



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

RUI MANUEL MATOS SOARES CERQUEIRA

***A influência do nível socioeconómico dos doentes no controlo
da diabetes***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

HUMBERTO MANUEL NEVES VITORINO

JOSÉ AUGUSTO RODRIGO SIMÕES

JANEIRO 2017

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**A influência do nível socioeconómico dos doentes no
controlo da Diabetes**

Rui Manuel Matos Soares Cerqueira
(ruicer12@hotmail.com)

Trabalho orientado por:
Dr. Humberto Vitorino
Professor Doutor José Augusto Simões

ÍNDICE

Resumo	3
Abstract	4
Introdução	5
Materiais e Métodos	7
Resultados	9
Discussão	13
Conclusão	15
Agradecimentos	16
Referências Bibliográficas	17
Anexos	19

Resumo

A *diabetes mellitus* é uma doença metabólica com elevada prevalência e distribuição global que tem vindo a aumentar rapidamente nos países industrializados. O seu correto controlo exige informação e dedicação, especialmente a nível dos estilos de vida e da terapêutica. O baixo nível socioeconómico está associado a uma maior prevalência de diabetes e suas complicações e a um pior controlo glicémico. Com base nesta informação realizou-se este estudo a fim de verificar se o mesmo se confirma para a nossa população alvo.

Com recurso a um questionário criado para o efeito inquiriu-se informações sociodemográficas, sobre a diabetes e sobre o nível socioeconómico através do índice de Graffar. Este questionário foi aplicado a diabéticos tipo II utentes da USF Cruz de Celas e USF Marquês de Marialva. Com os dados colhidos foi criada uma base de dados e feito o devido estudo descritivo e inferencial.

Verificou-se que mais de metade dos diabéticos têm a sua doença controlada e objectivou-se uma diferença significativa dos valores de HbA1c entre a classe alta e a classe baixa, sendo que estes apresentam valores superiores.

Os resultados obtidos relativos às diferenças entre classes socioeconómicas opostas foram concordantes com outros estudos realizados e observou-se um melhor controlo da diabetes de toda a amostra face a outros estudos. Observou-se que o método de avaliação do nível socioeconómico provavelmente encontra-se desatualizado face à realidade atual. Mais medidas devem ser implementadas para minorar estas desigualdades sociais em termos de saúde e impõe-se uma revisão ao índice de Graffar para um melhor estudo das populações.

Palavras-chave: Diabetes, nível socioeconómico, Graffar, hemoglobina glicada

Abstract

Diabetes mellitus is a metabolic disease with a high prevalence and global distribution that has been increasing rapidly in the industrialized countries. Its correct control requires information and dedication, especially in terms of lifestyles and therapy. Low socioeconomic status is associated with a higher prevalence of diabetes and its complications and with worse glycemic control. This study has been carried out to verify if it is confirmed for our target population. Using a questionnaire created for this purpose, sociodemographic, diabetes and socio-economic information has been asked. This questionnaire has been applied to type II diabetic patients from USF Cruz de Celas and USF Marquês de Marialva. A database has been created and the respective descriptive and inferential statistics were performed.

It was found that more than half of the diabetics have their disease controlled and a significant difference has been observed in the HbA1c values between the upper and lower classes, the fact being that the lower class has presented higher values. The obtained results regarding the differences between opposite socioeconomic classes were in agreement with other conducted studies and a better control of diabetes of the whole sample has been observed in view of other studies. It has been observed that the method of assessing the socioeconomic level is probably out of date in current reality. Further measures must be implemented to lessen these social inequalities in terms of health and a review of the Graffar Index is required for a better study of populations.

Keywords: Diabetes, socioeconomic status, Graffar, glycated haemoglobin

Introdução

A *diabetes mellitus* é uma doença metabólica caracterizada por níveis de glicemia cronicamente elevados e alterações do metabolismo das proteínas, lípidos e glúcidos, resultante de uma deficiente secreção de insulina, relativa ou absoluta, a que se pode associar graus variáveis de insulinoresistência. Conhecem-se alguns fatores de risco bem definidos como o índice de massa corporal (IMC), sedentarismo e dietas desequilibradas(1). É uma doença crónica de elevada prevalência e distribuição global, que tem vindo a aumentar rapidamente nas últimas décadas nos países industrializados(2). Esta doença afeta cerca de 8.3% (25.8 milhões) da população dos Estados Unidos da América(3), em Portugal a sua prevalência era de 6.5% em 2006 e estima-se que esta tenda a aumentar(4); sendo a sexta causa de morte entre os Americanos(5) e representando 4.4% das mortes em Portugal(4) é também responsável por uma elevada morbilidade e redução da qualidade de vida(5); a doença cardíaca é a primeira causa de morte nestes doentes, estimando-se que seja duas a quarto vezes superior à restante população(6). Comparativamente a outros países europeus Portugal apresenta elevadas taxas de prevalência e de mortalidade(4). A sua terapêutica, por vezes complexa, exige dos seus portadores, informação, dedicação e motivação para um controlo bem sucedido. Esse controlo deve incidir para além da correta adesão à terapêutica, na adoção de estilos de vida saudáveis como a alimentação e a prática de exercício físico(7); práticas que requerem informação, capacidade económica e disponibilidade. Determinadas prioridades de vida, como fatores socioeconómicos e familiares podem competir e servir de barreira ao correto controlo da diabetes(8). O baixo nível socioeconómico está associado a uma maior prevalência da diabetes e a um maior risco de complicações(3,7,9,10). Foi observado que a pobreza está associada a um mau controlo glicémico e que baixos níveis de

escolaridade se associam a piores comportamentos alimentares(7), com aumento do consumo de alimentos baratos, altamente calóricos e processados(11).

Face à atual crise económica e ao aumento das desigualdades sociais é possível que os grupos populacionais de classe socioeconómica mais baixa comprometam a sua *compliance* à terapêutica da diabetes. Perante esta premissa pretende-se com este trabalho estabelecer uma correlação entre o nível socioeconómico dos doentes diabéticos e o controlo adequado desta doença. Procurar fatores associados ao nível socioeconómico que possam influenciar positiva ou negativamente o controlo da diabetes. Verificar se os resultados encontrados em outros estudos serão válidos para a nossa população alvo, e procurar fragilidades passíveis de correção para uma otimização do controlo da doença em diferentes grupos socioeconómicos.

Materiais e Métodos

A amostra deste estudo é constituída por diabéticos do tipo II utentes da USF Cruz de Celas e da USF Marquês de Marialva escolhidos aleatoriamente que aceitaram responder ao questionário elaborado para este estudo durante os meses de novembro e dezembro de 2016 e janeiro de 2017 com o consentimento e aprovação da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro (Anexo I). Os participantes foram esclarecidos acerca da natureza voluntária da participação e do propósito do estudo, tendo sido também assegurados a confidencialidade e o anonimato das respostas. Todos os participantes assinaram o consentimento informado relativo ao estudo. A entrega e preenchimento dos inquéritos foi feito pessoalmente sob a forma de entrevista aos doentes.

O questionário criado (Anexo II) foi dividido em 3 partes, uma sociodemográfica do paciente em que se inquiriu o sexo, a idade e o estado civil; outra referente à diabetes, em que se inquiriu a idade do diagnóstico, o tipo de terapêutica e o último valor de HbA1c em que se considerou diabetes controlada valores inferiores a 7% e mal controlada iguais ou superiores a 7%; e outra referente ao nível socioeconómico em que se utilizou o índice de Graffar adaptado por Amaro (1990) que permite escalonar os doentes em 5 diferentes classes socioeconómicas (Alta, Média Alta, Média, Média Baixa e Baixa) com base em 5 critérios: profissão, escolaridade, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e localização do alojamento.

Com os dados recolhidos foi criada uma base de dados informatizada e aplicados métodos de estatística descritiva e inferencial com recurso ao software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 24.

As variáveis em estudo foram caracterizadas através de frequências absolutas e relativas (variáveis qualitativas) e da média, mediana, variância e do desvio-padrão

(variáveis quantitativas). Após a pesquisa da normalidade dos dados pelo P-P Plot que não se verificou, foram utilizados testes não paramétricos e definiu-se como estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

Resultados

A amostra foi constituída por 109 diabéticos tipo II, utentes da USF Cruz de Celas e USF Marquês de Marialva, dos quais 59 (54,1%) eram homens e 50 (45,9%) eram mulheres. A média de idades é de 71,85 anos com um mínimo de 47 anos e um máximo de 94 anos, sendo a faixa etária dos 71-80 anos a mais significativa (36,7%) (Tabela 1).

Relativamente ao estado civil verifica-se uma maior frequência do grupo casado(a) (66,1%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos inquiridos

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	59	54,1
Feminino	50	45,9
Idade		
≤50	2	1,8
51-60	12	11,0
61-70	33	30,3
71-80	40	36,7
>80	22	20,2
$\bar{x}=71,85$ $\chi_{\min}=47$ $\chi_{\max}=94$		
Estado civil		
Solteiro(a)	8	7,3
Casado(a)	72	66,1
Divorciado(a)	11	10,1
Viúvo(a)	18	16,5

No que concerne à diabetes, 45,9% da amostra tem o diagnóstico feito à menos de 6 anos (≤ 5), a maioria (57,8%) tem a diabetes controlada (Tabela 2), ou seja, tem um valor de HbA1c inferior a 7%. Em termos de terapêutica 71,6% estão medicados apenas com antidiabéticos orais.

Tabela 2 – Características referentes à diabetes

Variável	n	%
HbA1c		
<7	63	57,8
≥7	46	44,2
$\bar{x}=6,94$ $\chi_{\min}=5,3$ $\chi_{\max}=10,3$		
Idade do diagnóstico		
≤5	50	45,9
6-10	17	15,6
11-15	25	22,9
>15	17	15,6
$\bar{x}=8,39$ $\chi_{\min}=0,16$ $\chi_{\max}=43$		
Terapêutica		
Oral	78	71,6
Insulina	7	6,4
Ambos	24	22,0

Relativamente ao nível socioeconómico, com a análise do índice de Graffar verificou-se que o nível mais comum é o médio baixo, relativo à Classe IV (57,8%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Frequência da amostra por nível socioeconómico

Variável	n	%
Nível socioeconómico		
Classe I	5	4,6
Classe II	13	11,9
Classe III	21	19,3
Classe IV	63	57,8
Classe V	7	6,4

Com o objetivo de verificar diferenças de controlo da diabetes com recurso à última análise de HbA1c entre as diferentes classes socioeconómicas foi efetuado um estudo correlacional em que se observou significância estatística entre as medianas da Classe I e a Classe V ($p=0,03$) (Tabela 4) o que nos permite afirmar que o controlo da diabetes na classe baixa é significativamente inferior face à classe alta.

Tabela 4 – Correlação entre as medianas de HbA1c das Classes I e V do nível socioeconómico

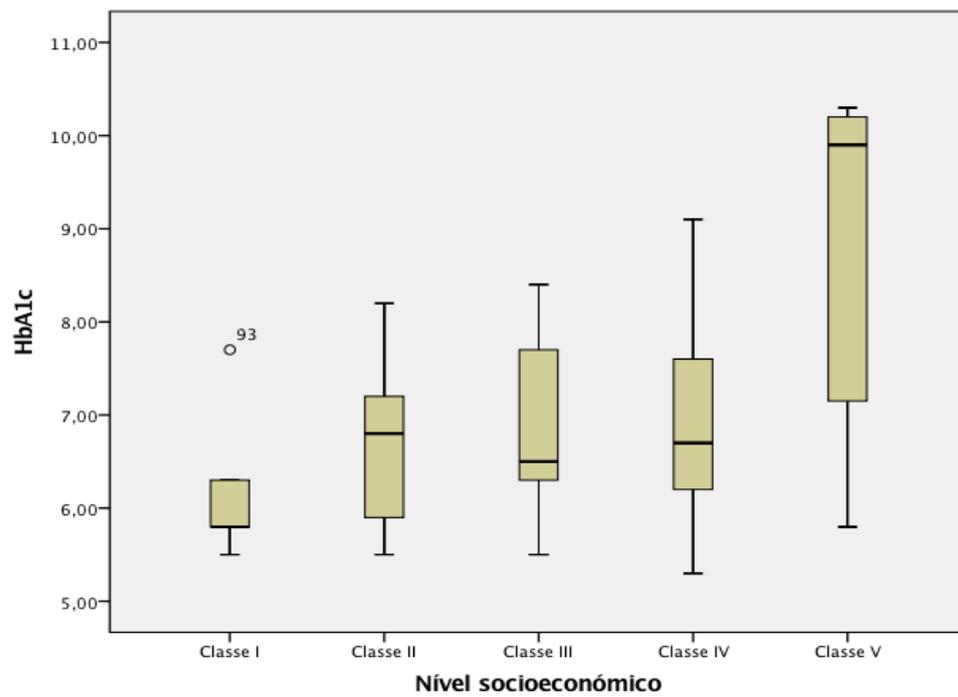
Nível socioeconómico		n	Posto médio	Soma de Posto
HbA1c	Classe I	5	3,80	19,00
	Classe V	7	8,43	59,00
	Total	12		
Estatísticas de teste				
			HbA1c	
U de Mann-whitney			4,000	
Wilcoxon W			19,000	
Z			-2,212	
Significância Assint. (Bilateral)			0,027	
Sig exata [2*(Sig. De unilateral)]			0,030	

Relativamente às classes intermédias (II, III e IV) o mesmo não se observou, no entanto é possível verificar uma tendência dos valores médios de HbA1c aumentarem das classes socioeconómicas mais altas para as mais desfavorecidas (Tabela 6) (Gráfico I).

Tabela 6 – Valores de HbA1c por nível socioeconómico

		HbA1c					
		<7	≥7	$\bar{\chi}$	σ	Amplitude	Variância
Nível socioeconómico	Classe I	4	1	6,2200	0,87579	2,20	0,767
	Classe II	7	6	6,7462	0,84025	2,70	0,706
	Classe III	13	8	6,8095	0,90327	2,90	0,816
	Classe IV	37	26	6,9032	0,91404	3,80	0,835
	Classe V	2	5	8,6714	1,95082	4,50	3,806
Total		63	46	6,9486	1,08437	5,00	1,176

Gráfico I – Distribuição de valores absolutos de HbA1c por nível socioeconómico



Discussão

Neste estudo podemos constatar que na população alvo a diabetes está melhor controlada (57,8%) comparativamente a uma população afro-americana em que 39,2% das mulheres e 35,8% dos homens estão controlados utilizando o mesmo critério e valor de controlo (5) e na Suécia em que menos de metade estão controlados (2). Nesta amostra obteve-se uma proporção maior de homens diabéticos relativamente às mulheres, que se assemelha a valores epidemiológicos apresentados por um estudo escocês(3) e outro sueco(2), o oposto verifica-se na população afro-americana em que as mulheres apresentam uma maior prevalência de diabetes e pior controlo associado a uma menor escolaridade (5).

Foi possível verificar-se uma diferença significativa do controlo da diabetes entre as classes socioeconómicas extremas demonstrando que este fator tem influência na diabetes, no entanto as diferenças entre as classes intermédias que representam 89% da amostra foi menos significativa. Esta menor diferença entre classes relativamente ao espectável pode dever-se em parte ao método de avaliação do nível socioeconómico (índice de Graffar) que apesar de ser o mais utilizado pela classe médica por ausência de outros métodos práticos e validados pode encontrar-se desatualizado face à atual realidade da nossa sociedade. Podemos observar neste estudo que a classe baixa representa apenas 6,4% da amostra que, quando comparado com os resultados do inquérito às condições de vida e rendimento realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) é bastante inferior aos 19% da população portuguesa que se encontra em risco de pobreza em 2015 (12). Esta mesma entidade verificou que a região centro é a segunda região do país com um rendimento disponível bruto das famílias *per capita* mais baixo com um valor de 10.151,00 € anuais face aos 11.262,00 € da média portuguesa (13). Sabemos também que as

classes socioeconômicas mais baixas estão associadas a uma maior incidência e prevalência de diabetes tipo II nos países ocidentais (1,7) o que faria prever uma maior representatividade das classes mais baixas nesta amostra.

Alguns critérios do índice de Graffar podem mascarar a realidade e assim enviesar a pirâmide socioeconômica. Relativamente à habitação, casos de realojamento em habitações sociais com boas condições acabam por sobrestimar o nível socioeconômico familiar. A implementação da escolaridade obrigatória, agora referente ao 12º ano e a consequente diminuição do analfabetismo são fatores que também motivam uma revisão da classificação. As fontes de rendimento familiar muitas vezes sobrepõem-se, pois pequenas empresas auferem lucros muitas vezes inferiores a assalariados; para uma melhor caracterização deste fator seria mais fidedigno e relativamente simples escalonar as famílias pelos rendimentos anuais por indivíduo.

Conclusão

No presente trabalho pretendeu-se estudar a influência do nível socioeconómico dos doentes no controlo da diabetes. Podemos verificar que de uma forma geral a população alvo tem a diabetes bem controlada com 57,8% da amostra a apresentar valores de HbA1c inferiores a 7%. O nível socioeconómico mostrou-se um fator de impacto importante no controlo da doença, sendo evidente que a classe mais baixa apresenta valores de HbA1c mais elevados que a classe mais alta. Nas classes intermédias apesar de não se observar significado estatístico deste impacto, observa-se uma tendência de aumento dos valores médios de HbA1c das classes mais altas para as mais baixas. Apesar das ajudas sociais, estas mostram-se insuficientes e não conseguem colmatar as desigualdades sociais em termos de saúde no caso específico da diabetes. Fatores como a educação, menos passíveis de correção pelas ajudas sociais, podem ter um papel fundamental nesta desigualdade.

Relativamente ao método utilizado para classificar o nível socioeconómico, o índice de Graffar, é de referir que este provavelmente encontra-se desatualizado relativamente à realidade atual, especialmente nos fatores referentes às condições da habitação, à escolaridade e às fontes de rendimento familiar. Seria assim importante rever este índice para um melhor e mais fidedigno estudo das populações.

Agradecimentos

Ao Doutor Humberto Vitorino, pela orientação e apoio.

Ao Professor Doutor José Augusto Simões, pela disponibilidade e empenho.

À Doutora Francisca Mangas, pelos ensinamentos transmitidos.

À minha família, por me proporcionarem os estudos.

Referências Bibliográficas

1. Rautio N, Jokelainen J, Oksa H, Saaristo T, Peltonen M, Niskanen L, et al. Socioeconomic position and effectiveness of lifestyle intervention in prevention of type 2 diabetes: One-year follow-up of the FIN-D2D project. *Scand J Public Health* [Internet]. 2011;39(6):561–70. Available from: <http://search.ebscohost.com.proxy-ub.rug.nl/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2011-18386-001&site=ehost-live&scope=site%5Cnina.rautio@oulu.fi>
2. Sundquist K, Chaikiat A, Ramirez V, Johansson S, Sundquist J. Country of birth, socioeconomic factors, and risk factor control in patients with type 2 diabetes: a Swedish study from 25 primary health-care centres. *Diabetes Metab Res Rev* 2011; **27**: 244–254. Available from: wileyonlinelibrary.com
3. Collier A, Ghosh S, Hair M, Waugh N. Impact of socioeconomic status and gender on glycaemic control, cardiovascular risk factors and diabetes complications in type 1 and 2 diabetes: A population based analysis from a Scottish region. *Diabetes Metab* [Internet]. 2015;41(2):145–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabet.2014.09.004>
4. Boavida JM, Pereira M, Ayala M. A Mortalidade por Diabetes em Portugal Mortality from Diabetes in Portugal. *Acta Med Port*. 2013;26(4):315–7.
5. Fonglow BR, Stein BD, Webb KJ, Xu T, Choi J, Kyu S, et al. NIH Public Access. 2013;10(1):54–6.
6. Oladele CRW, Barnett E. Racial/Ethnic and social class differences in preventive care practices among persons with diabetes. *BMC Public Health*. 2006;6:259.

7. Houle J, Lauzier-Jobin F, Beaulieu M-D, Meunier S, Coulombe S, Côté J, et al. Socioeconomic status and glycemic control in adult patients with type 2 diabetes: a mediation analysis. *BMJ Open Diabetes Res Care* [Internet]. 2016;4(1):e000184. Available from: <http://drc.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjdr-2015-000184>
8. Hill-Briggs F, Lazo M, Peyrot M, Doswell A, Chang YT, Hill MN, et al. Effect of problem-solving-based diabetes self-management training on diabetes control in a low income patient sample. *J Gen Intern Med*. 2011;26(9):972–8.
9. Seligman HK, Jacobs EA, Lopez A, Tschann J, Fernandez A. Food insecurity and glycemic control among low-income patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2012;35(2):233–8.
10. Schectman JM, Nadkarni MM, Voss JD. The Association Between Diabetes Metabolic Control and Drug Adherence in an Indigent Population . *Diabetes Care*. 2002;25(6):1015–21.
11. Berkowitz SA, Meigs JB, DeWalt D, Seligman HK, Barnard LS, Bright O-JM, et al. Material need insecurities, control of diabetes mellitus, and use of health care resources: results of the Measuring Economic Insecurity in Diabetes study. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2015;175(2):257–65. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84922227267&partnerID=tZOtx3y1>
12. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Rendimento e Condições de Vida. Destaque informação à comunicação social 15/12/2016. Available from: <http://www.ine.pt>
13. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Indicadores Sociais 2011. 2012. Available from: <http://www.ine.pt>

Anexos

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Centro.



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Favorável	DESPACHO: <i>Homologado em termos e condições enunciadas no permisso bancar.</i> <i>24.11.2016</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, L.P. Dr. José Manuel Azenha Teresa Presidente,
--	---

ASSUNTO:	Estudo 69/2016 de 18/10/2016 A influência do nível socioeconómico dos doentes no controlo da diabetes Rui Manuel Matos Soares Cerqueira (NIN - FMUC)
	<i>Dr. Luís Manuel Mota Mendes Cabral Vogal,</i> <i>Dr. Mário Naveira Vogal,</i>
<p>Este estudo tem como objectivo estabelecer uma correlação entre o nível socioeconómico dos doentes diabéticos e o controlo adequado da doença. Procurar factores associados ao nível socioeconómico que possam influenciar positiva ou negativamente o controlo da diabetes. Trazer ao debate possíveis soluções para um melhor tratamento da diabetes nessa população.</p> <p>Com um questionário dirigido aos doentes.</p> <p>Tem autorização de: USF de Celas e USF Marquês de Marialva</p> <p>Tem Consentimento Informado</p> <p>Tem autorização da CNPD</p> <p>O relator: José António Afonso Pais</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><i>Presidente de CES-ARS</i> <i>[Signature]</i></p>	

Anexo II – Questionário “A influência do nível socioeconómico dos doentes no controlo da diabetes”.

Questionário

“A influência do nível socioeconómico dos doentes no controlo da diabetes”

Avaliação inicial

1- Sexo:

Masculino Feminino

2- Idade: _____

3- Estado civil:

Solteiro(a) Casado(a) Divorciado Viúvo(a) Outro:_____

Diabetes

4- Valor de hemoglobina Glicada(HbA1c): _____

5- Idade de diagnóstico: _____

6- Tipo de terapêutica:

Oral Insulina Ambos Nenhuma

Classificação Graffar

7-Profissão:

Grau	Condição	Opção
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, subdirectores 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.).	

8- Fontes de rendimento familiar:

Grau	Condição	Opção
1º grau	A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida	
2º grau	Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc.	
3º grau	Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário	
4º grau	Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por jorna, por horas ou à tarefa.	
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.	

9- Escolaridade:

Grau	Condição	Opção
1º grau	Ensino universitário ou equivalente.	
2º grau	Ensino médio ou técnico superior.	
3º grau	Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo).	
4º grau	Ensino primário completo.	
5º grau	Ensino primário incompleto ou nulo.	

10- Aspecto do bairro onde habita:

Grau	Condição	Opção
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	Bairro em ruas comerciais ou estreitas, zona antiga e zonas rurais não degradadas.	
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.	

11- Conforto do alojamento:

Grau	Condição	Opção
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.	