

**SF-6D e EQ-5D: comparação do seu desempenho em grupos de doentes**Lara N. Ferreira<sup>1,3</sup>, Pedro L. Ferreira<sup>2,3</sup>, Luis N. Pereira<sup>1,4</sup><sup>1</sup> Escola Superior Gestão, Hotelaria e Turismo (ESGHT), Universidade do Algarve, Faro, PORTUGAL<sup>2</sup> Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL<sup>3</sup> Centro de Estudos e Investigação em Saúde-CEISUC, Universidade de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL<sup>4</sup> Centro de Investigação sobre o Espaço e as Organizações-CIEO, Universidade do Algarve, Faro, PORTUGALContact: [Inferrei@ualg.pt](mailto:Inferrei@ualg.pt)

**Objectivos (Objectives):** Dado que o número de instrumentos baseados em preferências tem vindo a crescer nos últimos anos, intensificou-se a importância de comparar o seu desempenho, de forma a facilitar a escolha dos profissionais e investigadores sobre qual o instrumento a utilizar nos seus estudos. O objectivo deste trabalho é comparar o desempenho do SF-6D e do EQ-5D em quatro grupos de doentes que sofrem de doenças do foro respiratório (asma e DPOC), oftalmológico (cataratas) e reumatológico (artrite reumatóide).

**Metodologia (Methodology):** A amostra total utilizada consiste em 643 casos, dos quais 115 sofrem de asma, 72 de DPOC, 352 de cataratas e 104 de artrite reumatóide. As utilidades geradas pelos dois instrumentos são analisadas globalmente e por grupo de doentes, com o objectivo de identificar a sua capacidade de discriminação por grupo sociodemográfico. A análise dos índices gerados pelos instrumentos teve também como objectivo identificar a existência de “efeito tecto” e “efeito chão” nos instrumentos (grande número de indivíduos a reportarem, respectivamente, o valor mais elevado e mais baixo possível). A associação e o nível de concordância entre os instrumentos são estudados utilizando coeficientes de correlação entre os índices dos instrumentos e por dimensão semelhante dos respectivos sistemas descritivos. São utilizados testes t para amostras emparelhadas para identificar diferenças entre os scores finais dos instrumentos, sendo consideradas diferenças minimamente aceitáveis valores superiores a 0,03 (Kontodimopoulos et al., 2009). São aplicados modelos de regressão com o objectivo de explorar a relação entre o índice SF-6D e o índice EQ-5D (Brazier et al., 2004). Não se pretende explicar o índice SF-6D através do índice EQ-5D, nem prever o índice SF-6D a partir do índice EQ-5D, mas apenas compreender melhor qual a relação que existe entre eles. As propriedades discriminativas dos índices são também comparadas utilizando curvas ROC.

**Resultados (Results):** Na amostra global os índices SF-6D e EQ-5D médios registaram o mesmo valor (0,72), embora na análise por doença o índice EQ-5D médio tenha sido superior ao índice SF-6D médio em aproximadamente 0,05 nos doentes asmáticos e com DPOC. Verificou-se a existência duma correlação forte entre os dois índices (0,68) apresentando valores análogos por doença. O grau de concordância entre os instrumentos é, naturalmente, mais elevado entre dimensões similares. Ambos os instrumentos demonstraram uma capacidade discriminativa semelhante entre grupos sociodemográficos. O índice EQ-5D mostrou um “efeito tecto” significativo (23% dos indivíduos obtiveram o valor mais elevado possível), mesmo considerando que todos os indivíduos sofriam de uma doença crónica. Os modelos de regressão indicaram uma relação não uniforme entre os dois índices. Este resultado foi confirmado pela realização de testes de hipóteses que comparam as estimativas dos coeficientes das regressões para cada doença com a estimativa do modelo global. A análise das áreas abaixo das curvas ROC mostrou que o SF-6D é mais eficiente na detecção de diferenças entre grupos, em quase todos os casos.

**Conclusões (Conclusions):** Confirmou-se a hipótese de que o SF-6D gera valores superiores em populações com doenças. Os resultados demonstraram que o SF-6D e o EQ-5D parecem comportar-se de forma diferente em cada uma das doenças analisadas, uma vez que as regressões revelaram que as estimativas dos coeficientes das regressões para cada doença são diferentes da estimativa do modelo global. Estes resultados impedem, por exemplo, que se procure um ajustamento global, qualquer que seja o estado de saúde do indivíduo, entre as duas medidas baseadas em preferências. Os resultados demonstram que o EQ-5D e o SF-6D geram valores de utilidade diferentes e essas discrepâncias devem continuar a ser investigadas, particularmente em grupos de doentes.