1 2 9 0

FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

SARA MARIA MARTINGO BARBOSA

DINÂMICA ENTRE OS PROBLEMAS SOCIAIS E O NÍVEL SOCIOECONÓMICO NOS ANOS DE 2010, 2013, 2016 E 2019, NA REGIÃO CENTRO DE PORTUGAL

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO

PROFESSORA DOUTORA BÁRBARA OLIVEIROS

FEVEREIRO/2021

ÍNDICE

ABREVIATURAS 3

RESUMO 4

ABSTRACT 6

INTRODUÇÃO 7

MATERIAIS E MÉTODOS 9

RESULTADOS 10

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO 14

AGRADECIMENTOS 16

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 17

ANEXOS 19

ABREVIATURAS

ICPC-2 - International Classification for Primary Care-2

ARS - Administração Regional de Saúde

ARS-C - Administração Regional de Saúde do Centro

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

RESUMO

Introdução: Em Medicina Geral e Familiar, através de um sistema de classificação comum – a International Classification for Primary Care-2 (ICPC-2), é possível codificar a atividade clínica realizada em cada consulta. Pretendeu-se estudar a relação entre as classificações realizadas no capítulo Z da ICPC-2, que corresponde aos problemas sociais, e o nível socioeconómico, calculado através da escala de Graffar, um preditor do estado de saúde populacional de cada pessoa que consultou o médico. Tendo em atenção o período de necessidade de auxílio financeiro externo entre 2011 e 2014, em consequência da crise económica ocorrida em Portugal, pretendeu-se avaliar, na região geográfica da administração regional de saúde do centro (ARS-C), a relação entre os problemas sociais e o nível socioeconómico antes (2010), durante (2013), imediatamente após (2016) e alguns anos depois de tal crise com a necessidade de assistência financeira (2019).

Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo observacional, transversal e descritivo com dados colhidos em anonimato e cedidos pela ARS-C. Foram recolhidos dados relativos aos problemas sociais pela classificação ICPC-2 como motivo de consulta, o nível socioeconómico e o local de realização da consulta em função do agrupamento de centros de saúde (ACeS) da ARS-C para os anos em estudo. Realizou-se estatística descritiva, cálculo de dinâmica de crescimento e inferenciação adaptada à tipologia dos dados.

Resultados: O diagnóstico de problemas sociais correspondeu a 0.003%, 0.001%, 0.007% e 0.032% do número total de consultas, em cada ano, nos doentes com Índice de Graffar calculado. Foi possível observar que nos anos de 2010, 2016 e 2019, o Índice de Graffar mais prevalente foi o médio, à exceção do ano de 2013 em que o mais prevalente foi o Índice de Graffar médio-baixo. Em 2016 e 2019 verificou-se que o sexo masculino estava significativamente em nível económico-social mais baixo que o feminino.

Discussão e Conclusão: Verificou-se uma pequena proporção dos problemas sociais, provavelmente por estes não serem motivo expresso de consulta, pela dificuldade na expressão da sintomatologia, pela necessidade de consultas mais longas ou pela influência da relação médico-doente. Na amostra, a classe social baixa apresentou valores muito inferiores às taxas de risco de pobreza em Portugal. Nos anos de maior impacto socioeconómico da crise, 2010 a 2013, verificou-se menor frequência de consultas, podendo refletir tal maior dificuldade ao acesso dos Serviços de Saúde pela

atualização no valor das taxas moderadoras de acesso ao Serviço Nacional de Saúde, pelo valor da deslocação e pela crise socioeconómica em si mesma.

Palavras-chave: Problemas Sociais, Capítulo Z, ICPC-2, Classe Social, Índice Graffar.

ABSTRACT

Introduction: In General Practice/Family Medicine, clinical activity in each consultation can be coded by an international classification system - the international classification for primary care-2 (ICPC-2). The present study aimed to study the relationship between the classifications carried out in chapter Z (social problems), ICPC-2 classification, and the socioeconomic level, calculated using the Graffar Index, which is a predictor of the population health status for each person who consulted the doctor. Bearing in mind the period of need for external financial assistance between 2011 and 2014, as a result of the economic crisis that occurred in Portugal, it was intended to assess the relationship between social problems and the socioeconomic level, in the geographic region of ARS-C, before (2010), during (2013), immediately after (2016) and some years after such a crisis with the need for financial assistance (2019).

Methods: An observational, cross-sectional and descriptive study was conducted with data collected in anonymity and provided by the regional health administration (ARS-C). Data on social problems were collected using the ICPC-2 classification as a reason for consultation, the socioeconomic level and the place where the consultation took place, according to the sub-regional health entity (ACeS) for the years under study. Descriptive statistics, growth dynamics calculation and adapted inferential statistics were performed.

Results: The diagnosis of social problems was made in 0.003%, 0.001%, 0.007% and 0.032% of the total number of consultations, each year, in patients with a calculated Graffar Index. In the years 2010, 2016 and 2019, the most prevalent Graffar Index was the median one, except for the year 2013 in which the most prevalent was the medium-low Graffar Index. In 2016 and 2019 male gender was significantly at a lower socio-economic level than the female one.

Discussion and Conclusions: There was a small proportion of social problems, probably because they were not an expressed reason for consultation, because of the difficulty in expressing symptoms, the need for longer consultations or the influence of the doctor-patient relationship. The low social class showed values well below the risk of poverty rates in Portugal. In the years of greatest socio-economic impact of the economic crisis, 2010 to 2013, less frequency of consultations was verified, probably reflecting the cost of fees for access to the National Health Service, the cost of displacement and the socio-economic crisis in itself.

Key-words: Social Problems, Z Chapter, ICPC-2, Social Class, Graffar Index.

INTRODUÇÃO

Em Medicina Geral e Familiar, a classificação da atividade clínica diária segundo um sistema de classificação comum - a international classification for primary care-2 (ICPC-2), em português - classificação internacional em cuidados primários, tem relevo e é fonte de conhecimento quer de motivos de consulta, de diagnósticos médicos ou de planos de procedimentos a realizar, que podem advir ou estar relacionados com problemas sociais, financeiros e económicos.[1-9]

O capítulo Z da ICPC-2 corresponde ao dos problemas sociais. Este capítulo inclui problemas económicos, problemas relacionados com a alimentação, a habitação, a sociocultura, o emprego, a educação, a segurança social, assuntos jurídicos, o sistema de saúde, a doença de parceiro, crianças ou familiares, a violência, a morte de familiares, o medo de problemas sociais e a incapacidade.[3]

O nível socioeconómico é preditor do estado de saúde populacional. Pode ser calculado através do Índice de Graffar com base na profissão, na escolaridade, nas fontes de rendimento familiar, no conforto da habitação e no local da mesma.[10]

Nos países em desenvolvimento, devido ao nível socioeconómico mais baixo, priorizam-se, como etiologias de problemas de saúde: um estilo de vida sedentário, talvez pelos possíveis custos associados à prática da atividade física e o consumo de alimentos altamente processados. Estes produtos são mais consumidos pelo seu valor financeiro de aquisição mais baixo, sendo promovidos como de maior valor calórico e alimentar. Estes estilos de vida aumentam a prevalência de problemas como o excesso de peso e a obesidade com todo o cortejo de consequências delas decorrentes.[4]

Baixos níveis socioeconómicos estão associados a um aumento da prevalência de maus-tratos infantis. Este aumento de risco está relacionado com situações em que é mais prevalente existirem taxas de desemprego elevadas e dificuldades económicas. Ao nível da educação, crianças de classes económicas mais desfavorecidas apresentam uma maior taxa de abandono escolar.[5]

Foi também observada uma associação entre pobreza e conflitos familiares, doença e patologia emocional, mais frequentes em piores condições socioeconómicas.[6] É também conhecida relação positiva entre incapacidade e classes económicas mais desfavorecidas.[7]

Em Portugal já foram realizados estudos de classificação dos problemas sociais que demonstraram um crescimento na classificação do capítulo Z da ICPC-2, mas ainda não

foram realizados estudos que correlacionem os problemas socias e o nível socioeconómico.[3,11]

Em função da crise económica ocorrida em Portugal em 2011, com recurso do país a auxílio financeiro externo, verificou-se um aumento das desigualdades socioeconómicas, fruto de um apertado e restritivo programa financeiro que ocorreu entre 2011 e 2014, é inegável a importância de relacionar estas variáveis.

Este trabalho pretendeu avaliar, na região centro de Portugal, a relação entre os problemas sociais como motivo de consulta exarado pelo médico e o nível socioeconómico, assim como, a dinâmica de crescimento ao longo de vários anos em avaliação: antes (2010), durante (2013), imediatamente após a crise com necessidade de assistência financeira a Portugal (2016) e alguns anos depois de tal crise (2019).

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional e transversal após homologação de parecer ético favorável, solicitado à Comissão de Ética para a Saúde da ARS-C (Anexo I). Os dados foram colhidos em anonimato e cedidos pela ARS-C para a população inscrita nos vários anos em análise (2010, 2013, 2016 e 2019) na sua área geográfica de administração.

Recorreu-se à classificação ICPC-2, realizada pelos médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar em trabalho no Serviço Nacional de Saúde na região geográfica da administração regional de saúde (ARS) do centro, à classificação socioeconómica e Índice de Graffar, por eles também realizável no ambiente do programa de registos eletrónicos de consulta “SClínico”.

Foram recolhidos dados relativamente aos problemas sociais como motivo de consulta classificado (Capítulo Z da ICPC-2) e o nível socioeconómico, pelo índice de Graffar (Baixo, Médio-Baixo, Médio, Médio-Alto e Alto) de todas as pessoas segundo o sexo, idade e local de residência - agrupamento de centros de saúde (ACeS) da ARS-C: Cova da Beira, Baixo Vouga, Pinhal Interior Norte, Dão-Lafões, Baixo Mondego e Pinhal Litoral, para os anos em estudo. Foi critério de inclusão no estudo a existência de Índice de Graffar exarado.

Realizou-se estatística descritiva, cálculo de dinâmica de crescimento e inferenciação adaptada à tipologia dos dados numéricos por testes não-para-métricos.

RESULTADOS

Os dados recolhidos pretenderam correlacionar a classe socioeconómica com a idade e o género dos doentes diagnosticados com problemas sociais relativos aos seguintes ACeS da ARS-C: Cova da Beira, Baixo Vouga, Pinhal Interior Norte, Dão-Lafões, Baixo Mondego e Pinhal Litoral, nos anos de 2010, 2013, 2016 e 2019. Com o objetivo de estudar as variáveis foi efetuado um estudo correlacional.

O ano em que foram realizadas mais classificações de problemas sociais como motivo de consulta, nos doentes classificados com Índice de Graffar, foi em 2019. O ano em que se realizou um menor número total de consultas, 2013, foi também o ano em que menos classificações do capítulo Z ocorreram. Foi o ano de 2010, aquele em que mais consultas foram realizadas e nele em 0.003% das consultas foram efetuados diagnósticos de problemas socias. Verifica-se, em função dos valores absolutos, uma dinâmica de crescimento do número de classificação Z, ICPC-2, como motivo de consulta, de +3.24 entre 2010 e 2019, e de -54.8 no número de consultas realizadas (Tabela 1).

Tabela 1: Valor absoluto e relativo de problemas sociais, ICPC-2, capítulo Z e total de consultas para os anos em estudo na ARS do Centro.

	2010	**2013**	**2016**	**2019**
Problemas sociais n (%)	393 (0.003%)	67 (0.001%)	343 (0.007%)	1667 (0.032%)
Total de consultas	11 567 376	4 901 488	5 034 026	5 226 757

Foi estudada uma amostra de 2470 consulentes para o total dos anos em estudo.

Verificou-se que, em todos os anos, a maioria dos doentes em estudo eram do sexo feminino e que o Índice de Graffar revelou sobretudo classe média, exceto no ano de 2013 onde a classe médio-baixa foi a mais frequente. A média de idades foi de 43.7, 42.5, 47.5 e 49.7 em cada ano (Tabela 2).

Tabela 2: Caracterização da amostra total (n=2470), segundo a idade, o sexo e o Índice de Graffar.

	2010 (n=393)	**2013** (n=67)	**2016** (n=343)	**2019** (n=1667)
Idade média (dp; min-máx)	43.7 (17.1; 1-91)	42.5 (18.8; 4-83)	47.5 (18.9; 0-86)	49.7 (17.3; 0-93)
Idade mediana [P25; P75]	43 [32; 57]	42 [28; 56]	49 [34; 60]	49 [38; 61]
Sexo n (%), M	85 (21.6%)	14 (20.9%)	88 (25.7%)	404 (24.2%)
F	308 (78.4%)	53 (79.1%)	255 (74.3%)	1263 (75.8%)
Graffar n (%), Baixo	5 (1.3%)	3 (4.5%)	9 (2.6%)	32 (1.9%)
Médio-Baixo	50 (12.7%)	28 (41.8%)	89 (25.9%)	384 (23.0%)
Médio	184 (46.8%)	25 (37.3%)	165 (48.1%)	851 (51.0%)
Médio-Alto	139 (35.4%)	9 (13.4%)	73 (21.3%)	358 (21.5%)
Alto	15 (3.8%)	2 (3.0%)	7 (2.0%)	42 (2.5%)

dp: desvio padrão; M: Masculino; F: Feminino

Foi descrita a amostra de acordo com a idade, em distribuição percentílica, e o Índice de Graffar dos consultados nos diferentes anos (Tabela 3). É de realçar a descida da idade em P75 para o Graffar em Classe Baixa entre 2010 e 2019 e que a partir de 2016 se inicia diferença significativa na idade para algumas classes socioeconómicas.

Tabela 3: Caracterização da amostra segundo a idade e o Índice de Graffar nos diferentes anos.

Ano	Graffar	Idade			p (Kruskal-Wallis)
		P25	P50	P75	
2010	Baixo	34.50	56.00	73.00	0.657
	Médio-Baixo	23.00	43.00	64.50	
	Médio	33.00	43.00	58.00	
	Médio-Alto	33.00	43.00	56.00	
	Alto	27.00	48.00	59.00	
2013	Baixo	12.00	12.00	12.00	0.236
	Médio-Baixo	24.00	39.50	53.00	
	Médio	28.50	41.00	55.50	
	Médio-Alto	32.50	52.00	59.50	
	Alto	60.00	60.00	60.00	
2016 (*)	Baixo	39.00	70.00	78.50	0.002
	Médio-Baixo	35.00	55.00	62.00	
	Médio	32.50	47.00	60.00	
	Médio-Alto	36.50	45.00	55.50	
	Alto	61.00	61.00	61.00	
2019 (**)	Baixo	33.50	43.50	64.00	< 0.001
	Médio-Baixo	40.00	54.00	69.00	
	Médio	38.00	49.00	61.00	
	Médio-Alto	37.00	46.00	54.00	
	Alto	39.00	51.00	64.00	

(*) Nível Graffar: Médio-Alto vs Alto p=0,033

(**) Nível Graffar: Médio-Alto vs Médio p=0,002; Nível Graffar: Médio-Alto vs Médio-Baixo p<0,001; Nível Graffar: Médio vs Médio-Baixo: p=0,001

Foi relacionado o género daqueles que tiveram consulta com a classe socioeconómica nos diferentes anos em estudo (Tabela 4). Não é observada significância estatística entre o género e a classe socioeconómica em 2010 (p=0.313) e 2013 (p=0.272). Em 2016 e 2019 é observada uma associação estatisticamente significativa (p=0.002 e 0.003), embora muito fraca (Cramer V=0.219 e 0.098) em cada ano, verificando-se estar o sexo masculino em nível económico-social mais baixo que o feminino. Para a amostra total verifica-se que, no agregado das Classes Graffar Baixo e Médio-Baixo, em frequência relativa, há marcada flutuação com 14.0% em 2010, 46.3% em 2013, 28.5% em 2016 e 24.9% em 2019.

Tabela 4: Distribuição de género e Índice de Graffar nos anos de 2010, 2013, 2016, 2019 e no total.

Ano		**Graffar**	**Masculino**	**Feminino**	**Total**
2010 (*)		Baixo	1 (1.2%)	4 (1.3%)	5 (1.3%)
		Médio-Baixo	13 (15.3%)	37 (12.0%)	50 (12.7%)
		Médio	41 (48.2%)	143 (46.4%)	184 (46.8%)
		Médio-Alto	30 (35.3%)	109 (35.4%)	139 (35.4%)
		Alto	0 (0.0%)	15 (4.9%)	15 (3.8%)
	Total		85 (100.0%)	308 (100.0%)	393 (100.0%)
2013 (**)		Baixo	2 (14.3%)	1 (1.9%)	3 (4.5%)
		Médio-Baixo	5 (35.7%)	23 (43.4%)	28 (41.8%)
		Médio	6 (42.9%)	19 (35.8%)	25 (37.3%)
		Médio-Alto	1 (7.1%)	8 (15.1%)	9 (13.4%)
		Alto	0 (0.0%)	2 (3.8%)	2 (3.0%)
	Total		14 (100.0%)	53 (100.0%)	67 (100.0%)
2016 (***)		Baixo	2 (2.3%)	7 (2.7%)	9 (2.6%)
		Médio-Baixo	14 (15.8%)	75 (29.4%)	89 (25.9%)
		Médio	58 (65.9%)	107 (42.0%)	165 (48.1%)
		Médio-Alto	14 (15.9%)	59 (23.1%)	73 (21.3%)
		Alto	0 (0.0%)	7 (2.7%)	7 (2.0%)
	Total		88 (100%)	255 (100%)	343 (100.0%)
2019 (¥)		Baixo	14 (3.5%)	18 (1.4%)	32 (1.9%)
		Médio-Baixo	82 (20.3%)	302 (23.9%)	384 (23.0%)
		Médio	195 (48.3%)	656 (51.9%)	851 (51.0%)
		Médio-Alto	106 (26.2%)	252 (20.0%)	358 (21.5%)
		Alto	7 (1.7%)	35 (2.8%)	42 (2.5%)
	Total		404 (100%)	1263 (100%)	1667 (100.0%)
Total		Baixo	19 (3.2%)	30 (1.6%)	49 (2.0%)
		Médio-Baixo	114 (19.3%)	437 (23.3%)	551 (22.3%)
		Médio	300 (50.8%)	925 (49.2%)	1225 (49.6%)
		Médio-Alto	151 (25.5%)	428 (22.8%)	579 (23.4%)
		Alto	7 (1.2%)	59 (3.1%)	66 (2.7%)
	Total		591 (100.0%)	1879 (100%)	2470 (100%)

(*)p=0.313; (**)p=0.272; (***)p=0.002 e (¥) p=0.003

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo relacionar os problemas sociais e o nível socioeconómico dos doentes nos anos de 2010, 2013, 2016 e 2019 em toda a população atendida na área geográfica da administração regional de saúde do centro.

Devido à crise económica que o país atravessou, obrigando ao recurso de auxílio financeiro externo no ano de 2011, pretendeu-se estudar a relação entre a classificação de problemas sociais como motivo de consultas por médicos de Medicina Geral e Familiar e a classe socioeconómica de quem solicitou tais consultas, antes (2010), durante (2013), após (2016) e alguns anos depois da assistência financeira a Portugal (2019).

De um modo geral, verificou-se subnotificação dos problemas sociais. Para 0.003%, 0.001%, 0.007% e 0.032% das consultas totais ocorreram classificações de problemas sociais, ICPC-2, em pessoas com Índice de Graffar calculado. Esta frequência de classificações pode ser explicada pelo facto destes não serem, ou poderem não ser, o motivo declarado pela pessoa que consulta o médico, pela dificuldade na expressão do motivo de consulta pelo doente ou pela exiguidade do tempo de consulta que pode levar a que as expectativas e os receios dos doentes não tenham sido verificadas. E ainda pode levar a situações de prática médica apenas orientada para a patologia, esquecendo-se o caráter psicossocial do motivo de consulta. A relação médico-doente influencia a classificação dos problemas sociais, relações médico-doente mais disfuncionais levam a uma menor classificação no capítulo Z.[12-13]

Na amostra estudada, ressalvando-se o facto do critério de inclusão apresentar o Índice de Graffar calculado, a classe social baixa representou cerca de 1.3%, 4.5%, 2.6% e 1.9% da amostra total, em cada ano em estudo. Estes valores foram muito inferiores às taxas de risco de pobreza em Portugal do Instituto Nacional de Estatística (INE): 18% (2010), 19.5% (2013), 18.3% (2016) e 17.2% (2019), sendo muito diferentes os critérios de avaliação entre o INE e o Índice de Graffar. Por ambos, foi observada uma maior taxa de pobreza no ano de 2013, que correspondeu ao pico de impacto das medidas de recurso do auxílio financeiro em Portugal. Nos anos seguintes (2016 e 2019) esta percentagem diminuiu.[14]

Foi observada uma menor codificação do capítulo Z no ano de 2013, sendo que também foi o ano em que se registou um menor número de consultas comparativamente aos outros anos. Baixos níveis socioeconómicos estão associados, de um modo geral, a uma maior prevalência de problemas sociais e a um maior recurso aos cuidados de

saúde primários, por isso, seria expectável uma maior representatividade das classes socioeconómicas mais desfavorecidas.[8,15] Esta discrepância pode estar associada ao preço de acesso aos serviços de saúde, houve de facto aumento do valor das "taxas moderadoras", custo de deslocação a Unidades prestadoras de cuidados de saúde e falta de recursos financeiros para aquisição de medicamentos ou realização de exames diagnósticos.[15]

Mais uma vez se refere o critério de inclusão neste estudo como a existência de classificação socioeconómica pelo Índice de Graffar. A escala de Graffar apesar de ser o método mais utilizado e constante do processo familiar no Programa "SClínico", pode não estar de acordo com a realidade atual, sendo exemplo, a conclusão do ensino médio ser classificada com 2 pontos apesar de, atualmente, existir escolaridade obrigatória até ao 12ºano. Mas tal, para este estudo, considerar-se-á um viés de recolha sistemático. Devemos ainda salientar como viéses para este trabalho o desconhecimento do que os médicos sabem sobre classificação ICPC-2 e Índice de Graffar e qual a sua intensidade de uso nos anos em estudo deste trabalho.

Este estudo permitiu demonstrar que os anos socioeconomicamente mais desfavorecidos (2013 e 2016) estiveram associados a uma menor frequência de consultas bem como a uma modulação de conhecimento que as classificações usadas permitiram perceber. O sexo masculino tende a ter maiores variações com os ciclos económicos, com maior vulnerabilidade que o sexo feminino.

O estudo permitiu também perceber que a avaliação socioeconómica estava a ser pouco realizada. A necessidade do recurso ao contacto com um médico e à exposição de problemas que não correspondem a doença somática ou a saúde mental revelou-se um fenómeno de baixa compreensão.

O conhecimento da classe social é importante até para a adequação do discurso e da forma de comunicação com quem procura o médico, em especial na área da Medicina Geral e Familiar. E permitiu, também, perceber que as classificações sofrem variações com os momentos sociais. O objetivo dos Cuidados de Saúde Primários é estar ajustado às necessidades de cada doente independentemente do seu nível socioeconómico.

Por fim, este trabalho permitiu concluir a necessidade de fomentar formação aos médicos e futuros médicos que lhes permitam dotar conhecimentos que levem à adoção de melhores táticas terapêuticas. A perceção correta dos problemas que são o real motivo de consulta devem ser percebidos por técnicas de entrevista que conduzam à resposta dos reais problemas, medos e expectativas que cada pessoa tem.[16]

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Luiz Santiago, pela constante orientação deste trabalho, empenho e profissionalismo.

À Professora Doutora Bárbara Oliveiros pela coorientação e disponibilidade.

À minha família pelo apoio incondicional e encorajamento constante.

Aos meus amigos pela paciência, carinho e companheirismo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santiago LM. Anotações, codificações e registos na consulta de Medicina Geral e Familiar. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. 2012;28:313-.

2. Santiago LM, Carvalho R, Botas P, Miranda P, Matias C, Simões AR, et al. A informação na consulta presencial em Medicina Geral e Familiar: classificações segundo a ICPC-2 e anotações livres para a memória futura no SOAP. 2015;11(36).

3. Santiago LM, Miranda PR, Botas P. Tendência de classificação no Capítulo Z da CIAP-2 entre 2006 e 2011 em um centro de saúde de Medicina Familiar em Coimbra, Portugal. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2013;8(27):106-11.

4. Zukiewicz-Sobczak W, Wroblewska P, Zwolinski J, Chmielewska-Badora J, Adamczuk P, Krasowska E, et al. Obesity and poverty paradox in developed countries. Ann Agric Environ Med. 2014;21(3):590-4.

5. Chung EK, Siegel BS, Garg A, Conroy K, Gross RS, Long DA, et al. Screening for Social Determinants of Health Among Children and Families Living in Poverty: A Guide for Clinicians. Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care. 2016;46(5):135-53.

6. Seponski DM, Somo CM, Kao S, Lahar CJ, Khann S, Schunert T. Family, Health, and Poverty Factors Impacting Suicide Attempts in Cambodian Women. Crisis. 2019;40(2):141-5.

7. Banks LM, Kuper H, Polack S. Correction: Poverty and disability in low- and middle-income countries: A systematic review. PLoS One. 2018;13(9):e0204881.

8. Hoebel J, Rattay P, Prütz F, Rommel A, Lampert T. Socioeconomic Status and Use of Outpatient Medical Care: The Case of Germany. PLOS ONE. 2016;11(5):e0155982.

9. Comissão Internacional de Classificações da WONCA. ICPC-2, Classificação Internacional de Cuidados Primários, segunda edição. Lisboa: APMCG; Oxford University Press, 1999, edição revista, 2011.

10. Simões JA, Rosendo I. Estudar a família de um paciente em Medicina Geral e Familiar. Quando, como fazê-lo e porquê?. Em: Rebelo L. A Família em Medicina Geral e Familiar. Lisboa: Almedina;2018.

11. Romano, M. Estudo observacional da codificação de problemas sociais no capítulo Z da ICPC2: Resultados de uma intervenção informativa (Dissertação). Coimbra: Universidade de Coimbra; 2012. 25p.

12. Mateus. A., Avaliação da representatividade de uma consulta no internato complementar de Clínica Geral, estudo comparativo, Matosinhos. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.2005;21;147-59.

13. Queirós, M.J., SOAP Revisitado. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. 2009;25:221-7.

14. INE. Portal do Instituto Nacional de Estatística. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2019.

Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt

15. Teixeira, Vânia et al. O impacto do nível socioeconómico na acessibilidade aos cuidados de saúde primários: estudo em quatro unidades de saúde do Norte de Portugal**.** Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, Lisboa, v. 32, n. 6, p. 376-386, dez. 2016.

16. Santiago LM, Rosendo I. Medicina Geral e Familiar. Coimbra: Almedina; 2020. Capítulo 3, A consulta em Medicina Geral e Familiar; p. 57-74.

ANEXOS

ANEXO I: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Centro.

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

ARSC ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO IP

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL:
Favorável

DESPACHO: Homologo. 16/07/20

Título: Título: Relação entre os problemas sociais e o nível socioeconómico nos anos de 2010, 2013, 2016 e 2019, na região centro de Portugal, Processo número /2020 - 48/2020

ASSUNTO: Autores: Sara Maria Martingo Barbosa, Aluna do Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; Luiz Miguel Santiago, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Os investigadores propõem-se realizar uma estudo com vista a analisar a relação entre os problemas socias diagnosticados (motivo de consulta, baseado na classificação Z, IPCPC-2 no método de desenvolvimento da consulta SOAP) e o nível socioeconómico (baseado no índice de Graffar) nos anos de 2010, 2013, 2016 e 2019, na população da região geográfica da administração regional de saúde do centro, IP. Trata-se de um estudo observacional e descritivo, a realizar a partir de dados anonimizados cedidos pela ARS do Centro relativos a população inscrita nos anos em estudo na sua área geográfica de administração. Os dados a solicitar à ARS são os seguintes: número total de consultas por ano; número de consultas com classificação no capítulo Z e respetiva classificação; Índice de Graffar de cada pessoa com classificação Z em consulta; sexo, idade e ACeS a que pretence. Os dados serão tratados com recurso a estatística descritiva, cálculo de dinâmica de crescimento e estatística inferencial e estatística não-para-métrica adaptada à tipologia dos dados.

O nível socioeconómico é considerado um significativo preditor do estado de saúde populacional, os autores esperam, por isso, neste estudo verificar que, nos anos de 2010 a 2013, ocorra um aumento dos problemas sociais (Classificação Z, ICPC-2) em níveis socioeconómicos mais baixos e que entre o ano de 2013 a 2016 ocorra uma redução dos problemas sociais. Esperam também verificar a hipótese de que que os problemas sejam mais frequentes nas mulheres e se relacionemcom as questões laborais e familiares, sendo mais frequentes em ACeS do litoral da região Centro.

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

ARSC ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO I.P.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Os autores comprometem-se a enviar relatório final do estudo a esta Comissão de Ética.

Tratando-se de dados anonimizados não existem razões de natureza ética que impeçam a realização do estudo, pelo que propomos que o parecer seja favorável.

Relator: Maria da Conceição Saraiva da Silva Cota Bento

O Presidente da CES da ARS do Centro,