

A medição de preferências em saúde na população portuguesa

PEDRO LOPES FERREIRA
LARA DE NORONHA E FERREIRA

Introdução: um tema estudado pelos investigadores da economia da saúde é a medição da qualidade de vida relacionada com a saúde, em especial captando as preferências dos indivíduos em relação a determinados resultados em saúde. Este tipo de medição permite a sua incorporação em modelos de decisão clínica, de planeamento e de políticas de saúde. Nos últimos anos, têm sido desenvolvidos instrumentos genéricos de avaliação dos estados de saúde baseados na teoria multi-atributo de utilidade, fáceis de aplicar e que permitem o cálculo dos valores de utilidade que os indivíduos atribuem aos estados de saúde, como os questionários EuroQol (EQ-5D), Health Utilities Index (HUI) e o SF-6D. **Métodos:** com base numa amostra aleatória da população activa portuguesa residente no continente e formada por 2459 indivíduos, obteve-se a preferência dos portugueses em relação ao seu estado de saúde e qualidade de vida e

calcularam-se os respectivos valores normais para Portugal continental. Foi utilizada a versão portuguesa do instrumento de medição SF-6D e o algoritmo econométrico desenvolvido por Brazier, para a geração de valores de utilidade, para os diversos estados de saúde.

Resultados: o valor médio da utilidade obtido pelo SF-6D para toda a população foi 0,697, variando de 0,30 a 1,00 e associado a um desvio padrão de 0,143. Níveis mais elevados de défice foram encontrados nas dimensões «desempenho», «dor», «saúde mental» e «vitalidade». Valores mais baixos de utilidade foram apresentados pelas mulheres e pelos idosos. Os indivíduos com níveis mais baixos de instrução, a viver em áreas rurais, trabalhadores manuais e os viúvos, divorciados e separados apresentaram, em geral, também valores mais baixos de utilidade. Em relação às doenças crónicas, a utilidade média variou de 0,56 para os enfartes do miocárdio a 0,66 correspondente à hepatite.

Conclusão: deste estudo conclui-se que o instrumento de medição SF-6D é útil e efectivo na medição da qualidade de vida relacionada com a saúde na comunidade. As normas portuguesas são úteis para contextualizar os valores obtidos pelo SF-6D, sempre que aplicado a doentes ou mesmo a indivíduos portugueses saudáveis.

Palavras-chave: medidas de saúde baseadas em preferências; qualidade de vida; SF-6D.

1. Introdução

A forma como os indivíduos consideram a sua situação de saúde — auto-avaliação de saúde — tem sido cada vez mais valorizada na investigação e tomada

□
Pedro Lopes Ferreira é professor associado na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e é responsável pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Lara de Noronha e Ferreira é mestre em Gestão e Economia da Saúde pela Universidade de Coimbra, é equiparada a professora adjunta na Escola Superior de Gestão, Hotelaria e Turismo da Universidade do Algarve e é membro do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Submetido à apreciação: 3 de Abril de 2006.
Aceite para publicação: 7 de Novembro de 2006.

de decisão clínicas, assim como no planeamento em saúde. Várias revisões dos instrumentos de medição de estado de saúde e de qualidade de vida relacionada com a saúde têm vindo a aparecer, nos últimos anos (Bowling, 1992; McDowell e Newell, 1987; Streiner e Norman, 1989; Wilkin *et al.*, 1992). Guyatt, Feeny e Patrick (1993) definiram, de uma forma muito clara, uma taxinomia para as medidas de qualidade de vida relacionada com a saúde. Segundo estes autores, podemos, de um modo geral, caracterizar estas medidas em dois principais tipos: instrumentos genéricos que nos permitem obter indicadores que representam uma súmula da qualidade de vida e instrumentos específicos orientados para determinadas doenças, grupos de doentes ou áreas funcionais. Entre estes instrumentos genéricos incluem-se normalmente os perfis de saúde que medem aspectos importantes ou dimensões de qualidade de vida relacionadas com a saúde. O outro tipo de instrumentos genéricos são as medidas de utilidade de qualidade de vida provenientes das teorias económicas e de decisão e que pretendem reflectir as preferências dos indivíduos por eventuais intervenções de saúde ou por vários resultados em saúde.

2. A medição de preferências em saúde

As técnicas mais utilizadas para medir preferências em saúde são o jogo padrão (*standard gamble* — SG), a técnica de compromisso em tempo (*time trade-off* — TTO) e a escala de pontuação (*rating scale*). Para alguns economistas o jogo padrão apresenta-se como o padrão-ouro da medição de preferências.

Utilizando pequenas descrições é possível valorizar directamente os estados de saúde mas, na maior parte dos casos, é necessário estimar (ou modelar) os seus valores com o apoio de uma amostra contendo vários estados de saúde. Esta valoração pode ser feita estatisticamente, a partir de modelos de regressão, ou algebricamente, com base na teoria da utilidade multi-atributo.

A validade empírica da medição de preferências pode ser comparada a outras preferências «declaradas» ou preferências hipotéticas. Uma forma de testar as preferências «declaradas» consiste em administrar a medida conjuntamente com um método directo de valoração de preferências, como o TTO ou o SG, e examinar o grau de convergência (Richardson *et al.*, 2001). Contudo, isto levanta a questão da utilização da valoração da própria saúde com valores «critério» de medidas que se destinam a fornecer valores para a sociedade (Nord *et al.*, 1993). Outra forma de testar as preferências «declaradas» consiste na análise do

grau de convergência entre os valores gerados por diferentes medidas de preferência, como o Short Form 6 Health Survey Instrument (SF-6D), o EuroQol (EQ-5D) ou o Health Utilities Index (HUI). De facto, alguns investigadores têm analisado o grau de concordância entre o SF-6D e o EQ-5D (Brazier *et al.*, 2004; Bryan e Longworth, 2005; Ferreira e Ferreira, 2006; Gerard *et al.*, 2004; Tsuchiya *et al.*, 2006), tendo concluído que embora os valores gerados pareçam ser bastante similares, esta aparente similaridade esconde grandes diferenças entre os dois instrumentos. Existem também estudos de análise da concordância destas medidas com outras, como o HUI (Fisk *et al.*, 2005; Hatoum *et al.*, 2004). Outros investigadores têm-se preocupado com a comparação destas medidas de preferência com medidas específicas para determinadas doenças (Marra *et al.*, 2004; Marra *et al.*, 2005; Pickard *et al.*, 2005).

3. O modelo de Brazier

O SF-6D é baseado no Short Form 36 Health Survey Instrument (SF-36), um instrumento genérico que mede a percepção do estado de saúde e da qualidade de vida através de oito dimensões (Ferreira, 2000a e 2000b; Ware *et al.*, 1993). O algoritmo de pontuação utilizado por este questionário em cada dimensão é baseado na soma das respostas a todas as perguntas que compõem essa dimensão, seguida de uma transformação linear para uma escala comum de 0 a 100. Ora, este procedimento pressupõe uma curva de valor linear, isto é, intervalos iguais entre as possíveis respostas a cada pergunta. Para além disso, mesmo dentro de uma mesma dimensão, a mesma resposta correspondente ao mesmo tipo de limitação em duas perguntas não significa que o valor psicológico que o indivíduo atribui seja exactamente o mesmo. Isto limita necessariamente a comparabilidade entre dimensões.

Para fazer esta passagem entre estes dois instrumentos de medição, John Brazier e a sua equipa de investigação do Departamento de Economia da Saúde e Ciências da Decisão da Universidade de Sheffield, Reino Unido, começaram por eliminar algumas perguntas do SF-36 — tornando-o mais simples e mantendo as perguntas com maior variância — e utilizaram um modelo econométrico em que, para os vários estados de saúde, os valores obtidos pelo SF-6D permitiram prever os valores de preferências (Brazier *et al.*, 2002). De facto, o SF-6D foi construído a partir de uma amostra de 11 itens como pode ser observado no *Quadro 1*.

Conforme está assinalado neste quadro, as perguntas do SF-36 usadas para construir o SF-6D foram as

seguintes: perguntas 1, 2 e 10 da função física; pergunta 3 do desempenho físico; pergunta 2 do desempenho emocional; pergunta 2 da função social; ambas as perguntas da dor; pergunta 1 ligeiramente alterada e pergunta 4 da saúde mental; pergunta 2 da vitalidade. Da dimensão saúde em geral não foi escolhida qualquer pergunta, o mesmo acontecendo à pergunta referente à alteração do estado de saúde. As seis dimensões finais do SF-6D (em anexo) são,

então, a função física (FF), a limitação no desempenho (LD), a função social (FS), a dor (DR), a saúde mental (SM) e a vitalidade (VT). O número de níveis de cada dimensão são, respectivamente, 6, 4, 5, 6, 5 e 5, podendo assim o SF-6D gerar 18 000 ($6*4*5*6*5*5$) estados de saúde possíveis.

Para captar os valores de preferências dos indivíduos em relação aos estados de saúde, os autores realizaram, primeiro, um teste piloto onde utilizaram a téc-

Quadro I Criação do SF-6d a partir do SF-36

FF — Função física

- SF3a Actividades violentas e extenuantes
- SF3b Actividades moderadas
- SF3c Levantar ou pegar nas compras da mercearia
- SF3d Subir vários lanços de escada
- SF3e Subir um lanço de escada
- SF3f Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se
- SF3g Andar mais de 1 km
- SF3h Andar vários quarteirões ou grupos de casas
- SF3i Andar um quarteirão ou grupos de casas
- SF3j Tomar banho ou vestir-se sozinho/a

DF — Desempenho físico

- SF4a Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou em outras actividades
- SF4b Fez menos do que queria
- SF4c Limitado/a no tipo de trabalho ou em outras actividades
- SF4d Dificuldade em executar o trabalho ou em outras actividades

DR — Desempenho emocional

- SF5a Diminuição do tempo gasto a trabalhar ou em outras actividades
- SF5b Fez menos do que queria
- SF5c Não trabalhou tão cuidadosamente como era costume

FS — Função social

- SF6 Interferência dos problemas de saúde nas actividades sociais
- SF10 Número de casos em que a saúde física interferiu nas actividades sociais

DR — Dor

- SF7 Intensidade das dores
- SF8 Interferência da dor no trabalho normal

SM — Saúde mental

- SF9b Sentiu-se muito nervoso/a
- SF9c Sentiu-se tão deprimido/a que nada o/a animava
- SF9d Sentiu-se calmo/a e tranquilo/a
- SF9f Sentiu-se triste e em baixo
- SF9h Sentiu-se feliz

VT — Vitalidade

- SF9a Cheio/a de vitalidade
- SF9e Com muita energia
- SF9g Sentiu-se estafado/a
- SF9i Sentiu-se cansado/a

SG — Saúde em geral

- SF1 A sua saúde é: óptima, muito boa, boa, razoável, fraca
- SF11a Parece que adoço mais facilmente do que os outros
- SF11b Sou tão saudável como qualquer outra pessoa
- SF11c Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar
- SF11d A minha saúde é óptima

MS — Alteração do estado de saúde

- SF2 Saúde actual comparada com o que acontecia há um ano

nica do jogo padrão baseada na utilidade multi-atributo (Torrance *et al.*, 1982) numa amostra de conveniência composta por 165 profissionais de saúde, gestores e doentes que responderam também a escalas visuais analógicas (Brazier *et al.*, 1998). De seguida, foi utilizada uma amostra representativa da população do Reino Unido ($n = 611$) em termos de características como a idade, o estatuto socioeconómico e o nível de instrução, tendo sido valorizados 249 estados de saúde definidos pelo SF-6D.

Foram feitas entrevistas pessoais levadas a cabo por entrevistadores treinados. Cada entrevista, em casa do entrevistado, começou com o preenchimento do SF-6D em relação ao próprio estado de saúde do respondente. De seguida, foi-lhe pedido que avaliasse um conjunto de seis estados de saúde, cada um associado a uma descrição baseada nas dimensões do SF-6D e apresentada num cartão separado. Todos valorizaram o pior estado de saúde (645 655), tendo sido utilizada uma variante do jogo padrão com a alternativa «ping-pong» e apoiada na denominada «carta de probabilidades» (*chance board*) onde, a cada valor de probabilidade é associado um gráfico circular para melhor visualização pelo entrevistado. Os estados de saúde foram balizados numa escala visual analógica de 0 a 1 utilizando a valoração dos respondentes do pior estado de saúde, relativamente à saúde perfeita e à morte. Os restantes estados de saúde foram classificados segundo a sua gravidade (menor, moderada ou maior), permitindo-se assim que cada um dos 249 estados de saúde fosse valorizado por um número igual de respondentes, cerca de 15. A gravidade menor foi definida como nível 1 ou 2 em cada dimensão e a gravidade maior correspondia aos três últimos níveis para FF e aos dois últimos níveis para os restantes dimensões.

O algoritmo final para transformar as respostas do SF-36 no SF-6D permite gerar um índice baseado em preferências, numa escala QALY, em que a unidade corresponde à saúde perfeita e zero a estados de saúde equivalentes à morte. O seu modelo geral é

$$y_{ij} = g(\beta'x_{ij} + \theta'r_{ij} + \delta'z_j) + \varepsilon_{ij}$$

onde $i = 1, 2, \dots, n$ representa os valores individuais dos estados de saúde e $j = 1, 2, \dots, m$ representa os respondentes. A variável dependente y_{ij} é o valor ajustado do estado de saúde i valorizado pelo respondente j , x é um vector de variáveis *dummy* explicativas ($y_{\delta\lambda}$) para cada nível λ da dimensão δ do SF-6D. Para qualquer estado de saúde, $x_{\delta\lambda}$ é igual a 1 se a dimensão δ está no nível λ , e igual a 0, caso contrário. O termo r representa as interações entre os níveis dos diferentes atributos, z é um vector de características pessoais, g representa a função aditiva

e ε_{ij} é um termo de erro. No *Quadro II* são apresentados os resultados do modelo desenvolvido por Brazier.

4. Metodologia

Para obter os valores de preferência da população activa portuguesa, foi utilizada uma amostra aleatória da população residente no continente constituída por 2459 indivíduos, os quais responderam à versão portuguesa do SF-36 v2 (Ferreira e Santana, 2003). Esta amostra foi obtida através de 822 unidades de alojamento de um universo de 850, seleccionadas aleatoriamente, tendo sido entrevistados todos os adultos em idade activa de cada unidade de alojamento (entre os 18 e os 64 anos). Estas entrevistas consistiram na aplicação directa das perguntas que constituem o questionário.

Na definição da amostra, foram tomadas em consideração as principais características dos adultos em idade activa, tendo sido excluídos todos os alojamentos colectivos (escolas, lojas, etc.) e excluídas as

Quadro II
Modelo SF-6D

Variáveis	Coefficientes
Constante	1,000
PF23	-0,056
PF4	-0,072
PF5	-0,080
PF6	-0,134
RL234	-0,073
SF2	-0,080
SF3	-0,082
SF4	-0,091
SF5	-0,107
PAIN23	-0,052
PAIN4	-0,076
PAIN5	-0,107
PAIN6	-0,179
MH23	-0,062
MH4	-0,121
MH5	-0,136
VIT234	-0,017
VIT5	-0,043
Most	-0,032

PF — Função física; RL — Limitação no desempenho; SF — Função social; PAIN — Dor; MH — Saúde mental; VIT — Vitalidade.

Fonte: Brazier *et al.*, 2004.

unidades de alojamento que se recusaram a participar ou que, após uma segunda tentativa, não foi possível contactar ninguém.

A partir dos dados recolhidos relativamente a essa amostra, foi aplicado o algoritmo de cálculo do SF-6D, por forma a calcular as utilidades dos estados de saúde da população activa portuguesa e assim medir a sua qualidade de vida relacionada com a saúde.

Antes de se proceder ao tratamento dos dados, foi necessário ajustar os resultados amostrais — tal como já tinha sido efectuado aquando da determinação das normas para o SF-36v2 — de forma a poderem ser generalizados para a população de Portugal continental. Neste sentido, utilizaram-se estimadores pós-estratificados, baseados na abordagem *design-based*, para ajustar os pesos iniciais, de forma que a distribuição da amostra reponderada por algumas características da população estivesse de acordo com a distribuição conhecida do número de elementos da população com essas características.

Todas as análises estatísticas foram realizadas no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 13.0. Para além de uma análise descritiva para caracterizar a amostra, foram utilizados testes paramétricos (testes *t* e ANOVA) e testes não paramétricos (testes de Kruskal Wallis) para investigar as diferenças significativas entre grupos sociodemográficos. Estas diferenças foram consideradas estatisticamente significativas caso os níveis de significância fossem inferiores a 5%.

5. Resultados

Os 2459 indivíduos da amostra tinham uma idade média de 37 ± 11 anos, 58,1% eram mulheres, 69,5% estavam casados ou viviam maritalmente com outra pessoa e 46,8% tinham um nível baixo de escolaridade (primário ou básico). Outros indicadores estatísticos descritivos da amostra aparecem no *Quadro III*.

Quadro III
Características da amostra

		<i>n</i>	Percentagem
Amostra total		2459	100,0
Sexo	Feminino	1429	58,1
	Masculino	1030	41,9
Grupo etário	18-24 anos	560	22,8
	25-34 anos	219	8,9
	35-44 anos	1095	44,5
	45-54 anos	489	19,9
	55-64 anos	96	3,9
Estado marital	Casado ou em união de facto	1709	69,5
	Solteiro	626	25,5
	Divorciado ou separado	71	2,9
	Viúvo	53	2,2
Nível de instrução	Não sabe ler nem escrever	136	5,5
	Ensino primário ou básico	1149	46,8
	Ensino secundário	962	39,2
	Ensino superior	209	8,5
Situação face ao trabalho	Trabalhador manual	786	32,0
	Trabalhador não manual	1023	41,6
	Reformado ou aposentado	41	1,7
	Doméstico	383	15,6
	Desempregado	38	1,5
Local de residência	Área urbana	907	36,9
	Área rural	1552	63,1

A amostra apresentou também uma variabilidade considerável de doenças crónicas, em especial lombalgias (46,0%), artrites (40,3%), alergias ou sinusites (34,3%) e hipertensão arterial (28,4%), conforme está apresentado no *Quadro IV*. Comparando com os valores encontrados no Inquérito Nacional de Saúde

não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

O *Quadro V* apresenta a distribuição das respostas às dimensões do SF-6D. Estes resultados mostram níveis elevados de défice nas dimensões limitação no desempenho, dor, saúde mental e vitalidade. Além

Quadro IV
Frequência das doenças crónicas declaradas

	<i>n</i>	Percentagem
Lombalgias	844	46,0
Artrites	740	40,3
Alergia ou sinusite	630	34,3
Hipertensão arterial	521	28,4
Problemas renais	432	23,5
Problemas de visão	384	20,9
Úlceras	282	15,4
Outras doenças do coração	247	13,5
Outras doenças crónicas	199	10,8
Problemas de audição	185	10,1
Problemas musculoesqueléticos	179	9,7
Doença pulmonar obstrutiva crónica	147	8,0
Problemas de pele	144	7,8
Diabetes	109	5,9
Hepatite	86	4,7
Enfarte do miocárdio	43	2,3
Acidente vascular cerebral	24	1,3
Doença da próstata	24	1,3
Doença oncológica	20	1,1
Doença sexualmente transmissível	18	1,0
Tuberculose	10	0,5
SIDA	6	0,3

Quadro V
Distribuição das respostas às dimensões do SF-6D (percentagem)

Nível	Dimensão					
	Função física	Limitação no desempenho	Função social	Dor	Saúde mental	Vitalidade
1	33,1	32,4	45,7	18,6	12,4	14,0
2	29,7	11,0	26,6	11,6	28,4	29,0
3	14,5	16,7	19,1	34,9	34,9	32,0
4	1,7	39,9	6,4	22,9	16,0	18,6
5	5,8	–	2,2	10,0	8,3	6,4
6	15,2	–	–	2,0	–	–
Total (<i>n</i>)	2452	2450	2446	2454	2459	2454

disto, cerca de dois terços dos indivíduos identificaram algumas limitações na função física e mais de metade na sua função social.

O *Quadro VI* indica a média, o desvio-padrão e os valores mínimo e máximo de cada dimensão do SF-6D. Como se pode ver, a vitalidade apresenta o valor

médio mais elevado e a saúde mental o mais reduzido. O valor médio final para toda a amostra foi 0,697, com um desvio-padrão de 0,143. Os *Quadros VII* e *VIII* apresentam os valores descritivos das utilidades dos estados de saúde estratificados por sexo, grupo etário, estado marital e nível de instrução.

Quadro VI
Estatísticas descritivas das dimensões do SF-6D*

Dimensão	<i>n</i>	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Função física	2452	0,949	0,043	0,87	1,00
Limitação no desempenho	2450	0,951	0,033	0,93	1,00
Função social	2446	0,955	0,041	0,89	1,00
Dor	2454	0,944	0,036	0,82	1,00
Saúde mental	2459	0,930	0,038	0,86	1,00
Vitalidade	2454	0,989	0,012	0,96	1,00

* O valor de cada dimensão é obtido adicionando a própria dimensão (calculada a partir do algoritmo de Brazier) a 1 (saúde perfeita) (Marra *et al.*, 2004).

Quadro VII
Estatísticas descritivas das dimensões do SF-6D por sexo e por grupo etário

Sexo	Grupo etário	<i>n</i>	Média	Desvio-padrão
Feminino	Todas as idades	1402	0,663	0,137
	18-24 anos	324	0,714	0,130
	25-34 anos	154	0,678	0,143
	35-44 anos	642	0,663	0,142
	45-54 anos	231	0,639	0,129
	55-64 anos	51	0,576	0,104
Masculino	Todas as idades	1022	0,724	0,147
	18-24 anos	228	0,748	0,143
	25-34 anos	63	0,741	0,153
	35-44 anos	436	0,737	0,151
	45-54 anos	253	0,711	0,149
	55-64 anos	42	0,652	0,104
Ambos os sexos	18-24 anos	552	0,734	0,138
	25-34 anos	217	0,708	0,149
	35-44 anos	1078	0,704	0,148
	45-54 anos	484	0,680	0,138
	55-64 anos	93	0,629	0,107

Quadro VIII
Estatísticas descritivas das dimensões do SF-6D por estado marital e de instrução

Variável		<i>n</i>	Média	Desvio-padrão
Estado marital	Casado ou em união de facto	1686	0,682	0,143
	Solteiro	618	0,732	0,138
	Viúvo	51	0,618	0,123
	Divorciado ou separado	69	0,666	0,136
Nível de escolaridade	Não sabe ler nem escrever	132	0,580	0,116
	Ensino primário ou básico	1141	0,668	0,135
	Ensino secundário	942	0,729	0,142
	Ensino superior	206	0,714	0,138

Nestes quadros podemos observar, em todas as dimensões, os valores mais baixos de utilidade atribuídos pelas mulheres quando comparados com os dos homens ($t = -10,172$; $gdl = 2116$; $p < 0,001$). Esta diferença é mais evidente nas dimensões dor, saúde mental e função física.

Também são os jovens os indivíduos que apresentam valores médios mais elevados, sendo as diferenças em relação aos mais velhos significativas para todos os grupos etários ($H = 73,962$; $gdl = 4$; $p < 0,001$). As utilidades médias foram 0,13 mais baixas no nível mais baixo de instrução quando comparadas com as do nível de instrução mais alto ($H = 186,113$; $gdl = 3$; $p < 0,001$). Os habitantes de áreas rurais apresentaram também valores mais baixos de utilidade relativamente aos cidadãos que vivem nas áreas urbanas ($t = 2,935$; $gdl = 2422$; $p < 0,005$).

As pessoas que vivem acompanhadas (casados ou que vivem em união de facto) apresentam valores médios de utilidade mais altos quando comparados com os dos viúvos e dos divorciados/separados ($H = 65,541$; $gdl = 3$; $p < 0,001$). Em relação à situação perante o trabalho, os trabalhadores manuais apresentaram valores de utilidade mais baixos do que os não manuais ($H = 196,456$; $gdl = 4$; $p < 0,001$). No que respeita às doenças crónicas a utilidade média variou entre 0,56 para os enfartes do miocárdio e 0,66 para as hepatites.

6. Discussão e conclusões

A medição da qualidade de vida é cada vez mais utilizada na investigação e na prática clínica e integrada em avaliações económicas para permitir determinar a efectividade de intervenções de cuidados de saúde. No entanto, a maior parte dos instrumentos de medição utilizados não foi concebida para estes fins pois não incorporam nos algoritmos de pontuação as preferências dos indivíduos (Brazier *et al.*, 2002). O número de níveis de cada domínio do SF-6D varia entre 4 e 6: a função física tem 6 níveis; a limitação no desempenho tem 4; a função social 5; a dor 6; a saúde mental 5; e a vitalidade 5. Neste sentido, o SF-6D gera 18 000 estados de saúde possíveis, mais estados de saúde do que o seu «parente próximo», o EQ-5D. No entanto, como o SF-6D tem vários níveis por domínio, parece ser mais apropriado à medição de diferenças e mudanças entre os pontos (Brazier *et al.*, 2002). Contudo, o SF-6D pode ser criticado relativamente aos níveis mais baixos das escalas, particularmente na função física, uma vez que um paciente poderá encontrar-se bem pior do que apenas «limitado em tomar banho ou vestir-se sozinho», e na limitação do desempenho, uma vez que se assume

que as pessoas podem trabalhar.

Este estudo permitiu encontrar valores normativos por idade e sexo e demonstrou a capacidade do SF-6D para discriminar adequadamente diferenças sociodemográficas. Encontramos, no entanto, um efeito de chão nos valores de utilidade do SF-6D, no sentido de que mais de metade da população refere problemas de saúde graves. Estes resultados confirmam as limitações atribuídas ao SF-6D.

Além disto, os resultados deste estudo — o primeiro a investigar as preferências sobre estados de saúde da população portuguesa — indicam que a qualidade de vida relacionada com a saúde da população activa portuguesa é maior para os jovens, solteiros ou casados/união de facto, com níveis mais altos de instrução, trabalhadores não manuais e a habitar em zonas urbanas.

Concluimos que o SF-6D é um instrumento útil e efectivo na medição da qualidade de vida relacionada com a saúde na comunidade. Defendemos, no entanto, a necessidade de aplicar à população portuguesa outras medidas baseadas em preferências como o EQ-5D ou o HUI.

□ Referências bibliográficas

- BOWLING, A. — Measuring health : a review of quality of life and measurement scales. Milton Keynes : Open University Press, 1992.
- BRAZIER, J. *et al.* — Deriving a preference-based single index from the UK SF-36 Health Survey. *Journal of Clinical Epidemiology*. 51 : 11 (1998) 1115-1128.
- BRAZIER, J.; ROBERTS, J.; AKI, T. — A comparison of the EQ-5D and SF-6D across seven patient groups. *Health Economics*. 13 : 9 (2004) 873-884.
- BRAZIER, J.; ROBERTS, J.; DEVERILL, M. — The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. *Journal of Health Economics*. 21 : 2 (2002) 271-292.
- BRYAN, S.; LONGWORTH, L. — Measuring health-related utility : why the disparity between EQ-5D and SF-6D? *European Journal of Health Economics*. 6 : 3 (2005) 253-260.
- FERREIRA, P. L. — Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte 1 : Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*. 13 (2000a) 55-66.

FERREIRA, P. L. — Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II : Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*. 13 (2000b) 119-127.

FERREIRA, P. L.; FERREIRA, L. — How consistent are health utility values? *European Journal of Health Economics*. Suppl. 1 (2006) S36.

FERREIRA, P. L.; SANTANA, P. — Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa : contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 21 : 2 (2003) 15-30.

FISK, J. D. *et al.* — A comparison of health utility measures for the evaluation of multiple sclerosis treatments. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 76 : 1 (2005) 58-63.

GERARD, K. *et al.* — EQ-5D versus SF-6D in an older, chronically ill patient group. *Applied Health Economics and Health Policy*. 3 : 2 (2004) 91-102.

GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. — Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*. 118 : 8 (1993) 622-629.

HATOUM, H.; BRAZIER, J.; AKHRAS, K. — Comparison of the HUI3 with the SF-36 preference based SF-6D in a clinical trial setting. *Value in Health*. 7 : 5 (2004) 602-609.

MARRA, C.; ESDAILE, J.; GUH, D. — A comparison of four methods of assessing utility values in rheumatoid arthritis. *Medical Care*. 42 : 11 (2004) 1125-1131.

MARRA, C. *et al.* — A comparison of generic, indirect utility measures (the HUI2, HUI3, SF-6D, and the EQ-5D) and disease-specific instruments (the RAQoL and The HAQ) in rheumatoid arthritis. *Social Science and Medicine*. 60 : 7 (2005) 1571-1582.

McDOWELL, I.; NEWEL, C. — Measuring health : a guide to rating scales and questionnaire. Oxford : Oxford University Press, 1987.

NORD, E.; RICHARDSON, J.; MACAROUNAS-KIRCHMANN, K. — Social evaluation of health care versus evaluation of health status : evidence on the validity of four health-state scaling instruments using Norwegian and Australian surveys. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 9 : 4 (1993) 463-478.

PICKARD, A. S.; JOHNSON, J. A.; FEENY, D. H. — Responsiveness of generic health-related quality of life in stroke. *Quality of Life Research*. 14 : 1 (2005) 207-219.

RICHARDSON, J.; HAWTHORNE, G.; DAY, N. A. — A comparison of the assessment of quality of life (AQoL) with four other generic utility instruments. *Annals of Medicine*. 33 : 5 (2001) 358-370.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. — *Health measurement scales : a practical guide to their development and use*. Oxford : Oxford University Press, 1989.

TORRANCE, G. W.; BOYLE, N. H.; HORWOOD, S. P. — Applications of multi-attribute utility theory to measure social preferences for health states. *Operations Research*. 30 : 6 (1982) 1043-1069.

TSUCHIYA, A.; BRAZIER, J.; ROBERTS, J. — Comparison of valuation methods used to generate the EQ-5D and the SF-6D value sets. *Journal of Health Economics*. 25 : 2 (2006) 334-346.

WARE, J. E. *et al.* — SF-36 health survey manual and interpretation guide. Boston, MA : The Health Institute. New England Medical Centre, 1993.

WILKIN, D.; HALLAM, L.; DOGGRTT, M. A. — Measures of need and outcomes for primary health care. Oxford : Oxford University Press, 1992.

□ Abstract

MEASUREMENT OF THE HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN THE PORTUGUESE POPULATION

Introduction. Health economics researchers are concerned with the measurement of the health related quality of life, especially eliciting individuals' preferences regarding specific health outcomes. This type of measurement can be integrated in clinical decision, planning and health policy models. During the last years, easy-to-implement generic instruments to assess health states, based on the multiattribute theory, have been developed. They allow for the computation of utility values assigned by individuals to health states. Examples of these instruments are EuroQol (EQ-5D), Health Utility Index (HUI) and SF-6D questionnaires.

Methods. Based on a random sample of the mainland Portuguese active population constituted by 2,459 individuals, we obtained the self assessment of their health status and quality of life and we computed the corresponding norm data. We used the Portuguese version of the measurement instrument SF-6D and the econometric algorithm created by Brazier to generate utility values for different health state.

Results. The mean utility value obtained by the SF-6D to the whole population was 0.697, ranging from 0.30 to 1.00 and associated to a standard deviation of 0.143. Larger deficit levels were found in "role", "pain", "mental health" and "vitality dimensions". Lower utility values were assigned by women and elderly. Less educated individuals, living in rural areas, blue collar workers, divorced and separated also showed, in general, lower utility values. Regarding chronic diseases, the mean utility ranged from 0.56 for myocardial infarctions to 0.66 corresponding to hepatitis.

Conclusion. From this study we conclude that the measurement instrument SF-6D is useful and effective in measuring the health-related quality of life in community. The Portuguese norms are useful to put into context the values obtained by the SF-6D when applied to patients or even to healthy Portuguese citizens.

Keywords: health outcomes; quality of life; SF-6D.

Questionário de avaliação de ganhos em saúde (SF-6D)

Instruções: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais. Assinale com um X, um quadrado de cada um dos seguintes grupos.

Função física

1. A sua saúde **não o/a limita em actividades cansativas** tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes
2. A sua saúde **limita-o/a em actividades cansativas** tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes
3. A sua saúde **limita-o/a em subir vários lanços de escada ou em andar mais de 1 km**
4. A sua saúde **limita-o/a em subir um lanço de escada ou em andar várias centenas de metros**
5. A sua saúde **limita-o/a em andar uma centena de metros**
6. A sua saúde **limita-o/a em tomar banho ou vestir-se sozinho/a**

Limitação no desempenho

1. **Não teve** quaisquer problemas no seu trabalho ou actividades diárias como consequência do seu **estado de saúde físico ou problemas emocionais**
2. **Sentiu-se limitado/a** no tipo de trabalho ou actividades como consequência do seu **estado de saúde físico**
3. **Fez menos do que queria** como consequência dos seus **problemas emocionais**
4. **Sentiu-se limitado/a** no tipo de trabalho ou actividades como consequência do seu estado de saúde físico e **fez menos do que queria** como consequência dos seus problemas emocionais

Função social

1. O seu estado de saúde físico ou problemas emocionais **não** limitaram de todo a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)
2. O seu estado de saúde físico ou problemas emocionais limitaram **pouco** a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)
3. O seu estado de saúde físico ou problemas emocionais limitaram **algumas vezes** a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)
4. O seu estado de saúde físico ou problemas emocionais limitaram **a maior parte do tempo** a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)
5. O seu estado de saúde físico ou problemas emocionais limitaram **sempre** a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)

Dor física

1. **Não** teve dores
2. Teve dores **muito fracas**
3. Teve dores **ligeiras**
4. Teve dores **moderadas**
5. Teve dores **fortes**
6. Teve dores **muito fortes**

Saúde mental

1. **Nunca** se sentiu tenso/a ou deprimido/a ou sentiu-se **pouco tempo**
2. Sentiu-se **algum tempo** tenso/a ou deprimido/a
3. Sentiu-se **bastante tempo** tenso/a ou deprimido/a
4. Sentiu-se **a maior parte do tempo** tenso/a ou deprimido/a
5. Sentiu-se **sempre** tenso/a ou deprimido/a

Vitalidade

1. **Nunca** se sentiu estafado/a ou cansado/a ou sentiu-se **pouco tempo**
2. Sentiu-se **algum tempo** estafado/a ou cansado/a
3. Sentiu-se **bastante tempo** estafado/a ou cansado/a
4. Sentiu-se **a maior parte do tempo** estafado/a ou cansado/a
5. Sentiu-se **sempre** estafado/a ou cansado/a

Copyright © John Brazier — Sheffield Health Economics Group.

Copyright © Versão portuguesa, 2004 — Centro Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.