estudados.

Os instrumentos genéricos são desenvolvidos e aplicados com a finalidade de refletir a vida dos pacientes em uma ampla variedade de populações, incluindo aspectos como função, disfunção e bem-estar emocional e físico. Dentre esses instrumentos, o SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*) avalia o perfil de saúde, é de fácil administração e compreensão e largamente utilizado na literatura<sup>9,10</sup>. Além disso, foi traduzido para a língua portuguesa e validado para o nosso meio<sup>11</sup>.

O presente estudo teve como objetivo avaliar em hipertensos, aspectos qualitativos e quantitativos da QV, pela aplicação do questionário genérico SF-36, questões com enfoque na sexualidade, autopercepção da QV, número e tipo de medicamentos utilizados e a interferência na vida sexual.

## Métodos

Foram avaliados 100 pacientes hipertensos, 69 mulheres com idades entre 40 e 85 anos do Ambulatório Regional de Especialidades - NGA 34 da cidade de Presidente Prudente, São Paulo, no período de outubro de 2003 a fevereiro de 2004, e com história de hipertensão arterial (HA) há mais de cinco anos. Todos os pacientes estavam sob algum tipo de tratamento anti-hipertensivo.

A coleta de dados clínicos, sociodemográficos e os questionários foram realizados individualmente pelo mesmo pesquisador com duração aproximada de quarenta minutos.

Foram constituídos dois grupos de hipertensos: Grupo A - 46 pacientes em tratamento padrão, freqüentadores do NGA-34 por cinco anos; Grupo B - controle - 54 pacientes consecutivos, recém-admitidos para iniciar o tratamento padrão no NGA-34.

O tratamento padrão no NGA-34 incluiu, além da medicação fornecida gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), um trabalho diferenciado, constituído

por visitas mensais com equipe multiprofissional com médico, enfermeira, nutricionista, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta, assim como palestras educacionais sobre a HA. Após essas atividades educacionais os pacientes permaneceram em acompanhamento por meio de visitas mensais com terapeuta ocupacional realizando atividades manuais, jogos variados e sessões de relaxamento, assim como acompanhamento fisioterápico incluindo atividades aeróbias.

Nos 100 pacientes realizou-se coleta de dados que incluíram a idade, o sexo, a raça, o estado civil, o grau de instrução, a renda familiar em salários mínimos, a duração da HA e as co-morbidades. Questões com enfoque na sexualidade, autopercepção da QV, número e tipo de medicamentos utilizados e sua interferência na vida sexual foram aplicadas.

O SF-36 foi aplicado em todos os pacientes. Esse questionário constitui-se de 35 itens que abrangem oito componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Possui ainda um item que avalia a evolução da saúde do paciente, comparando a saúde atual com a saúde de um ano atrás. Esse item não pontua nenhuma questão, mas serve para o conhecimento da doença do paciente. O componente físico inclui: capacidade funcional, aspectos físicos, a dor e estado geral de saúde. O componente mental inclui: saúde mental, aspectos funcionais, aspectos sociais e vitalidade.

A escala de capacidade funcional avaliou tanto a presença como a extensão das limitações relacionadas à capacidade física. A escala de vitalidade considerou o nível de energia e de fadiga, como a disposição para procurar e enfrentar novas tarefas. Em relação aos aspectos físicos e emocionais, avaliou-se o quanto essas limitações influenciaram a vida diária do paciente dificultando as suas atividades regulares. Quanto à dor, avaliaram-se a sua intensidade e se era causa de alguma limitação à vida diária do paciente. Os aspectos sociais avaliaram a integração do paciente com atividades sociais. O componente saúde mental verificou a ansiedade, depressão, alterações do comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico. Para cada questão foi atribuída uma pontuação de zero a 100, sendo 100 o melhor e zero o pior estado de saúde, de acordo com a pontuação do SF-36.

Os dados numéricos das características clínicas e sociodemográficas (idade, renda familiar, número de salários mínimos, número de pessoas que residem na casa, renda *per capita* e duração da hipertensão) foram submetidos ao teste para amostras não relacionadas (teste *t* de Student). Aplicou-se o teste do qui-quadrado para comparação entre os grupos quando se avaliaram os dados categóricos como sexo, faixa etária, etnia, estado civil, grau de instrução, co-morbidades, a questão da sexualidade, tipo e número de medicamentos utilizados e a interferência dos medicamentos na qualidade de vida sexual.

Os dados do SF-36 foram submetidos ao teste *t* de Student. Foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson para investigar o relacionamento de dependência entre a idade e todos os domínios do SF-36, analisando a amostra total e individualmente os grupos A e B. O modelo de análise

de variância via método de comparações múltiplas de Tukey foi utilizado para a análise dos domínios do SF-36 em associação com a resposta dada à questão da autopercepção da QV. Em todos os testes estatísticos considerados, adotou-se  $\alpha$  de 5% como grau de significância para verificação da rejeição da hipótese de nulidade ( $p \leq 0,05$ ).

## Resultados

Na tabela 1 observamos as características clínicas e sociodemográficas dos pacientes dos grupos estudados. Houve

diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto a idade e tempo de doença em anos.

Na tabela 2 observamos que 73% dos pacientes tinham vida sexual ativa; e na faixa etária dos 62 aos 73 anos a vida sexual foi mais insatisfatória ( $p < 0,05$ ), e mais satisfatória na faixa etária menor de 50 anos.

Na tabela 3 encontramos discriminados os dois grupos quanto à qualidade de vida sexual; o grupo B apresentou qualidade de vida sexual mais satisfatório que o grupo A ( $p < 0,05$ ). Na normatização para a idade entre os dois

Tabela 1 - Características clínicas e sócio-demográficas basais

	Grupo A (n=46)	Grupo B (n=56)	
	Médias		Valor de p
Idade - Anos	62,7 ± 9,3	57,9 ± 11,6	0,029*
<b>Sexo</b>			
Feminino	32	37	0,91
Masculino	14	17	0,91
<b>Estado civil</b>			
Casado	25	35	0,73
Não-casado	21	19	0,73
<b>Etnia</b>			
Branco	27	35	0,73
Não-branco	19	19	0,73
Duração da HA - anos	15,6 ± 9,1	12,4 ± 7,1	0,045*
<b>Co-morbidades</b>			
Diabete melito	16	11	0,18
Outros	27	35	0,18
Nenhum	3	8	0,18
<b>Escolaridade</b>			
Alfabetizados	35	46	0,06
Não-alfabetizados	11	8	0,06
Renda familiar (salário mínimo/R\$)	642,6	641,8	0,99
Número de salários mínimos	2,68	2,67	0,99
Número de pessoas na casa	2,83	2,7	0,68
Renda per capita	1,06	1,14	0,55

\* $p < 0,05$ ; NS - não-significativo.

Tabela 2 - Qualidade da vida sexual dos pacientes hipertensos de acordo com a idade

Vida sexual	Idade				Total
	Menos de 50	Menos de 50	De 62 a 73	74 e mais	
Satisfatória	36,0% (9)*	36,0% (9)	20,0% (5)	8,0% (2)	100% (25)
Insatisfatória	10,4% (5)	29,2% (14)	50,0% (24)*	10,4% (5)	100% (48)
Total	19,2% (14)	31,5% (23)	39,7% (29)	9,6% (7)	100% (73)

Tabela 3 – Qualidade da vida sexual

	Satisfatória	Insatisfatória	Total
Grupo A	6	26	32
Grupo B	19*	22	41
Total	25	48	73

\*  $p < 0,05$

grupos, o grupo B apresentou percentual de vida sexual insatisfatória significativamente superior para a faixa etária entre 62 e 73 anos, tal como ocorreu na mesma análise feita na amostra total (tabs. 4 e 5).

Em relação ao número de medicamentos utilizados e a satisfação sexual não houve dependência significativa tanto na amostra geral ( $p=0,710$ ) quanto nos grupos A ( $p=0,688$ ) e B ( $p=0,623$ ), assim como em relação ao tipo de medicação usada na amostra geral ( $p=0,820$ ) e nos grupos A ( $p=0,504$ ) e B ( $p=0,703$ ). Quanto à interferência dos medicamentos na

qualidade de vida sexual, também não houve significância nos grupos estudados ( $p=0,999$ ).

As médias e desvios padrões dos domínios do SF-36 na amostra geral foram, respectivamente, para os aspectos emocionais ( $74,3 \pm 42,3$ ), aspectos físicos ( $55,7 \pm 46,6$ ), aspectos sociais ( $76,8 \pm 28,0$ ), capacidade funcional ( $62,8 \pm 25,5$ ), dor ( $61,4 \pm 26,1$ ), estado geral de saúde ( $72,1 \pm 21,3$ ), saúde mental ( $70,2 \pm 23,0$ ), vitalidade ( $68,8 \pm 22,9$ ), escore físico ( $62,2 \pm 23,5$ ), escore mental ( $72,6 \pm 23,2$ ).

Na tabela 6 observamos que não houve diferenças estatísticas entre as médias e desvios padrão dos grupos estudados.

No estudo do relacionamento entre as idades e os domínios do SF-36 não houve dependência significativa, tanto para a amostra geral quanto para os grupos A e B.

Houve associação entre a percepção da qualidade de vida e cada domínio do SF-36 (aspectos físicos,  $p=0,017$ ; aspectos sociais,  $p=0,001$ ; capacidade funcional,  $p=0,005$ ; dor,  $p=0,001$ ; estado geral de saúde,  $p=0,001$ ; saúde vital,  $p=0,001$ ; vitalidade,  $p=0,001$ ; escore físico,  $p=0,001$ , escore mental,  $p=0,001$ ) exceto para o aspecto emocional ( $p=0,23$ ).

Tabela 4 – Qualidade da vida sexual de acordo com a faixa etária no grupo A

Vida sexual	Idade				Total
	Menos de 50	Menos de 50	De 62 a 73	74 e mais	
Satisfatória	0,0% (0)	50,0% (3)	33,3% (2)	16,7% (1)	100% (6)
Insatisfatória	7,7% (2)	26,9% (7)	50,0% (13)	15,4% (4)	100% (26)
Total	6,3% (2)	31,3% (10)	46,9% (15)	15,6% (5)	100% (32)

Tabela 5 – Qualidade da vida sexual de acordo com a faixa etária no grupo B

Vida sexual	Idade				Total
	Menos de 50	Menos de 50	De 62 a 73	74 e mais	
Satisfatória	47,4% (9)	31,6% (6)	15,8% (3)	5,3% (1)	100% (19)
Insatisfatória	13,6% (3)	31,8% (7)	50,0% (11)*	4,5% (1)	100% (22)
Total	29,3% (12)	31,7% (13)	34,1% (14)	4,9% (2)	100% (41)

\*  $p < 0,05$

Tabela 6 - Médias e desvio padrão dos Domínios do SF-36 (Scale Raw) nos grupos A e B

Grupos	AE	AF	AS	CF	D	EGS	SM	V	EF	EM	
A	Média	72,5	56,0	78,0	63,6	60,6	75,1	70,9	71,6	63,9	73,2
	(DP)	(43,5)	(47,8)	(28,3)	(27,2)	(27,5)	(20,3)	(26,3)	(24,3)	(26,3)	(26,0)
B	Média	75,9	55,6	75,7	62,2	62,1	69,5	69,7	66,5	62,7	72,1
	(DP)	(41,7)	(46,0)	(28,0)	(24,2)	(25,2)	(22,0)	(20,0)	(21,7)	(21,2)	(20,8)
(P)	0,686	0,964	0,691	0,791	0,781	0,187	0,802	0,266	0,805	0,828	

S - significativo ( $p < 0,05$ )\*; NS - não-significativo; DP - desvio padrão; AE - aspectos emocionais; AF - aspectos físicos; AS - aspectos sociais; CF - capacidade funcional; D - dor; EGS - estado geral de saúde; SM - saúde mental; V - vitalidade; EF - escore físico; EM - escore mental.

## Discussão

As características relacionadas ao paciente, como idade, sexo, raça, escolaridade, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, além de aspectos culturais, crenças e contexto socioeconômico podem ter interferência na QV. Por isso a importância de sua avaliação por meio de instrumentos que possam quantificá-la<sup>12</sup>.

A maioria dos estudos que avaliam a QV utiliza instrumentos genéricos como o SF-36, com validade e confiabilidade comprovadas para diferentes populações, incluindo a população brasileira<sup>11,13-15</sup>.

São poucos os estudos na literatura que registram a QV em pacientes hipertensos. Segundo Alderman, em 2005, de 4.300 artigos publicados em revista especializada em QV desde 1987, apenas nove estavam relacionados à HA, e desses, dois apresentavam essa doença crônica como fator do estudo principal<sup>16</sup>.

A HA é uma doença assintomática, porém estudos mostram que os efeitos secundários do próprio tratamento estão associados a menor aderência e ao abandono do tratamento medicamentoso, podendo interferir na QV desses pacientes. Para alguns, o fato de ingerir medicamentos implica um problema maior do que sua própria doença.

Roca-Cusachs e cols., em 2001, avaliaram o impacto das variáveis clínicas na QV e relataram que pacientes hipertensos possuíam diminuição significativa da QV quando comparados com normotensos<sup>17</sup>. Li e cols.<sup>18</sup>, em 2005, estudando a população chinesa, observaram QV superior em normotensos do que em hipertensos, e, além disso, verificaram que entre os hipertensos em tratamento e com níveis pressóricos controlados a QV era superior à daqueles em tratamento, porém com níveis pressóricos não controlados.

O presente estudo avaliou a QV de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial por um período de cinco anos, considerando adesão como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente<sup>12</sup>. O grupo A era composto por pacientes em acompanhamento há mais de cinco anos com alto grau de adesão ao tratamento e o grupo B de pacientes recém-admitidos no ambulatório de especialidades, que constituiu o grupo controle.

As características clínicas e sociodemográficas basais dos pacientes foram semelhantes, exceto em relação à duração da HA e à idade, que foram maiores nos pacientes aderidos ao esquema de tratamento padrão. Em vista disso, foi realizada a normatização para a idade, para tornar a casuística mais homogênea.

Na avaliação da qualidade da vida sexual dos dois grupos, além de grande proporção de insatisfação, os pacientes hipertensos aderidos ao esquema de tratamento relataram maior insatisfação. Sabemos que a qualidade da vida sexual pode sofrer a influência de fatores físicos, psicológicos e também dos medicamentos utilizados. O conhecimento do diagnóstico da HA pode influenciar o relato de sintomas, a falta ao trabalho e a QV talvez pelo fato de os pacientes sentirem-se estigmatizados após a descoberta da doença<sup>19-22</sup>. Quando se avaliou o número e as classes de anti-hipertensivos utilizados, não se observou diferença entre os grupos avaliados, fato que pode ter ocorrido por conta do tamanho da amostra e sua segmentação em razão

da variedade de possíveis combinações de medicamentos considerados no estudo.

A maior conscientização do diagnóstico, além da maior duração da HA nos pacientes aderidos por um período longo (cinco anos) a esse esquema de tratamento proposto pode ter influenciado o resultado. Além disso, quando os pacientes foram questionados a respeito da interferência da medicação na qualidade de sua vida sexual, a maioria não confirmou tal relação. Os resultados obtidos para os dois grupos com a aplicação do SF-36 não demonstraram diferenças na QV, apesar do melhor conhecimento da doença no grupo aderido. Uma possível explicação para esses resultados pode estar no tipo do tratamento, em que a equipe multiprofissional, os aspectos educativos e informativos se acentuam para uma melhor compreensão da doença hipertensiva como fator de risco.

Compreende-se que os problemas do cotidiano, somados a outras intercorrências que surgem a partir da doença crônica, necessitam ser trabalhados nos aspectos que refletem a interação e a adaptação do indivíduo à doença e ao meio, objetivando uma melhor QV<sup>23</sup>. As intervenções proporcionaram uma boa integração social, um bom relacionamento com o médico e a equipe de saúde, facilidade de acesso aos medicamentos, além de atividades de lazer, o que pode ter elevado a QV desses pacientes.

Com relação aos resultados obtidos por meio da aplicação do questionário SF-36, não existe na literatura uma média única que possa resumir a avaliação. Comparando os resultados deste estudo a outros, que também avaliaram a QV em hipertensos e que também utilizaram esse instrumento, as médias obtidas foram semelhantes<sup>24</sup>. A menor média entre todos os domínios avaliados foi observada para os aspectos físicos, o que poderia estar associada à média de idade da amostra.

Embora não tenhamos neste estudo um grupo controle de normotensos, se compararmos as médias obtidas nos dois grupos com as médias da QV da população normal britânica, americana, francesa e sueca, estudadas e relatadas nos trabalhos de Brazier e cols.<sup>13</sup>, Perneger e cols.<sup>14</sup>, Sullivan e cols.<sup>15</sup>, observamos que os valores obtidos para os pacientes hipertensos avaliados de ambos os grupos encontram-se abaixo da média normal reportada nos estudos supracitados<sup>13-15</sup>.

Estudos que compararam grupos de hipertensos com normotensos concluíram que existe um déficit na QV dos hipertensos em relação aos normotensos, não só pelo conhecimento do diagnóstico da doença, mas também pelos efeitos adversos dos agentes usados no tratamento anti-hipertensivo<sup>17,25</sup>.

O aspecto emocional apresentou grande variação. Apenas 10% não relataram variações emocionais, enquanto os outros relataram situações de tristeza (13%), ansiedade (15%) e nervosismo (34%).

Quando fizemos a associação da pergunta sobre a QV segundo a percepção do paciente e a relacionamos com cada um dos domínios do SF-36, encontramos diferenças no componente emocional. Os aspectos emocionais da nossa casuística apresentaram muita variabilidade e a aplicação do questionário genérico SF-36 talvez não seja capaz de avaliá-los adequadamente. Nesses aspectos, o SF-36 não se mostrou como um reflexo real da QV referida pelos pacientes

analisados neste estudo, já que QV, pela sua própria definição, deve englobar aspectos mais amplos da vida de um indivíduo. Além disso, o SF-36 não mediu conceitos da QV relacionados à vida sexual dos pacientes, pois na sua construção esse aspecto não está incluído.

O questionário SF-36 quantifica objetivamente a QV medindo aspectos de saúde e atividades geralmente afetadas pelas condições e estado de saúde, porém, componentes mais subjetivos, como a saúde mental, podem não ser adequadamente mensurados<sup>26</sup>. Sem dúvida, a medida da QV é complexa e embora o SF-36 seja largamente utilizado para tal propósito, possui suas limitações, e assim sendo cuidados devem ser tomados com relação a algumas questões antes de selecionarmos o instrumento a ser utilizado.

## Referências

1. Williams GH. Assessing patients' wellness: new perspectives on quality of life and compliance. *Am J Hypertens*. 1998; 11 (11 Pt 2): 186S-191S.
2. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group *Psychol Med*. 1998; 28 (3): 551-8.
3. Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality of life instruments. *Pharmacoeconomics*. 2000; 17 (1): 13-35.
4. Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Med Care*. 1989; 24: S217-S232.
5. Baar JT. The outcomes movement and health status measures. *J Allied Health*. 1995; 24: 13-28.
6. Guyatt GH. A taxonomy of health status instruments. *J Rheumatol*. 1995; 22: 1188-90.
7. Guyatt GH, Naylor CD, Juniper E, Heyland DK, Jaeschke R, Cook DJ. Users' guides to the medical literature. XII. How to use articles about health-related quality of life. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*. 1997; 277 (15): 1232-7.
8. Bardage C, Isacson D, Ring L, Bingefors K. A Swedish population-based study on the relationship between the SF-36 and health utilities to measure health in hypertension. *Blood Press*. 2003; 12 (4): 203-10.
9. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992; 30: 473-83.
10. Ware JE, Gandek B. The SF-36 health survey: development and use in mental health research and the IQOLA project. *Int Ment Health*. 1994; 23: 49-73.
11. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma RM. Brazilian-portuguese version of SF-36: a reliable and valid quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumatol*. 1999; 39: 143-50.
12. Horwitz RI, Horwitz SM. Adherence to the treatment and health outcomes. *Arch Intern Med*. 1993; 153: 1863-8.
13. Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ*. 1992; 305: 160-4.
14. Perneger TV, Leplège A, Etter JF, Rougemont A. Validation of a French-language version of the MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) in young healthy adults. *J Clin Epidemiol*. 1995; 48: 1051-60.
15. Sullivan M, Karlsson J, Ware JE Jr. The Swedish SF-36 Health Survey - I Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general population in Sweden. *Soc Sci Med*. 1995; 41 (10): 1349-58.
16. Alderman MH. Quality of life in hypertensive patients: does it matter and should we measure it? *J Hypertens*. 2005; 23: 1635-6.
17. Roca-Cusachs A, Dalfo A, Badia X, Aristegui I, Roset M. Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. *J Hypertens*. 2001; 19 (10): 1913-9.
18. Li W, Liu L, Puente JG, Li Y, Jiang X, Jin S, et al. Hypertension and health related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *J Hypertens*. 2005; 23 (9): 1667-76.
19. Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW, Gibson ES, Johnson AL. Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients. *N Engl J Med*. 1978; 299 (14): 741-4.
20. Bulpitt CJ, Fletcher A. Importance of well-being to hypertensive patients. *Am J Med*. 1988; 84 (1B): 40-6.
21. Alderman MH, Lamport B. Labelling of hypertensives. *J Clin Epidemiol*. 1990; 43: 195-200.
22. Krousel-Wood MA, Re RN. Health status assessment in a hypertension section of an internal medicine clinic. *Am J Med Sci*. 1994; 308: 211-7.
23. Cade NV. Terapia de grupo para pacientes com hipertensão arterial. *Rev Psiq Clin*. 2001; 28: 300-4.
24. Lyons RA, Lo SV, Littlepage BN. Comparative health status of patients with 11 common illness in Wales. *J Epidemiol Community Health*. 1994; 48 (4): 388-90.
25. Battersby C, Hartley K, Fletcher AE, Markowe HJ, Styles W, Sapper H, et al. Quality of life in treated hypertension: a case-control community based study. *J Hum Hypertens*. 1995; 9 (12): 981-6.
26. Chan-Huang I, Albert WU, Constantine F. Do the SF-36 and WHOQOL-BREF measure the same construct? Evidence from the Taiwan population. *Qual Life Res*. 2006; 15: 15-24.

## Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

## Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

## Vinculação Acadêmica

Esse artigo é parte de tese de mestrado de Margareth Assad Cavalcante, pela Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE.