



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MARIA REIGOTA MIRANDA

***Classificação socioeconómica familiar em Medicina Geral e
Familiar.***

A comparação de dois modelos

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO

MAIO DE 2020

Classificação Socioeconómica Familiar em Medicina Geral e Familiar.

A comparação de dois modelos

MARIA REIGOTA MIRANDA (*,1)

LUIZ MIGUEL SANTIAGO (**,1)

(*) Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

(**) MD, PhD. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Clínica
Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade
de Coimbra.

¹CONCEÇÃO, ANÁLISE DE DADOS, ESCRITA DO TEXTO E REVISÃO CIENTÍFICA

Autor responsável:

Maria Reigota Miranda

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Azinhaga de Santa Comba, 3000-
548, Coimbra.

Email: mariareigota@gmail.com

Índice

Índice de tabelas.....	3
Índice de imagens.....	4
Lista de abreviaturas e siglas.....	5
Resumo	6
Abstract	7
Introdução.....	8
Métodos.....	10
Resultados.....	11
Discussão.....	18
Conclusão.....	20
Agradecimentos.....	21
Referências Bibliográficas	22
Anexo I – Questionário.....	24
Anexo II – Consentimento Informado	26
Anexo III – Termo de Responsabilidade.....	28
Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSCentro.....	29

Índice de tabelas

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo sexo, tipo de família e número de doenças.....	11
Tabela 2 – Estatística descritiva da idade e número de doenças.....	12
Tabela 3 – Distribuição por classe para o Índice de Graffar e Índice SEDI.....	13
Tabela 4 – Correlação de <i>Spearman</i> entre a classe de Graffar e a classe de SEDI.....	13
Tabela 5 – Correlação de <i>Pearson</i> entre o valor de Graffar e o valor de SEDI.....	14
Tabela 6 – Distribuição da classe de Graffar e da classe SEDI segundo o número de doenças.....	15
Tabela 7 – Distribuição da classe de Graffar e da classe SEDI segundo o tipo de família.....	16
Tabela 8 – Distribuição da classe de Graffar e a classe SEDI segundo grupo etário.....	17

Índice de figuras

Figura 1 - Gráfico de dispersão de pontos de *Spearman* entre o Graffar e o SEDI.....14

Lista de abreviaturas e siglas

CSP – Cuidados de Saúde Primários

MGF – Medicina Geral e Familiar

Graffar – Índice de Graffar

SEDI – Socioeconomic Deprivation Index

UCSP-Mira - Unidades de Saúde em Cuidados de Saúde Primários de Mira

USF-Topázio - Unidade de Saúde Familiar Topázio

Resumo

Introdução: A privação socioeconómica é um conceito mais amplo que pobreza, pois refere-se à ausência do essencial em determinado tempo e contexto. Os índices de privação socioeconómica fornecem informação da privação relativa a uma população, permitindo uma explicação para as diferenças de proporções de doenças e outros indicadores de saúde na população. A multimorbilidade é mais prevalente nas áreas de maior privação. O objetivo do estudo é correlacionar o modelo SEDI com o Teste de Graffar, associando, também, a multimorbilidade da população estudada.

Métodos: Realizou-se um estudo observacional transversal, em amostra quasi-aleatória, com base em questionário que continha o SEDI, o Índice de Graffar e alguns dados epidemiológicos. O questionário foi aplicado na UCSP-Mira e na USF-Topázio, após parecer ético e com o consentimento informado dos doentes. A análise dos dados foi descritiva e inferencial por testes não-paramétricos e paramétricos, com significância estatística definida para $p < 0,05$.

Resultados: Na população estudada a classe média baixa é a mais frequente, segundo o Índice de Graffar. A correlação entre a classe SEDI e a classe Graffar é $\rho = -0,626$, $p < 0,001$ e a correlação entre o valor SEDI e o valor Graffar é de $r = -0,631$, $p < 0,001$. Por número de doenças há diferenças significativas entre a classe de Graffar e a classe de SEDI, estando classes socioeconómicas mais baixas associadas a maior multimorbilidade. Por grupo etário há diferenças significativas, entre a classe de Graffar e a classe de SEDI, estando classes mais baixas associadas a grupo etário maior ou igual a 65 anos.

Discussão: Este é o primeiro estudo a comparar as duas escalas de classificação socioeconómica Índice de Graffar e SEDI, o que permitirá novas pesquisas epidemiológicas em MGF e até substituir o Índice de Graffar pelo SEDI, no registo informático dos Médicos de Família. É de realçar a necessidade de mais estudos epidemiológicos e que abranjam todo o território português, para melhor compreender a privação socioeconómica e a multimorbilidade.

Conclusão: O Índice de Graffar e o SEDI têm uma correlação moderada negativa, pelo que se houver maior adesão ao SEDI, deve haver substituição. A multimorbilidade é mais prevalente nas classes socioeconómicas mais baixas.

Palavras-chave: Índice de Graffar, SEDI, Privação Socioeconómica, Multimorbilidade.

Abstract

Introduction: Socioeconomic deprivation is a broader concept than poverty, as it refers to the absence of the essential during specific time frame and context. Socioeconomic deprivation indexes provide information on deprivation relative to a population, giving an explanation for the differences in disease proportions and other health indicators in the population. Multimorbidity is more prevalent in the most deprived areas. The aim of this study is to correlate SEDI model with Graffar test, also associating the multimorbidity of the population in study.

Methods: A cross-sectional observational study was carried out in an almost random sample, based on a questionnaire with SEDI model, Graffar test and some epidemiological data. It was applied at UCSP-Mira and at USF-Topázio, after an ethical opinion and with informed consent of the patients. Data analysis was descriptive and inferential, by non-parametric and parametric tests, with statistical significance set for $p < 0,05$.

Results: In the studied population, the lower middle class is the most frequent, according to the Graffar Index. The correlation between the SEDI class and the Graffar class is $\rho = -0.626$, $p < 0.001$ and the correlation between the SEDI value and the Graffar value is $r = -0.631$, $p < 0.001$. Concerning the number of diseases, there are significant differences between the Graffar class and the SEDI class, with lower socioeconomic classes associated with heavier multimorbidity. By age range, there are significant differences between the Graffar class and the SEDI class, with lower classes associated with an age range greater than, or equal to, 65 years.

Discussion: This is the first study to compare the two scales of socioeconomic classification Graffar Index and SEDI, which will allow new epidemiological research in Family Medicine, and even replace the Graffar Index by SEDI in the computers of Family Doctors. It is important to highlight the need for more epidemiological studies that cover the entire Portuguese territory, in order to better understand socioeconomic deprivation and multimorbidity.

Conclusion: The Graffar Index and SEDI have a moderate negative correlation, so if there is greater adherence to SEDI, it should be replaced. Multimorbidity is more prevalent in the lower socioeconomic classes.

Keywords: Graffar Index, SEDI, Socioeconomic Deprivation, Multimorbidity.

Introdução

Desigualdades na saúde são observadas em todo o mundo e, reduzi-las, tem sido uma prioridade para as autoridades nacionais e internacionais de saúde.(1) Estas desigualdades podem ser definidas como diferenças no estado de saúde de um indivíduo ou na distribuição de determinantes de saúde, entre diversos grupos populacionais.(2)

A privação socioeconómica está longe de ser um conceito consensual, mas a conceptualização mais aceite é a de que a privação é um conceito muito mais amplo que pobreza, uma vez que abrange mais do que os rendimentos; refere-se à ausência do essencial, que é específico para determinado período de tempo e contexto.(2) Privação é um estado relativo de desvantagem, observada ou demonstrada, relativamente à comunidade local, sociedade envolvente ou país, a que a pessoa, família ou grupo pertencem.(3)(4)

Os índices de privação socioeconómica são escalas que visam fornecer informação sobre as dificuldades e desvantagens socioeconómicas, através de um valor numérico.(5) São geralmente calculados para atingir objetivos gerais e específicos. O objetivo geral é descrever a privação relativa a uma população; enquanto os objetivos específicos podem considerar vários aspetos como questões económicas, sociais, de saúde ou políticas, tais como estudar a associação entre privação e o seu impacto na saúde. Esses resultados são muito relevantes, pois permitem orientar as intervenções de promoção e prevenção à saúde, com base nas características que definem os grupos de privação.(6)

Estudos de privação e saúde fornecem uma explicação socioeconómica para diferenças nas proporções de doenças, mortalidade, hospitalizações, estado de saúde mental e outros indicadores do estado de saúde.(7)

Nos países desenvolvidos, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) atendem cada vez mais doentes com multimorbilidade.(8) A multimorbilidade – prevalência de duas ou mais doenças crónicas - está estimada em 72,7% entre os adultos vistos em consultas de CSP.(9) A multimorbilidade é mais prevalente em áreas de maior privação.(10)

No âmbito da consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF) a avaliação socioeconómica das famílias pode realizar-se com recurso a vários modelos, de entre os quais: o Índice de Graffar (Graffar) (11) e o Socioeconomic Deprivation Index (SEDI).(2)

O objetivo deste estudo é correlacionar o modelo de classificação socioeconómica familiar SEDI com o Teste de Graffar. A nossa expectativa é de que exista uma boa

correlação entre ambos, estando a pior classificação associada a mais pesada multimorbilidade.

Métodos

Num estudo observacional transversal em amostra quasi-aleatória, foi aplicado um questionário que continha o Índice de Graffar, o SEDI e ainda dados epidemiológicos como idade, sexo, tipo de família (“Monoparental”, “Nuclear”, “Alargada”, “Reconstruída”, “Unitária”, “Outros tipos”) e “de quantas doenças sofre”. O questionário foi aplicado, em dias sorteados, 3 por semana, em 4 semanas consecutivas, em função das consultas agendadas, da Unidades de Saúde em Cuidados de Saúde Primários de Mira (UCSP-Mira) e Unidade de Saúde Familiar Topázio (USF-Topázio). O questionário foi preenchido pelo doente, exceto nos casos de manifesta dificuldade no preenchimento, em que os investigadores aplicaram o questionário.

O estudo ocorreu de acordo com as normas da Declaração de Helsínquia (12) e com aprovação da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro, tendo, para o efeito, todos os participantes dado o seu consentimento informado. Neste estudo a multimorbilidade foi definida como a presença de duas ou mais doenças crónicas num indivíduo.

Os dados foram analisados com recurso ao IBM® SPSS®, versão 24. Foi usada estatística descritiva para análise de dados: frequência para variáveis categóricas e média, mediana e desvio padrão para variáveis numéricas.

O coeficiente de correlação de postos de *Spearman* foi usado para avaliar a relação entre a classe de Graffar e a classe de SEDI.

O coeficiente de correlação de *Pearson* foi usado para avaliar a relação entre o valor de Graffar e o valor de SEDI.

O Teste de *Kruskal-Wallis* foi usado para avaliar diferenças entre a classe de Graffar e os diferentes grupos de número de doenças e os diferentes tipos de família e entre a classe de SEDI e os diferentes grupos de número de doenças e os diferentes tipos de família.

O teste *U de Mann-Whitney* foi usado para avaliar diferenças entre a classe de Graffar e os diferentes grupos etários e entre a classe de SEDI e os diferentes grupos etários.

Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. Valores de $\rho = 0,00$ a $0,19$ foram considerados com uma correlação muito fraca; $\rho = 0,20$ a $0,39$ foram considerados com uma correlação fraca; $\rho = 0,40$ a $0,69$ foram considerados com uma correlação moderada; $\rho = 0,70$ a $0,89$ foram considerados com uma correlação forte; $\rho = 0,90$ a $1,00$ foram considerados com uma correlação muito forte.

Resultados

Segundo a Tabela 1 foi estudada uma amostra, representativa da dimensão populacional, de 287 pessoas, sendo 115 homens (40,1%), a maioria da amostra, n=223 (76,7%), vivendo em família nuclear, alargada ou reconstruída, 82 pessoas referindo sofrer de menos que duas doenças (28,6%), 205 (71,4%) ter multimorbilidade, sendo mais frequente a referência a 4 ou 6 doenças para 88 pessoas (30,7%).

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo sexo, tipo de família e número de doenças

		n	%
Género	Masculino	115	40,1
	Feminino	172	59,9
	Total	287	100,0
Tipo de família	Monoparental	36	12,5
	Nuclear	186	64,8
	Alargada	29	10,1
	Reconstruída	8	2,8
	Unitária	28	9,8
	Total	287	100,0
Número de patologias auto-referidas	Até 2	82	28,6
	2 a 4	73	25,4
	4 a 6	88	30,7
	Igual ou maior a 7	44	15,3
	Total	287	100,0

Segundo a Tabela 2 as idades dos 287 doentes, estavam compreendidas entre os 17 anos e os 87 anos, com uma média de 56,5 anos±17,2 anos e mediana de 59 anos. O número médio de doenças era de 3,6±3,0 e mediana de 3.

Tabela 2 – Estatística descritiva da idade e número de doenças

	Idade	Número de doenças
n Válido	287	287
Média± Desvio Padrão	56,5±17,2	3,6±3,0
Mediana	59,0	3,0
Mínimo	17,0	0,0
Máximo	87,0	14,0

Relativamente à distribuição por classe para o Índice de Graffar, Tabela 3, a classe média baixa é a mais frequente, com 102 pessoas (35,5%). A classe baixa tem uma representação de 5 pessoas (1,7%). Quanto à classe para o SEDI, Tabela 3, na amostra havia 149 pessoas com classe SEDI média alta (51,9%) e 10 com classe SEDI baixa (3,5%).

Tabela 3 – Distribuição por classe para o Índice de Graffar e Índice SEDI

		n	%
Classe Graffar	Alta	26	9,1
	Média Alta	71	24,7
	Média	83	28,9
	Média Baixa	102	35,5
	Baixa	5	1,7
Classe SEDI segundo distribuição quartílica	Baixa	10	3,5
	Média baixa	51	17,8
	Média	77	26,8
	Média Alta	149	51,9

O coeficiente de correlação entre a classe SEDI e a classe Graffar é $\rho = -0,626$, $p < 0,001$ indicando uma correlação moderada negativa, Tabela 4. Quanto maior a classe Graffar, menor a classe SEDI.

O coeficiente de determinação ($\rho \times \rho \times 100$) é de 39,2%, significa que classe Graffar ajuda a explicar aproximadamente 39% da variação de resultados da classe de SEDI. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Tabela 4 – Correlação de *Spearman* entre a classe de Graffar e a classe de SEDI

		Classe Graffar	Classe SEDI
ρ de <i>Spearman</i>	Classe Graffar	Coeficiente de Correlação	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		n	287

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

O coeficiente de correlação de *Pearson* entre o valor SEDI e o valor Graffar é de $r=-0,631$, $p<0,001$, indicando uma correlação negativa moderada, Tabela 5. Quanto maior o valor de Graffar, menor o valor SEDI, sendo a distribuição de ambas as variáveis normal, pelo teste *Kolmogorov-Smirnov* ($p<0,001$).

O coeficiente de determinação ($r \times r \times 100$) é de 39,8%, significa que o valor Graffar ajuda a explicar aproximadamente 40% da variação de resultados do valor de SEDI. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Tabela 5 – Correlação de *Pearson* entre o valor de Graffar e o valor de SEDI

		Valor Graffar	Valor SEDI
r de Pearson	Valor Graffar	Coeficiente de Correlação	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		n	287

** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Como é observável pela inclinação da reta da Figura 1, o Graffar e o SEDI correlacionam-se de forma negativa; quando os valores de Graffar diminuem, os de SEDI aumentam.

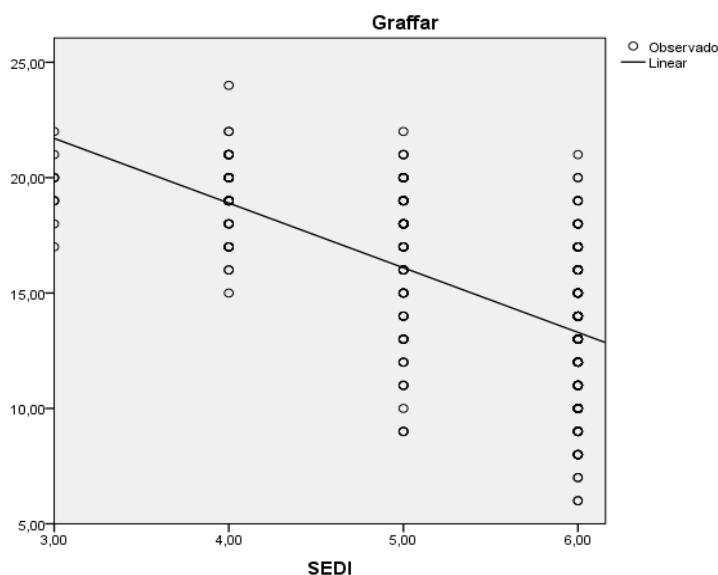


Figura 1 - Gráfico de dispersão de pontos de *Spearman* entre o Graffar e o SEDI

Como se pode observar na Tabela 6, como $p < 0,001$ no Teste *Kruskal-Wallis*, há diferenças significativas entre a classe de Graffar e a classe SEDI e o número de doenças, sendo que ao maior número de doenças estão associadas classes de Graffar e SEDI mais baixas.

Tabela 6 – Distribuição da classe de Graffar e da classe SEDI segundo o número de doenças

		Grupo número de doenças			
		Até 2 n (%)	2 a 4 n (%)	4 a 6 n (%)	Igual ou maior a 7 n (%)
Classe Graffar (*)	Alta	13 (50,0)	7 (26,9)	5 (19,2)	1 (3,8)
	Média Alta	34 (47,9)	18 (25,4)	13 (18,3)	6 (8,5)
	Média	22 (26,5)	22 (26,5)	21 (25,3)	18 (21,7)
	Média Baixa	13 (12,7)	24 (23,5)	46 (45,1)	19 (18,6)
	Baixa	0 (0,0)	2 (40,0)	3 (60,0)	0 (0,0)
Total		82 (28,6)	73 (25,4)	88 (30,7)	44 (15,3)
Classe SEDI (**)	Baixa	0 (0,0)	3 (30,0)	3 (30,0)	4 (40,0)
	Média Baixa	4 (7,8)	12 (23,5)	24 (47,1)	11 (21,6)
	Média	19 (24,7)	22 (28,6)	26 (33,8)	10 (13,0)
	Média Alta	59 (39,6)	36 (24,2)	35 (23,5)	19 (12,8)
Total		82 (28,6)	73 (25,4)	88 (30,7)	44 (15,3)

(*) e (**) $p < 0,001$ *Kruskal-Wallis*

A Tabela 7 mostra que como o $p > 0,05$, classe Graffar $p = 0,105$ e classe SEDI $p = 0,220$, não há diferenças estatisticamente significativas entre a classe de Graffar e classe SEDI e o tipo de família.

Tabela 7 – Distribuição da classe de Graffar e da classe SEDI segundo o tipo de família

		Tipo de Família				
		Monoparental n (%)	Nuclear n (%)	Alargada n (%)	Reconstruída n (%)	Unitária n (%)
Classe Graffar (*)	Alta	2 (7,7)	17 (64,5)	5 (19,2)	0 (0)	2 (7,7)
	Média Alta	5 (7,0)	49 (69,0)	8 (11,3)	3 (4,2)	6 (8,5)
	Média	12 (14,5)	59 (71,1)	7 (8,4)	2 (2,4)	3 (3,6)
	Média Baixa	17 (16,7)	57 (55,9)	8 (7,8)	3 (2,9)	17 (16,7)
	Baixa	0 (0,0)	4 (80,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total		36 (12,5)	186 (64,8)	29 (10,1)	8 (2,8)	28 (9,8)
Classe SEDI (**)	Baixa	0 (0,0)	5 (50,0)	1 (10,0)	1 (10,0)	3 (30,0)
	Média Baixa	7 (13,7)	30 (58,8)	7 (13,7)	2 (3,9)	5 (9,8)
	Média	14 (18,2)	49 (63,6)	3 (3,9)	3 (3,9)	8 (10,4)
	Média Alta	15 (10,1)	102 (68,5)	18 (12,1)	2 (1,3)	12 (8,1)
Total		36 (12,5)	186 (64,8)	29 (10,1)	8 (2,8)	28 (9,8)

(*) $p < 0,105$ (**) $p < 0,220$ **Kruskal-Wallis**

De acordo com a Tabela 8, como $p < 0,05$, classe Graffar $p < 0,001$ e classe SEDI $p < 0,001$, existem diferenças significativas entre a classe Graffar e a classe de SEDI e o grupo etário até aos 65 anos e o grupo etário igual ou maior que 65 anos.

Tabela 8 – Distribuição da classe de Graffar e a classe SEDI segundo etário

		Grupo Etário		Total n (%)
		Até aos 65 anos n (%)	Igual ou maior a 65 anos n (%)	
Classe Graffar (*)	Alta	23 (88,5)	3 (11,5)	26 (100,0)
	Média Alta	60 (84,5)	11 (15,5)	71 (100,0)
	Média	59 (71,1)	24 (28,9)	83 (100,0)
	Média Baixa	34 (33,3)	68 (66,7)	102 (100,0)
	Baixa	2 (40,0)	3 (60,0)	5 (100,0)
Total		178 (62,0)	109 (38,0)	287 (100,0)
Classe SEDI (**)	Baixa	2 (20,0)	8 (80,0)	10 (100,0)
	Média baixa	18 (35,3)	33 (64,7)	51 (100,0)
	Média	38 (49,4)	39 (50,6)	77 (100,0)
	Média Alta	120 (80,5)	29 (19,5)	149 (100,0)
Total		178 (62,0)	109 (38,0)	287 (100,0)

(*) e (**) $p < 0,001$ *U de Mann-Whitney*

Discussão

O nosso estudo é o primeiro a comparar as duas escalas de classificação socioeconómica Índice de Graffar e SEDI, na mesma amostra de população e a relacionar ambas as escalas com multimorbilidade nos CSP.

Os resultados deste estudo permitirão novas pesquisas epidemiológicas em MGF e, eventualmente, substituir o Índice de Graffar pelo SEDI, no registo informático dos Médicos de Família, tornando mais rápido e aumentando a adesão ao preenchimento, uma vez que apresentam uma correlação moderada, tanto em valor absoluto, como em classe.

A prevalência de multimorbilidade no nosso estudo, 71,4%, foi semelhante à encontrada em CSP em Portugal continental.(13) A multimorbilidade, hoje em dia, nos países desenvolvidos, tornou-se a regra e não a exceção.(14)

Segundo o estudo de Violan et al. (2014), a identificação dos principais determinantes da multimorbilidade é um pré-requisito para o desenvolvimento de estratégias eficazes na identificação precoce de doentes em risco e prevenção de futuras doenças.(15) Revela-se, um assunto de extrema importância, conhecer a prevalência de multimorbilidade e quais as doenças que mais frequentemente estão associadas, para otimizar a organização e a prestação de cuidados de saúde. Tendo em conta que a multimorbilidade aumenta o risco de morte prematura,(16) hospitalizações, dependência para as atividades diárias, depressão e polifarmacoterapia, traduz-se num gasto económico substancial para os sistemas de saúde.(17)

Assim, como era expectável, a associação entre multimorbilidade e privação socioeconómica foi encontrada,(18)(17) sendo nos grupos com classes de SEDI ou Graffar Média-Baixa e Baixa que se encontra concentrada a maior proporção de multimorbilidade.(14) De acordo com O'Brien et al. (2014),(19) a prevalência de multimorbilidade é muito maior em áreas de grande privação socioeconómica, sendo que nestas áreas a multimorbilidade se manifesta cerca de 10 a 15 anos mais cedo.

Ao contrário do que esperávamos, não se mostrou significativa a relação entre o tipo de família e a classe socioeconómica, sendo que o facto de um doente viver em família unitária ou monoparental não influencia significativamente a sua privação socioeconómica, podendo ser sinónimo de exercício de independência e autonomia, boa inserção social e facilidade na aquisição de serviços e bens.(18)

De acordo com Kontopantelis et al. (2018),(4) a riqueza das famílias varia de acordo com a idade, aumentando linearmente até à faixa etária dos 55 a 64 anos, começando a decrescer após os 65 anos, tal como é possível observar no nosso estudo, em que

existem diferenças significativas entre a classe de Graffar e a classe de SEDI e o grupo etário até aos 65 anos ou maior ou igual a 65 anos.

Embora tenhamos uma amostra significativa, esta foi obtida em apenas duas Unidades de Saúde, não tendo boa representação geográfica de todo o território Português.

Estudos futuros, utilizando dados sociodemográficos presentes nas bases de dados das Administrações Regionais de Saúde de todo o país, quando estas contemplarem a classificação socioeconómica de todos os seus doentes, poderão ajudar a melhor compreender a relação entre privação socioeconómica e a multimorbilidade, uma vez que os estudos em multimorbilidade nos CSP já existem.(13)

Conclusão

As duas escalas de classificação socioeconómica familiar correlacionam-se de forma moderada, tanto em valor, como em classe. A importância desta informação poderá refletir-se na substituição do Índice de Graffar pelo SEDI nos sistemas informáticos dos Médicos de Família, aumentando a adesão ao preenchimento e a percentagem de doentes que tem este registo efetuado, orientando desta forma as intervenções para a promoção da saúde e prevenção da doença nos grupos de maior privação. Quanto à multimorbidade verificou-se uma maior prevalência nas classes socioeconómicas mais baixas, tanto para o Índice de Graffar como para o SEDI.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, por ter aceitado o meu pedido para orientar este trabalho, por todo o empenho, disponibilidade e apoio.

Aos meus pais, ao meu irmão e a todos os meus familiares, por estarem sempre presentes.

A toda a equipa da UCSP-Mira por terem acompanhado o meu crescimento e ajuda ímpar neste trabalho.

A todos os meus amigos, sem os quais o meu percurso académico não seria possível.

Referências Bibliográficas

1. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet* [Internet]. 2012;380(9846):1011–29. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8)
2. Ribeiro AI, Mayer A, Miranda A, Pina MDF De. The portuguese version of the european deprivation index: An instrument to study health inequalities. *Acta Med Port*. 2017;30(1):17–25.
3. Townsendj P. Deprivation. *Health Visit*. 1972;45(8):223–4.
4. Kontopantelis E, Mamas MA, Van Marwijk H, Buchan I, Ryan AM, Doran T. Increasing socioeconomic gap between the young and old: Temporal trends in health and overall deprivation in England by age, sex, urbanity and ethnicity, 2004-2015. *J Epidemiol Community Health*. 2018;72(7):636–44.
5. Ribeiro AI, Launay L, Guillaume E, Launoy G, Barros H. The Portuguese version of the European deprivation index: Development and association with all-cause mortality. *PLoS One*. 2018;13(12):1–13.
6. Lillini R, Vercelli M. The local Socio-Economic Health Deprivation Index: methods and results. *J Prev Med Hyg*. 2018;59(4):E3–10.
7. Fu M, Exeter DJ, Anderson A. The politics of relative deprivation: A transdisciplinary social justice perspective. *Soc Sci Med* [Internet]. 2015;133:223–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.024>
8. Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: A retrospective cohort study. *Br J Gen Pract*. 2011;
9. Prazeres F, Santiago L. Measuring multimorbidity in family practice — A comparison of two methods. *Fam Pract*. 2018;
10. Lawson KD, Mercer SW, Wyke S, Grieve E, Guthrie B, Watt GC, et al. Double trouble: The impact of multimorbidity and deprivation on preference-weighted health related quality of life a cross sectional analysis of the Scottish Health Survey. *Int J Equity Health*. 2013;12(1):1–9.
11. Mendoza-Pinto C, Méndez-Martínez S, Soto-Santillán P, Galindo Herrera J, Pérez-Contreras I, Macías-Díaz S, et al. Socioeconomic status and organ damage in Mexican systemic lupus erythematosus women. *Lupus*. 2015;24(11):1227–32.

12. World Medical Association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2013.
13. Prazeres F, Santiago L. Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: A cross-sectional study. *BMJ Open*. 2015;
14. Mercer SW, Zhou Y, Humphris GM, McConnachie A, Bakhshi A, Bikker A, et al. Multimorbidity and socioeconomic deprivation in primary care consultations. *Ann Fam Med*. 2018;
15. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: A systematic review of observational studies. *PLoS One*. 2014;9(7):3–11.
16. Foster HME, Celis-Morales CA, Nicholl BI, Petermann-Rocha F, Pell JP, Gill JMR, et al. The effect of socioeconomic deprivation on the association between an extended measurement of unhealthy lifestyle factors and health outcomes: a prospective analysis of the UK Biobank cohort. *Lancet Public Heal* [Internet]. 2018;3(12):e576–85. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30200-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30200-7)
17. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet* [Internet]. 2012;380(9836):37–43. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
18. Caniço HP. Os Novos Tipos de Família e Novo Método de Avaliação em Saúde da Pessoa - APGAR Saudável [Internet]. Vol. I. University of Coimbra; 2014. Available from: <http://hdl.handle.net/10316/25995>
19. O'Brien R, Wyke S, Watt GGCM, Guthrie B, Mercer SW. The 'Everyday Work' of Living with Multimorbidity in Socioeconomically Deprived Areas of Scotland. *J Comorbidity*. 2014;4(1):1–10.

Anexos

Anexo I – Questionário

Idade	
Sexo feminino	
Sexo masculino	
Tipo de família	
<i>Monoparental: progenitor e filho(s).</i>	
<i>Nuclear: pais e filhos.</i>	
<i>Alargada: pais, filho(s) e mais familiares na mesma casa.</i>	
<i>Reconstruída: nova família com filho(s) adotados ou novo casamento ou união.</i>	
<i>Unitária: uma só pessoa.</i>	
De quantas doenças sofre?	

Teste de Graffard Segundo a profissão e instrução de nível mais elevado na família.

Profissão		
1º grau	Diretores de bancos, diretores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.	
2º grau	Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdiretores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.	
3º grau	Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obra.	
4º grau	Operários especializados com ensino primário completo (ex.: motoristas, polícias, cozinheiros, etc.).	
5º grau	Trabalhadores manuais ou operários não especializados (ex.: jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc.).	
Nível de instrução		
1º grau	Ensino universitário ou equivalente (12 ou mais anos de estudo). Por exemplo, catedráticos e assistentes, doutores ou licenciados, títulos universitários ou de escolas superiores ou especiais, diplomados, economistas, notários, juízes, magistrados, agentes do Ministério Público, militares da Academia.	
2º grau	Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo). Por exemplo, técnicos e peritos.	
3º grau	Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo). Por exemplo, indivíduos com cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa-patente ou sem Academia.	
4º grau	Ensino primário completo (6 anos de estudo).	
5º grau	Ensino primário incompleto (com um ou dois anos de escola primária, que sabem ler) ou nulo (analfabetos).	
Fontes de rendimento familiar:		
1º grau	A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida (ex.: pessoas que vivem de rendimentos, proprietários de grandes indústrias ou grandes estabelecimentos comerciais).	
2º grau	Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc. (ex.: encarregados e gerentes, lugares com adição de rendimentos igual aos encarregados e gerentes, representantes de grandes firmas comerciais, profissões liberais com grandes vencimentos).	
3º grau	Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário (ex.: empregados de Estado, Governos Cívicos ou Câmaras Municipais, oficiais	

	de primeira, subgerentes ou cargos de responsabilidade em grandes empresas, profissionais liberais de médio rendimento, caixeiros-viajantes).	
4º grau	Os rendimentos resultam de salários, ou seja, remuneração por semana, por jorna, por horas ou à tarefa (ex.: operários, empregados de comércio e escriturários).	
5º grau	O indivíduo ou a família são sustentados pela beneficência pública ou privada (ex.: indivíduos sem rendimentos). Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.	
Conforto do alojamento		
1º grau	Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moderadores o máximo conforto.	
2º grau	Casas ou andares que, sem serem tão luxuosos como os da categoria precedente, são, não obstante, espaçosas e confortáveis.	
3º grau	Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho.	
4º grau	Categoria intermédia entre 3 e 5.	
5º grau	Alojamentos impróprios para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.	
Aspetto do bairro onde habita		
1º grau	Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.	
2º grau	Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.	
3º grau	Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspeto geral menos confortável.	
4º grau	Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminhos de ferro, etc.	
5º grau	Bairros de lata.	

SEDI

Agregado familiar:

<i>Grau</i>	<i>Condição</i>	<i>Opção</i>
<i>Grau 1</i>	<i>Mora só.</i>	
<i>Grau 2</i>	<i>Mora acompanhado.</i>	
<i>Para maiores de 64 anos:</i>		
<i>Grau 1</i>	<i>Instrução até à 4ª classe.</i>	
<i>Grau 2</i>	<i>Instrução igual ou maior que a 4ª classe.</i>	
<i>Para menores de 63 anos:</i>		
<i>Grau 1</i>	<i>Instrução até à 6ª classe.</i>	
<i>Grau 2</i>	<i>Instrução igual ou maior que a 6ª classe.</i>	
<i>Para reformados:</i>		
<i>Grau 1</i>	<i>Ganha mensalmente até ao salário mínimo nacional.</i>	
<i>Grau 2</i>	<i>Ganha mensalmente igual ou superior ao salário mínimo nacional.</i>	
<i>Para os ativos:</i>		
<i>Grau 1</i>	<i>Ganha mensalmente até ao salário mínimo nacional.</i>	
<i>Grau 2</i>	<i>Ganha mensalmente igual ou superior ao salário mínimo nacional.</i>	

Classificação socioeconómica familiar em Medicina Geral e Familiar. A comparação de dois modelos.

“Este questionário destina-se à realização de um estudo no âmbito de Tese Académica na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra para comparar duas escalas de avaliação de classificação socioeconómica familiar, para o âmbito da Medicina Geral e Familiar.

O que lhe vamos perguntar tem a ver com a sua profissão, o seu nível de instrução, as fontes do seu rendimento familiar, o conforto do seu alojamento, o aspeto do bairro onde habita, quem é o seu agregado familiar.

Ninguém saberá quem respondeu nem como respondeu pois não fica identificada(o).

A sua participação é totalmente voluntária, podendo interromper a realização do inquérito a qualquer momento.

Os dados obtidos são completamente confidenciais e serão utilizados unicamente com o propósito de análise das variáveis deste estudo. A entrega do questionário preenchido ao investigador pressupõe o consentimento para que as suas respostas sejam alvo de tratamento estatístico neste estudo.

Li e aceito participar tendo sido informada(o) acerca das minhas dúvidas.

_____, __/__/____

Assinatura da investigadora

_____, __/__/____

_____”

Consentimento de análise de dados pessoais anónimos em base de dados.

“Este questionário destina-se à realização de um estudo no âmbito de Tese Académica na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra para comparar duas escalas de avaliação de privação socioeconómica familiar, no âmbito da consulta de Medicina Geral e Familiar.

O que lhe vamos perguntar tem a ver com a sua classificação socioeconómica familiar, nomeadamente a sua profissão, o seu nível de instrução, as fontes do seu rendimento familiar, o conforto do seu alojamento, o aspeto do bairro onde habita, quem é o seu agregado familiar.

Ninguém saberá quem respondeu nem como respondeu pois não fica identificada(o).

A sua participação é totalmente voluntária, podendo interromper a realização do inquérito a qualquer momento.

Os dados obtidos serão objeto de tratamento estatístico após terem sido colocados em base de dados.

Mesmo que não seja sabido quem respondeu nem como respondeu, mesmo que apenas estejam na base de dados as respostas obtidas nos questionários, solicitamos o seu acordo a que possa ser feita análise estatística de tal base onde todos os dados registados se encontram sem a mínima hipótese de conhecimento de quem respondeu ou de como respondeu.

Li e aceito participar tendo sido informada(o) acerca das minhas dúvidas.

_____, __/__/____

Assinatura da investigadora

_____, __/__/____

_____”

Termo de Responsabilidade:

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação e que protesto juntar relatório final a esta Comissão de Ética, nomeadamente e efeitos adversos graves que ocorram no decurso da investigação.

Data:

27 de outubro de 2019

O investigador responsável:

Maria Reigota Miranda



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: POSITIVO	DESPACHO: <i>Humildade</i> <i>12/12/2019</i> Conselho Diretivo A.R.S. do Centro, I.P.
-------------------------	---

ASSUNTO:

Parecer sobre o Projeto 118/2019 – “Classificação socioeconómica familiar em Medicina Geral e Familiar: a comparação de dois modelos.”

Rosa Reis Marques
Dr.ª Rosa Reis Marques

João Rodrigues
Dr. João Rodrigues
Vice-Presidente

Luís Militão Coimbra
Dr. Luís Militão Coimbra
Vogal

Mário Ruivo
Dr. Mário Ruivo
Vogal

Este projeto é apresentado por Maria Reigota Miranda, estudante do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e por Luiz Miguel Santiago, Professor Associado com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Incide no conceito de privação socioeconómica, agregando as dificuldades e as desvantagens socioeconómicas das famílias, normalmente através de dois modelos distintos: o teste de Graffar e o indicador SEDI (Socioeconomic Deprivation Index).

O objetivo do presente projeto é comparar ambos os índices. De uma forma aleatória, pretendem os autores recrutar uma amostra de, pelo menos, 150 pessoas em unidades de cuidados de saúde primários do ACeS Baixo Mondego e aplicar um questionário com ambos os índices e alguns dados sociodemográficos e de saúde. Relativamente ao questionário, aconselha-se os autores que façam uma revisão linguística do questionário que pretendem aplicar

Coimbra, 10 de dezembro de 2019

O Relator: Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

P. Lopes Ferreira

O Presidente da CES: Prof. Doutor Fontes Ribeiro

Fontes Ribeiro