



19 de maio de 2023

RENDIMENTO E CONDIÇÕES DE VIDA - SAÚDE

2022

## **AS DESPESAS COM CUIDADOS DENTÁRIOS E MEDICAMENTOS SÃO UM ENCARGO FINANCEIRO PESADO PARA CERCA DE METADE DAS FAMÍLIAS**

De acordo com os resultados do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento realizado em 2022, 75,5% da população com 16 ou mais anos consultou um médico de clínica geral nos 12 meses anteriores à entrevista (menos 5,8 p.p.do que em 2017).

Em 2022, apenas 57,4% referiram ter consultado um médico dentista ou ortodontista no mesmo período, o que reflete, todavia, uma melhoria em relação a 2017 (53,4%).

Foram ainda 52,5% os que consultaram médicos de outras especialidades (exceto dentistas e ortodontistas e medicina geral e familiar) nos 12 meses anteriores à entrevista, proporção ligeiramente inferior à estimada para 2017 (53,1%).

As mulheres referiram ter tido mais consultas médicas e com maior frequência do que os homens, com proporções de 80,6% de consultas de medicina geral, 59,7% de consultas com cuidados dentários e 57,8% com outros especialistas, e com 69,8%, 54,8% e 46,6%, respetivamente, para os homens.

Não existem diferenças substanciais no acesso às consultas de clínica geral entre a população em risco de pobreza e a restante população, mas mais de metade da população que vivia em situação de risco de pobreza não fez qualquer consulta de saúde oral ou de outras especialidades médicas nos 12 meses anteriores à data da entrevista.

Em 2022, 45,8% das famílias avaliavam as despesas com cuidados médicos como um encargo algo pesado ou muito pesado, 49,7% no caso dos medicamentos e 51,7% no caso dos cuidados dentários, apesar da diminuição destas proporções em relação a 2017: respetivamente, 48,4%, 54,5% e 54,7%, com destaque para os encargos financeiros com medicamentos. A avaliação negativa do peso dos encargos financeiros com os cuidados de saúde é maior no caso das famílias em risco de pobreza, sobretudo para os cuidados dentários (59,4% de famílias em risco de pobreza) e para os medicamentos (61,6% de famílias em risco de pobreza).

De acordo com o mesmo inquérito, mais de metade da população adulta tinha excesso de peso (37,3%) ou obesidade (15,9%); 80,2% consumiam fruta diariamente; 63,3% consumiam saladas ou legumes pelo menos uma vez por dia e quase metade das pessoas praticavam exercício físico de forma regular pelo menos uma vez por semana.

O consumo diário de tabaco foi indicado por 14,1% da população.

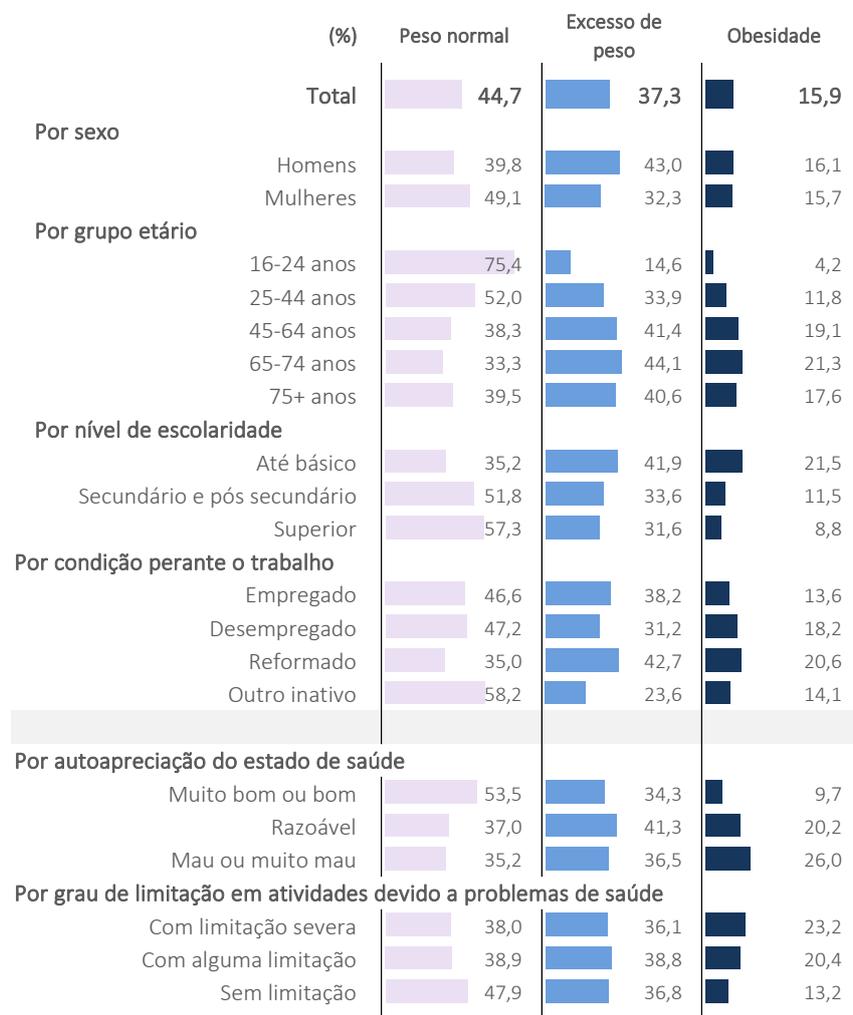
Em 2022, 4,1% da população residente em Portugal encontrava-se em situação de insegurança alimentar moderada e/ou grave, valor ligeiramente inferior ao valor obtido para 2021 (4,3%) e para 2019 (4,7%).



## A prevalência do excesso de peso ou obesidade mantinha-se em 53,2% em 2022

Em 2022, de acordo com os resultados do módulo trienal sobre a saúde do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (ICOR), mais de metade da população com 18 ou mais anos tinha excesso de peso ou obesidade (53,2%), da qual 37,3% com excesso de peso e 15,9% com obesidade<sup>1</sup>. O excesso de peso afetava mais os homens (43,0%) do que as mulheres (32,3%) e a obesidade apresentava proporções semelhantes para ambos os sexos (cerca de 16%).

Figura 1. População com 18 ou mais anos por classes do Índice de Massa Corporal e características da população, Portugal, 2022



Fonte: INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento 2022.

<sup>1</sup> O Índice de Massa Corporal (IMC) é calculado com base no quociente entre o peso de uma pessoa em quilogramas e o quadrado da sua altura em metros: a categoria “Excesso de peso” abrange os valores de IMC entre 25 kg/m<sup>2</sup> e menos de 30 kg/m<sup>2</sup>, e a categoria “Obesidade” abrange os valores de IMC iguais ou superiores a 30 kg/m<sup>2</sup>.



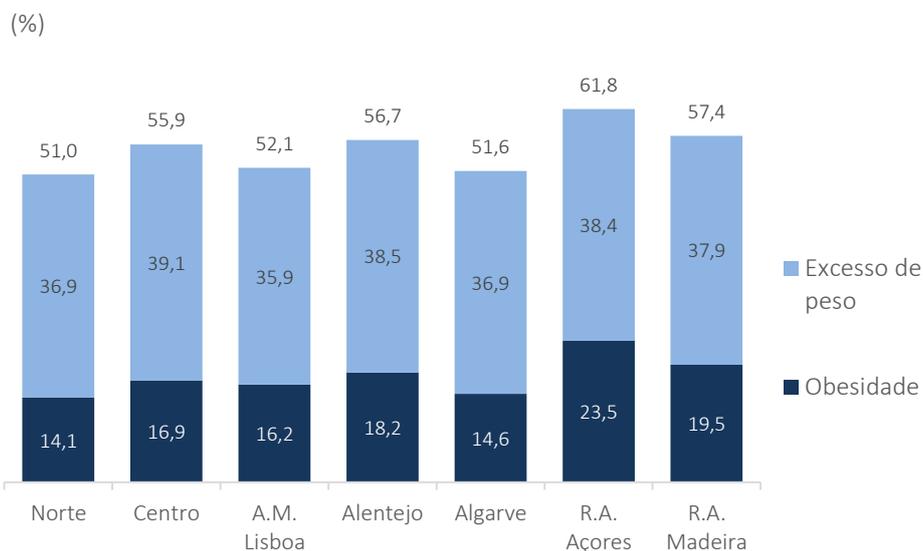
A prevalência do excesso de peso ou obesidade na população adulta em 2022 era muito semelhante, quer à observada em 2017, com base nos resultados do módulo do ICOR 2017 (53,4%), quer à de 2019, com base no Inquérito Nacional de Saúde (53,6%).

Em 2022, o excesso de peso ou obesidade atingia sobretudo a população a partir dos 45 anos (com valores entre 58,1% e 65,4%), a população com nível de escolaridade até ao ensino básico (63,4%) e a população reformada (63,3%).

A proporção da população com excesso de peso ou obesidade que avaliava favoravelmente o seu estado de saúde (44,0%) era significativamente menor do que a obtida para a população com peso normal (53,5%), e a proporção da população com excesso de peso ou obesidade com alguma limitação ou limitação severa na realização de atividades habituais era superior (entre 59,1% e 59,3%) àquela sem limitações (50,0%).

A prevalência de excesso de peso ou obesidade atingia o valor mais elevado na Região Autónoma dos Açores, com 61,8% (38,4% com excesso de peso e 23,5% com obesidade). As regiões Norte, Algarve e Área Metropolitana de Lisboa eram as menos afetadas pela condição de excesso de peso ou obesidade, com valores da ordem dos 51%-52%. As regiões Norte e Algarve, em particular, eram as menos afetadas pela condição de obesidade (com valores da ordem dos 14%-15%).

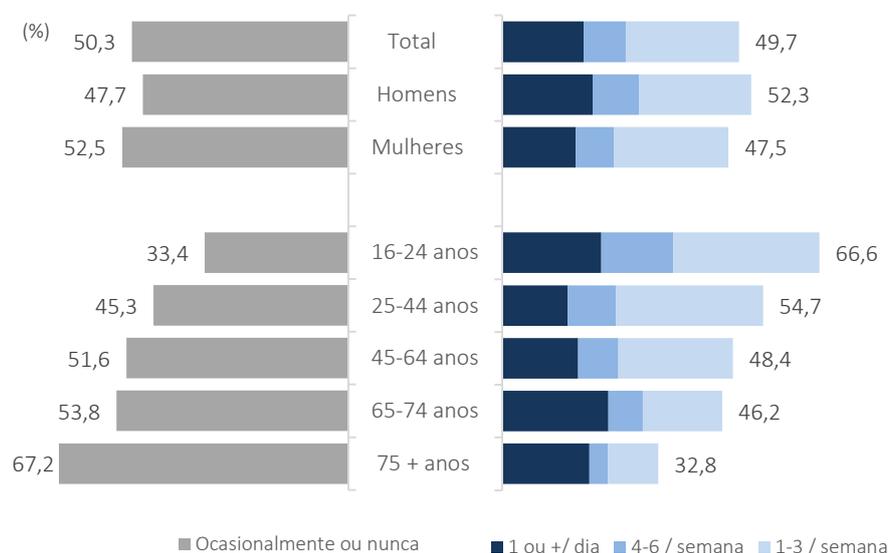
Figura 2 População com 18 ou mais anos com excesso de peso ou obesidade, Portugal e NUTS II, 2022



Fonte: INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento 2022.

Em 2022, quase metade da população (49,7%) praticava exercício físico de forma regular: 17,1% fazia-o diariamente, 8,8% entre 4 e 6 vezes por semana e 23,8% entre uma e três vezes por semana. A prática regular de uma atividade física era mais frequente para os homens (52,3%) do que para as mulheres (47,5%) e para as pessoas até aos 44 anos (mais de 50%).

Figura 3. Frequência de prática de exercício físico pela população com 16 ou mais anos, por sexo e grupo etário, Portugal, 2022



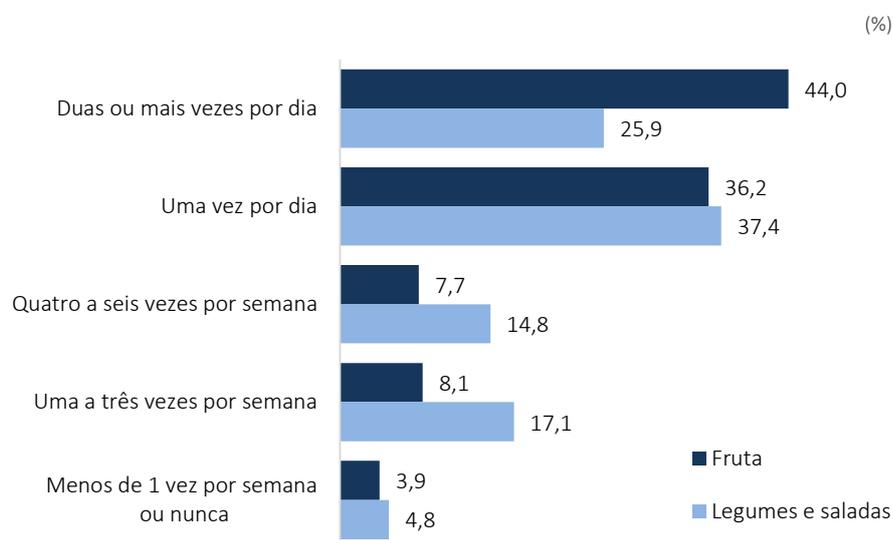
Fonte: INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento 2022.

### Consumo diário de frutas significativamente mais frequente do que o de legumes e saladas

Mais de 80% da população residente consumia fruta diariamente: 44,0% fazia-o duas ou mais vezes por dia e 36,2% uma vez por dia. Este comportamento era mais frequente do que o relativo ao consumo diário de saladas e legumes (excluindo sopas, batata e sumos), que foi referido por 63,3% da população (25,9% consumia duas ou mais vezes por dia e 37,4% uma vez por dia).

Em Portugal, a população que indicou consumir fruta e legumes ou saladas apenas pontualmente era inferior a 5% em ambos os casos.

Figura 4. Frequência de consumo de frutas e de legumes e saladas pela população com 16 ou mais anos, Portugal, 2022



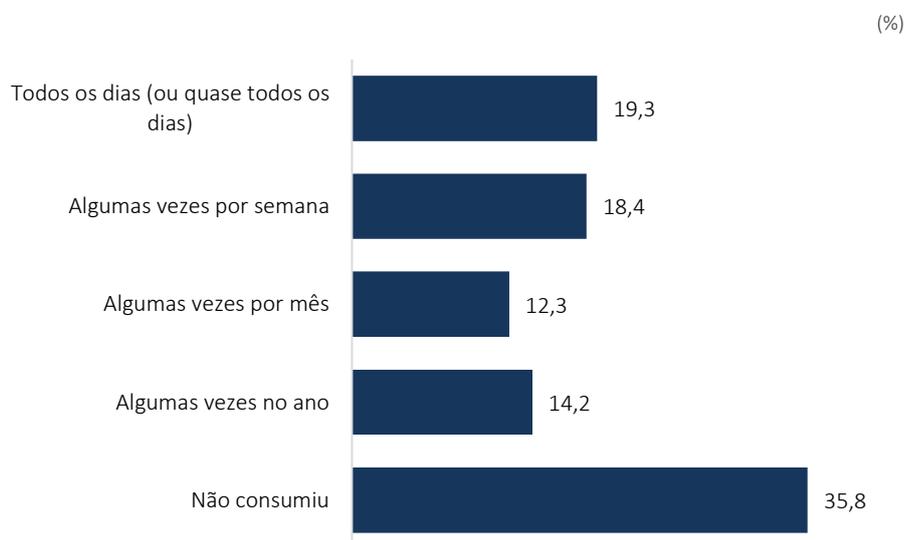
Fonte: INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento 2022.

Tanto o consumo diário de fruta, como o consumo diário de legumes e saladas, foi referido por uma proporção mais elevada de mulheres (83,2% para consumo de fruta e 67,9% para consumo de legumes e saladas) do que de homens (respetivamente, 76,8% e 58,1%) (Figura 6).

#### Consumo diário de bebidas alcoólicas mais significativo no caso dos homens

Quase 20% da população com 16 ou mais anos referiu ter consumido bebidas alcoólicas diariamente durante os 12 meses que precederam a entrevista; 18,4%, algumas vezes por semana; 12,3%, algumas vezes por mês (mas não semanalmente); e 14,2%, mais raramente (algumas vezes no ano); 35,8% referiram não ter consumido qualquer bebida alcoólica naquele período.

Figura 5. **Frequência de consumo de bebidas alcoólicas pela população com 16 ou mais anos, Portugal, 2022**



Fonte: INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento 2022.

O consumo diário de bebidas alcoólicas era significativamente mais elevado nos homens (31,5%) do que nas mulheres (8,5%) e na população idosa, registando percentagens mais elevadas no grupo dos 65 a 74 anos (34,7%) (Figura 6).

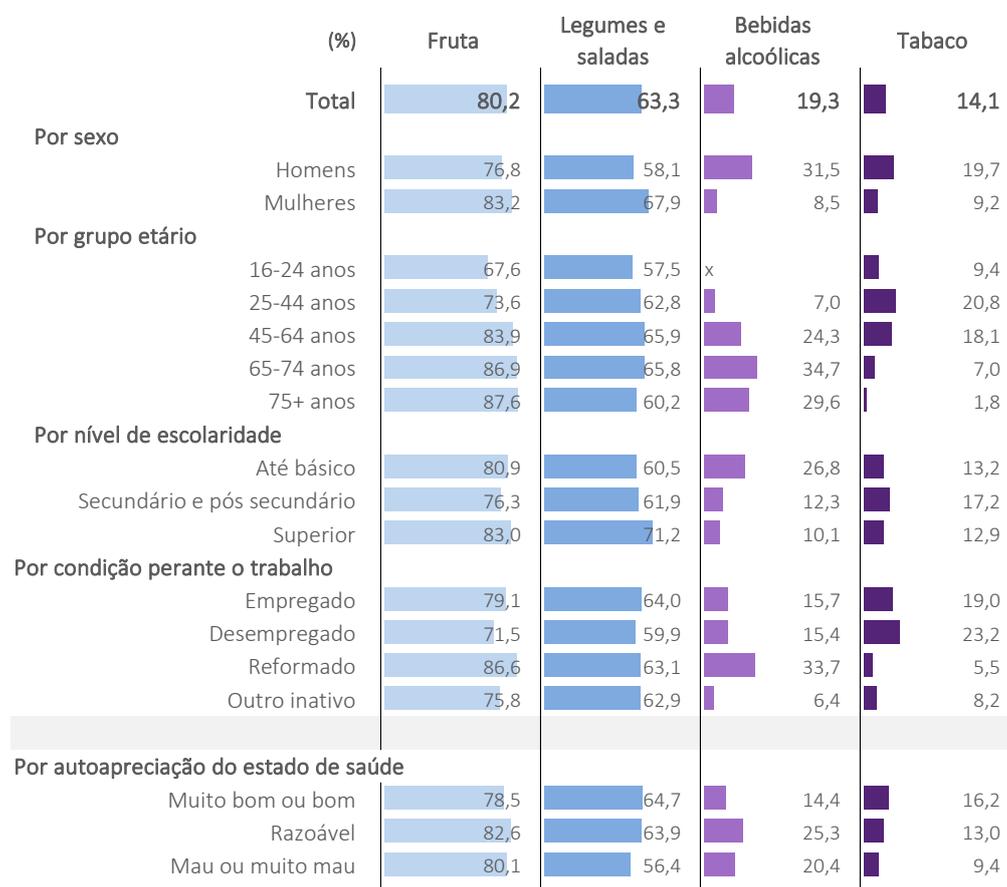
A proporção de pessoas que consumiam álcool diariamente e com nível de escolaridade até ao ensino básico representava mais do dobro das que tinham completado o ensino superior.

33,7% dos reformados indicavam ter consumido bebidas alcoólicas todos os dias, valor bastante mais elevado que o referido pela população ativa (15,7% no caso dos empregados e 15,4% no caso dos desempregados).

#### 14,1% da população com 16 ou mais anos fuma diariamente

O consumo de tabaco de forma regular (diariamente) foi indicado por cerca de 14,1% da população com 16 ou mais anos, resultado ligeiramente inferior ao obtido com base no Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2019 (14,2%). O consumo era ocasional para 2,0% da população. A distribuição do consumo regular de tabaco era mais frequente no caso dos homens (19,7%) do que nas mulheres (9,2%), nas pessoas dos 25 aos 64 anos (entre 18% e 21%) e na população que tinha completado o ensino secundário (17,2%).

Figura 6. Frequência de consumo diário de frutas e legumes, de bebidas alcoólicas e de tabaco, por características da população com 16 ou mais anos, Portugal, 2022

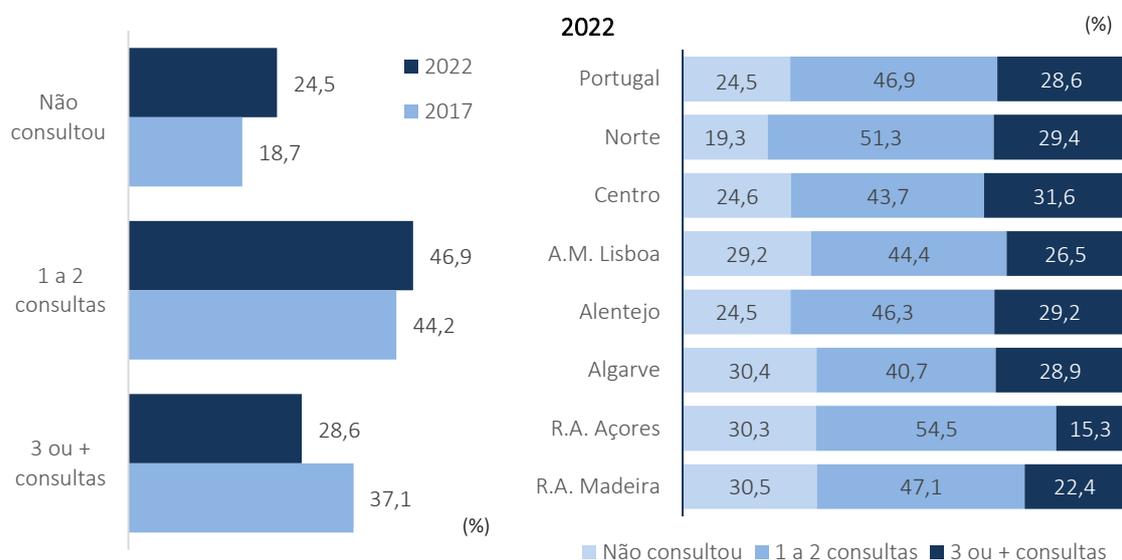


Fonte: INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento 2022.

### 8 em cada 10 pessoas consultaram um médico de clínica geral em 2021/2022

Em 2022, 75,5% da população residente com 16 ou mais anos referiu ter consultado um médico de clínica geral nos 12 meses anteriores à entrevista, valor inferior à percentagem de 81,3% estimada em 2017. Dos que consultaram, em 2021/2022, 46,9% fizeram-no uma ou duas vezes e 28,6% fizeram-no três vezes ou mais.

Figura 7. Frequência de consultas médicas de clínica geral ou médico de família, Portugal, 2017 e 2022 e NUTS II, 2022



Fonte: INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento 2017 e 2022.

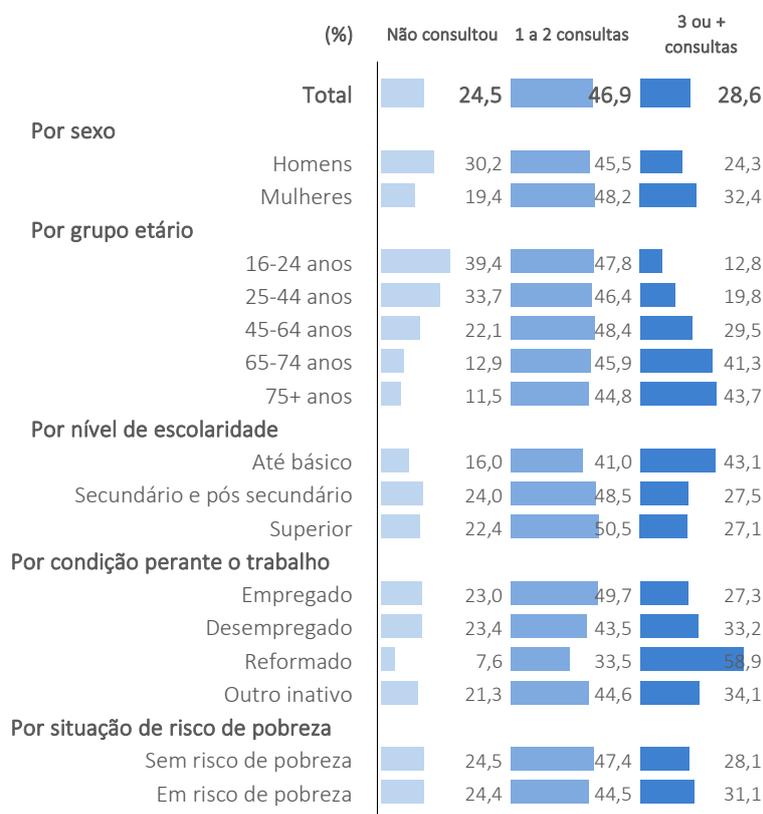
A percentagem das mulheres que referiram ter consultado um médico de clínica geral (80,6%) era significativamente maior do que a percentagem de homens que o fizeram (69,8%), sendo também significativamente maior a proporção de mulheres que consultaram um clínico geral pelo menos três vezes: 32,4%, mais 8,1 p.p. do que a percentagem dos homens (24,3%).

A percentagem dos que consultaram um médico de clínica geral era mais elevada nos grupos etários mais avançados (menos de 70% nos grupos etários até aos 44 anos, cerca de 78% no dos 45 aos 64 anos e mais de 87% na população idosa).

A proporção da população menos escolarizada que referiu ter recorrido a um médico de clínica geral (84,1%) era maior do que as dos que completaram o ensino secundário (76,0%) ou superior (77,6%), e quando o fez foi com maior frequência (43,1% dos que tinham completado até ao ensino básico referiram ter consultado pelo menos três vezes nos 12 meses anteriores à entrevista, que compara com 27,5% para os que completaram o ensino secundário e 27,1% dos que completaram o ensino superior).

A população reformada foi a que mais consultou um médico de clínica geral, em proporção (92,4% referiu ter consultado) e em frequência de consultas (58,9% consultou pelo menos três vezes).

Figura 8. Frequência de consultas médicas de clínica geral ou médico de família, por características da população com 16 ou mais anos, Portugal, 2022



Fonte: INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento 2022.

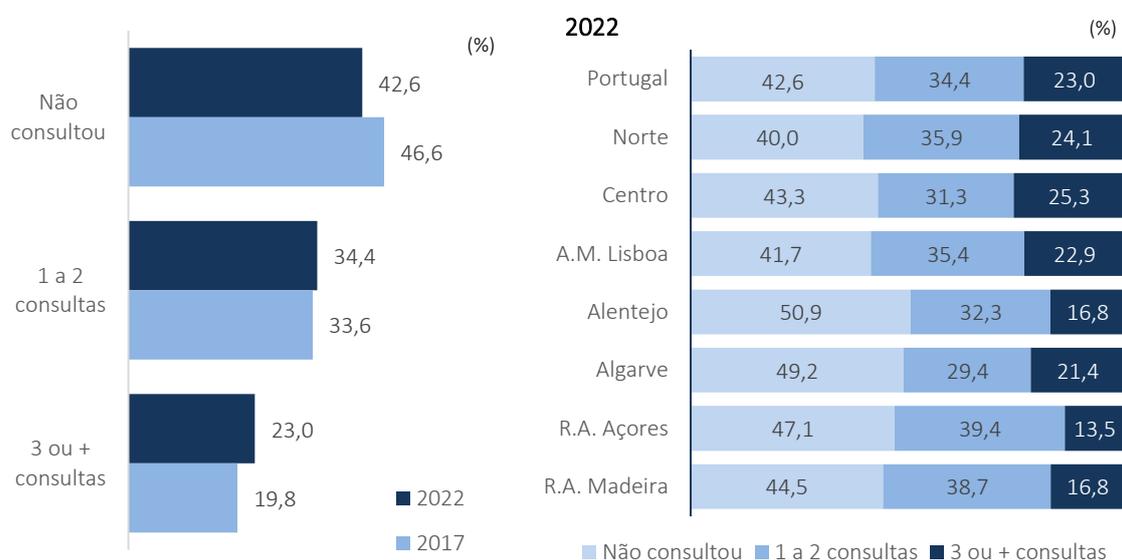
Não existem diferenças substanciais no acesso às consultas de clínica geral entre a população em risco de pobreza e a restante população, apesar do peso dos encargos com estes cuidados médicos ser referido por uma proporção mais significativa de famílias em risco de pobreza (16,8%) do que sem risco de pobreza (11,8%) (figura 13).

A percentagem dos que consultaram um médico de clínica geral era de 80,7% no Norte e cerca de 70% nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira e no Algarve (Figura 7).

#### Mais de metade da população com 16 ou mais anos foi a consultas com cuidados dentários

Em 2022, 57,4% da população residente com 16 ou mais anos referiu ter tido uma consulta de cuidados dentários nos 12 meses anteriores à entrevista, proporção mais elevada do que em 2017 (53,4%). Dos que tiveram uma consulta de saúde dentária em 2021/2022, 34,4% fizeram-no uma ou duas vezes e 23,0% fizeram-no três vezes ou mais.

Figura 9. **Frequência de consultas com dentista ou ortodontista, Portugal, 2017 e 2022 e NUTS II, 2022**



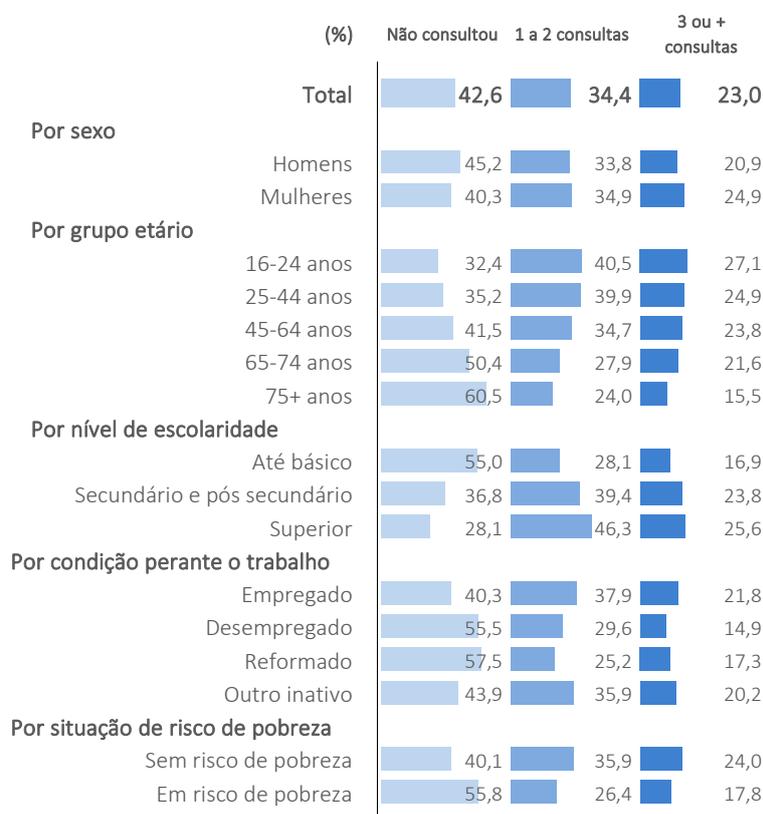
Fonte: INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento 2017 e 2022.

As consultas com dentistas ou ortodontistas eram mais frequentes na população dos 16 aos 44 anos (entre 65% e 68%) e menos frequentes para a população com 65 ou mais anos (menos de 50%).

O acompanhamento da saúde oral era mais frequente na população com ensino superior (71,9%), especialmente quando comparada com a população com apenas até ao ensino básico (45,0%), e para as pessoas empregadas (59,7%), por comparação com as que se encontravam em situação de desemprego (44,5%).

Ao contrário do que foi observado para as consultas de clínica geral, a proporção de pessoas em risco de pobreza que tinham consultado um médico dentista ou ortodontista era bastante mais baixa (44,2%) do que a obtida para a restante população (59,9%).

Figura 10. Frequência de consultas com dentista ou ortodontista, por características da população com 16 ou mais anos, Portugal, 2022



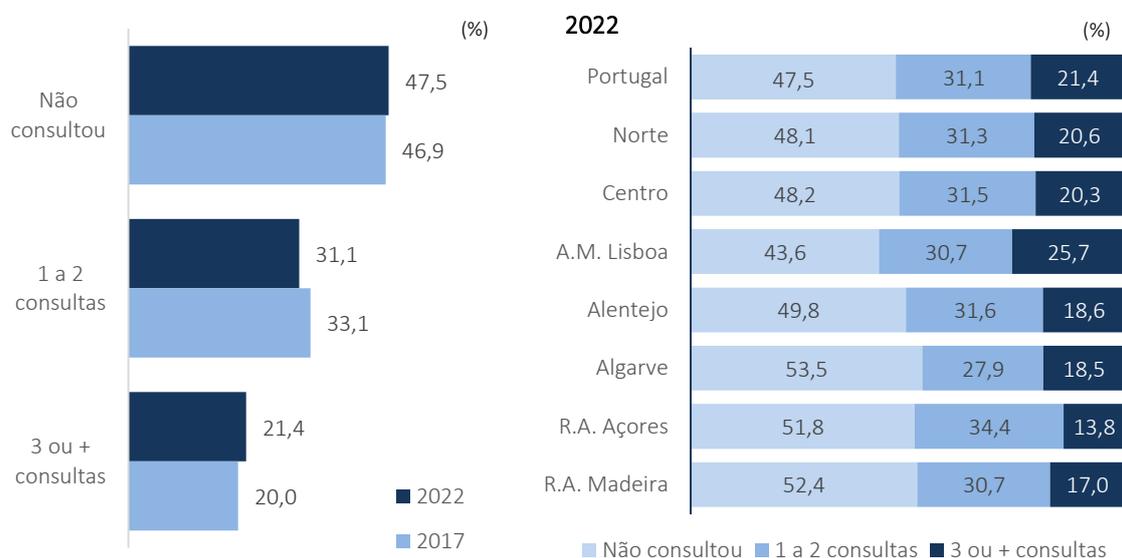
Fonte: INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento 2022.

As percentagens dos que tiveram uma consulta de cuidados dentários foram menores nas regiões Alentejo e Algarve (entre 49% e 51%) e mais elevadas no Norte (60,0%) e na Área Metropolitana de Lisboa (58,3%) (Figura 9).

As consultas de especialidade eram mais frequentes entre a população mais idosa e na população com ensino superior

A população residente com 16 ou mais anos que consultou médicos de outras especialidades (exceto dentistas e ortodontistas e medicina geral e familiar) nos 12 meses anteriores à entrevista (2021/2022) foi de 52,5%, proporção ligeiramente inferior à estimada para 2017 (53,1%).

Figura 11. **Frequência de consultas com outros especialistas, Portugal, 2017 e 2022 e NUTS II, 2022**



Fonte: INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento 2017 e 2022.

A percentagem das mulheres que referiram ter consultado um médico especialista (57,8%) era superior à dos homens (46,6%), e a proporção de pessoas que recorreram a médicos especialistas era maior nos grupos etários mais elevados: mais de 60% na população idosa, que compara com percentagens inferiores a 50% na população com menos de 45 anos.

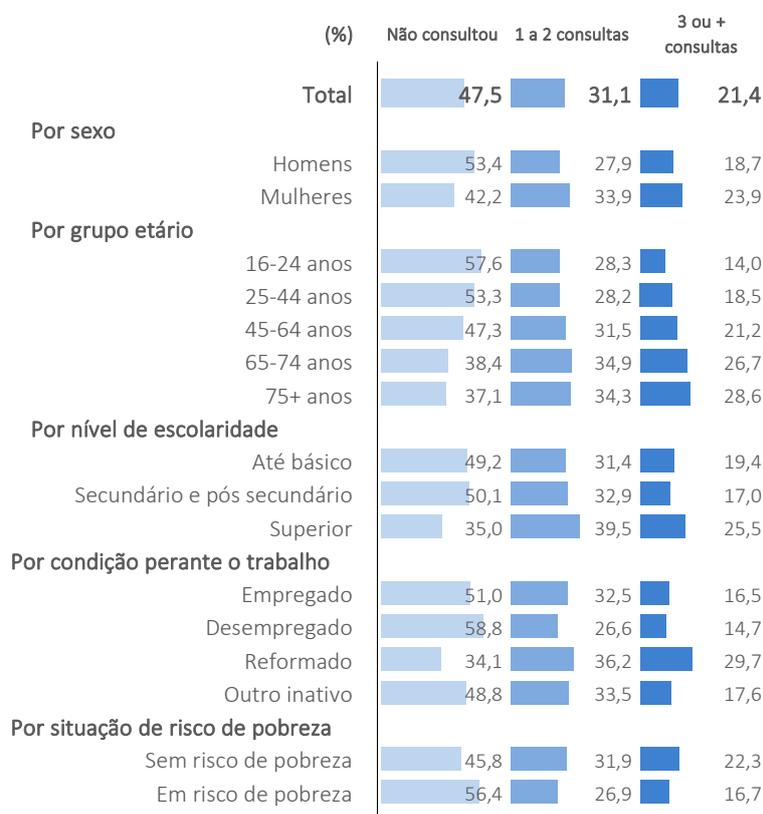
A população reformada foi a que referiu maior frequência de consultas médicas desta área (65,9%), por comparação com a população em situação de desemprego (41,2%) ou com emprego (49,0%), sendo também a que referiu maior número de consultas (29,7%).

A população mais escolarizada referiu ter consultado um médico especialista mais vezes (65,0%) do que os que tinham até ao ensino básico (50,8%) e dos que tinham completado o ensino secundário (49,9%).

No mesmo período, a população em risco de pobreza indicou ter recorrido a estes cuidados de saúde menos frequentemente (43,6%) do que a população sem risco de pobreza (54,2%).

A proporção dos residentes na Área Metropolitana de Lisboa que tiveram consultas com especialistas foi maior (56,4%) do que nas restantes regiões e fizeram-no mais vezes no período de referência (25,7% com três ou mais consultas). Os residentes no Algarve (46,5%) e nas Regiões Autónomas dos Açores (48,2%) e da Madeira (47,6%) registaram as proporções mais baixas.

Figura 12. Frequência de consultas com outros especialistas, por características da população com 16 ou mais anos, Portugal, 2022



Fonte: INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento 2022.

### Um terço das famílias consideravam as despesas com saúde um encargo muito pesado

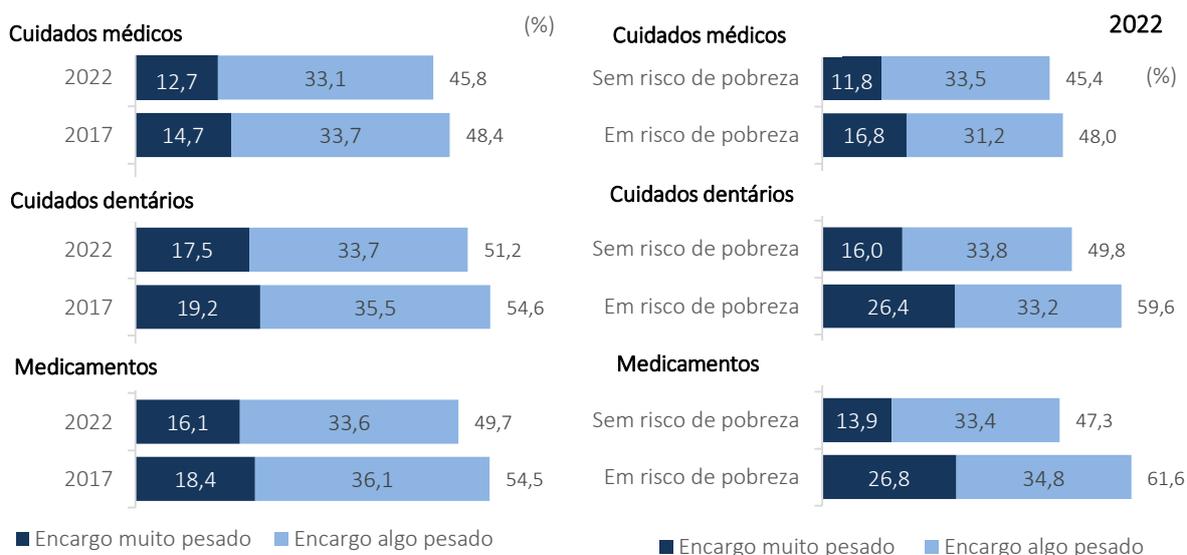
A avaliação do peso dos encargos financeiros com os cuidados de saúde pelas famílias não é idêntica para os tipos de cuidados que foram inquiridos. Varia entre 45,8% no caso das que avaliam os cuidados médicos como um encargo algo pesado ou muito pesado, 49,7% no caso dos medicamentos e 51,7% no caso dos cuidados dentários. Para todos os tipos, observou-se uma diminuição da percentagem das famílias que referiram uma avaliação negativa em relação a 2017: respetivamente, 48,4%, 54,5% e 54,7%, com destaque para os encargos financeiros com medicamentos.

Os encargos financeiros com:

- cuidados médicos (consultas, exames e tratamentos médicos, de medicina geral ou especializada) representavam um encargo muito pesado para 12,7% das famílias e um peso moderado para 33,1%;
- medicamentos representavam um encargo muito pesado para 16,1% das famílias e algo pesado para 33,6%;

- cuidados dentários representavam um encargo muito pesado para 17,5% das famílias e algo pesado para 33,7%.

Figura 13. Proporção das famílias que avaliaram os encargos financeiros com cuidados de saúde como algo pesados ou muito pesados, Portugal, 2017 e 2022, e por exposição ao risco de pobreza, Portugal, 2022

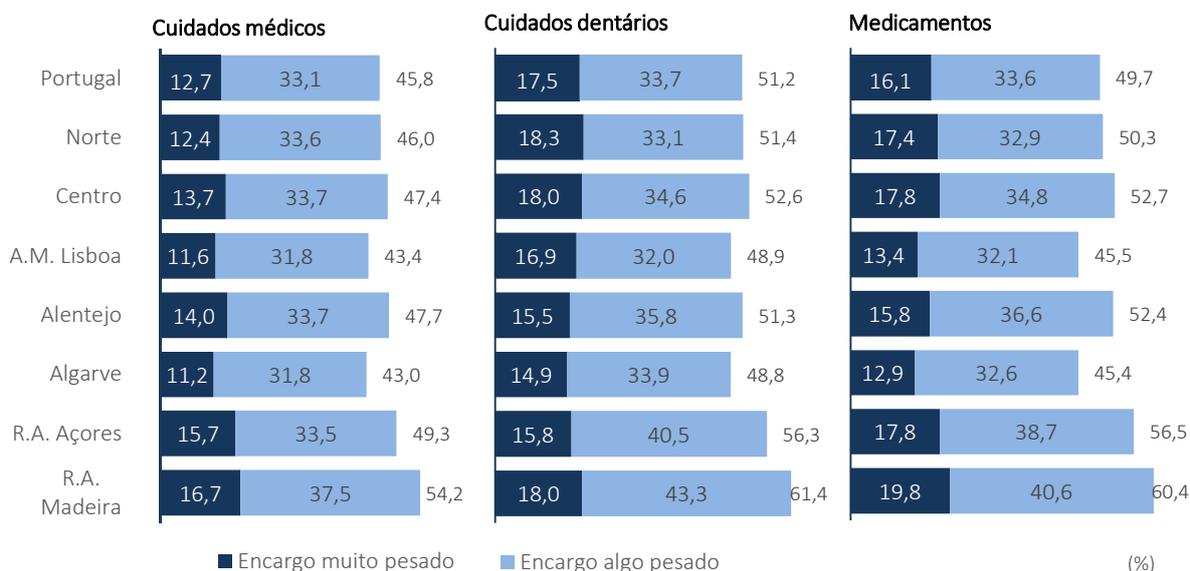


Fonte: INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento 2017 e 2022.

Como seria expectável, a avaliação negativa do peso dos encargos financeiros como cuidados de saúde é maior no caso das famílias em risco de pobreza, sobretudo para os cuidados dentários (59,4% de famílias em risco de pobreza) e para os medicamentos (61,6% de famílias em risco de pobreza).

Por região NUTS II, eram mais elevadas as proporções de agregados familiares que avaliavam como pesados os encargos financeiros com os cuidados de saúde na Região Autónoma da Madeira (54,5% em relação a cuidados médicos, 60,4% em relação a medicamentos e 61,3% para cuidados dentários).

Figura 14. Proporção das famílias que avaliaram os encargos financeiros com cuidados de saúde como algo pesados ou muito pesados, Portugal e NUTS II, 2022



Fonte: INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento 2022.

#### 4,1% da população em situação de insegurança alimentar moderada ou grave em 2022

O ICOR permite, desde 2019, a estimação de resultados sobre a insegurança alimentar, ou seja, sobre privação de acesso garantido a quantidade suficiente de alimentos adequados ao normal crescimento e desenvolvimento para uma vida ativa e saudável, com base na metodologia FIES (*Food Insecurity Experience Scale*)<sup>2</sup>, definida pela FAO (Organização para a Alimentação e Agricultura das Nações Unidas), que serve de referência ao indicador 2.1.2 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

A implementação desta metodologia inclui a recolha de dados para um conjunto de oito perguntas normalizadas pela FAO e o apuramento da insegurança alimentar de acordo com dois níveis de gravidade:

- Moderada, quando existe o risco de faltarem alimentos, nomeadamente de qualidade nutricional suficiente;
- Grave, quando existe ausência total de alimentos ou fome por um dia ou dois.

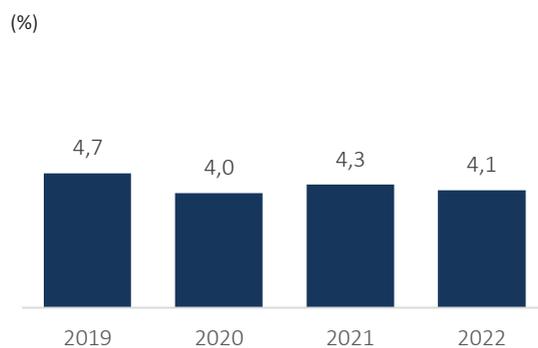


<sup>2</sup> V. Nota metodológica.



Os resultados obtidos através da aplicação da escala da insegurança alimentar (FIES) permitem concluir que, em 2022, 4,1% da população residente em Portugal se encontrava em situação de insegurança alimentar moderada e/ou grave, valor ligeiramente inferior ao obtido no ano anterior (4,3%). A insuficiência alimentar grave afetava menos de 1% da população.

Figura 15. Prevalência da insegurança alimentar moderada ou grave na população residente, Portugal, 2019-2022



Fonte: INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento 2019-2022.



## NOTA METODOLÓGICA

O Inquérito às Condições de Vida e Rendimento das Famílias (EU-SILC) é realizado em Portugal desde 2004, até 2020 no quadro de legislação comunitária específica (Regulamento n.º 1177/2003), que estabelecia um sistema comunitário harmonizado de produção de estatísticas sobre a pobreza, privação e exclusão social. A partir de 2021, o inquérito é realizado de acordo com regulamentação europeia específica e em conformidade com o Regulamento (UE) 2019/1700 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 10 de outubro de 2019.

Para além de um conjunto de dados a obter anualmente, o novo regulamento estabelece um conjunto de tópicos detalhados a obter com regularidade e ainda o desenvolvimento de módulos ad hoc a aplicar periodicamente, constituídos por matérias de especial interesse para os utilizadores num determinado momento, mas que não estão incluídas nos conjuntos de dados regulares. Em 2022, foi implementado pela primeira vez o módulo regular sobre “Saúde”, a aplicar a cada três anos, que integra variáveis relativas a cuidados e determinantes de saúde e sobre limitações funcionais, em complemento com variáveis relativas ao estado de saúde recolhidas anualmente, e cujos resultados são apresentados neste destaque.

Algumas variáveis replicam a experiência do módulo *ad hoc* de 2017, pelo que se apresentam os resultados comparados, sempre que possível.

Desde 2019 que o Inquérito às Condições de Vida e Rendimento das Famílias recolhe oito questões dirigidas ao representante do agregado que compõem a escala da insegurança alimentar: 1) Nos últimos 12 meses, houve alguma altura em que o(a) Sr(a). ou alguém do seu agregado teve preocupação de não ter comida suficiente para comer, por falta de dinheiro ou outros meios?; 2) Continuando a pensar nos últimos 12 meses, houve alguma altura em que o(a) Sr(a). ou alguém do agregado não conseguiu consumir comida saudável e nutritiva, por falta de dinheiro ou outros meios?; 3) Consumiu apenas alguns tipos de comida/alimentos por falta de dinheiro ou outros meios?; 4) Deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro suficiente ou outros meios para obter comida?; 5) Ainda considerando os últimos 12 meses, houve alguma altura em que o(a) Sr(a). ou alguém do agregado comeu menos do que achou que devia comer, por falta de dinheiro ou outros meios?; 6) Ou ficou sem comida em sua casa por falta de dinheiro ou outros meios?; 7) Ou sentiu fome, mas não comeu, porque não tinha dinheiro ou outros meios para obter comida?; 8) Nos últimos 12 meses, houve alguma altura em que o(a) Sr(a). ou alguém do agregado ficou um dia inteiro sem comer, por falta de dinheiro ou outros meios?.

Os itens que compõem a escala da insegurança alimentar (FIES) foram desenhados para cobrir a gravidade da insegurança alimentar e devem ser analisados em conjunto. Os dados da escala são analisados através da aplicação do modelo *Rasch*, amplamente utilizado em estudos de saúde e possibilita a base estatística para a medição da segurança alimentar baseada na experiência, e permite produzir dados sobre insegurança alimentar comparáveis entre países.

Em 2022, a informação foi recolhida através de entrevistas presenciais assistidas por computador (CAPI, ou *Computer Assisted Personal Interviewing* em inglês) e de entrevistas telefónicas (CATI, ou *Computer Assisted Telephone Interviewing* em inglês), entre abril e julho.

Os resultados estimados para os indicadores sobre saúde foram obtidos a partir do ponderador individual dos indivíduos com 16 ou mais anos. Os ponderadores de agregado familiar e indivíduo utilizados no ICOR são ajustados de acordo com a distribuição destas unidades por região, dimensão familiar, idade e sexo. No cálculo dos ponderadores foi incorporado um fator de correção de não-respostas totais, assim como um processo de calibragem que teve por base os resultados dos



Censos 2021 para as variáveis ao nível dos agregados familiares e as Estimativas da população residente em 31 dezembro de 2021 para as variáveis ao nível dos indivíduos. As variáveis auxiliares (margens) são o número de agregados por NUTS II e o número de agregados segundo a sua dimensão (1, 2, 3 e 4 ou mais indivíduos), e, ao nível dos indivíduos, as estimativas independentes da população por sexo e escalões etários quinquenais (exceto o primeiro e o último escalões que compreendem, respetivamente, todos os indivíduos com menos de 16 anos e os indivíduos com 75 ou mais anos de idade).

## CONCEITOS

**Atividade física:** Atividade corporal produzida pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético

**Autoapreciação do estado de saúde:** Apreciação subjetiva que cada pessoa faz da sua saúde.

**Bebida alcoólica:** Bebida para consumo humano que contém etanol.

**Consulta de clínica geral:** Consulta médica realizada por médico sem especialidade ou por médico especialista fora do âmbito das competências específicas da respetiva especialidade.

**Consulta de especialidade:** Consulta médica realizada no âmbito de uma especialidade ou subespecialidade de base hospitalar que deve decorrer de indicação clínica.

**Consulta de medicina geral e familiar:** Consulta médica realizada no âmbito da especialidade de Medicina Geral e Familiar.

**Estado de saúde:** Perfil de saúde de um indivíduo ou população que é objetivável através de um conjunto organizado de indicadores.

**Índice de massa corporal:** Índice internacional adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que permite determinar se um indivíduo tem baixo peso, peso normal, excesso de peso ou obesidade. O índice de massa corporal corresponde ao quociente entre o peso de uma pessoa em quilogramas e o quadrado da sua altura em metros. Classificação do índice de massa corporal: baixo peso (IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup>); peso normal (IMC ≥ 18,5 kg/m<sup>2</sup> e < 25 kg/m<sup>2</sup>); excesso peso grau I (IMC ≥ 25 kg/m<sup>2</sup> e < 27 kg/m<sup>2</sup>); Excesso peso grau II (IMC ≥ 27 kg/m<sup>2</sup> e < 30 kg/m<sup>2</sup>); e obesidade (IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>).

**Insegurança alimentar:** Privação de acesso garantido a quantidade suficiente de alimentos adequados ao normal crescimento e desenvolvimento para uma vida ativa e saudável. A insegurança alimentar pode ocorrer pela indisponibilidade de alimentos, a incapacidade de aquisição, a distribuição inapropriada ou utilização desadequada dos alimentos ao nível do agregado familiar. A insegurança alimentar pode ser crónica, sazonal ou transitória.

**Insegurança alimentar grave:** Insegurança alimentar que decorre da ausência de comida total ou por um dia ou dois, da fome extrema.

**Insegurança alimentar moderada:** Insegurança alimentar que decorre da incerteza em obter alimentos, do risco de faltar às refeições ou os alimentos se esgotarem, de ser forçado a comprometer-se com a qualidade nutricional e/ou a quantidade de alimentos consumidos.

**Linha de pobreza:** limiar do rendimento abaixo do qual se considera que uma família se encontra em risco de pobreza. Este valor foi convencionado pela Comissão Europeia como sendo o correspondente a 60% da mediana do rendimento por adulto equivalente de cada país.

**Medicamento:** Substância ou associação de substâncias que possuem propriedades curativas ou preventivas de doenças e dos seus sinais ou sintomas, com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou a restaurar, corrigir ou modificar as respetivas funções fisiológicas.

**Médico dentista:** Profissional de saúde com licenciatura em medicina dentária e autorização pela respetiva ordem profissional para exercer medicina dentária.

**Médico especialista:** Médico habilitado a exercer uma especialidade em medicina.



INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA  
STATISTICS PORTUGAL

informação à comunicação social

# DIÍSTAQUE

**Ortodontista:** Médico dentista especializado em ortodontia.

**Problema de saúde:** Problema relacionado com a saúde que suscita a necessidade de prestação de cuidados de saúde.

**Saúde:** Estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença.

**Saúde oral:** Estado de saúde relacionado com a ausência de doenças, distúrbios ou malformações que afetam qualquer uma das estruturas da cavidade oral.

**Risco de pobreza:** condição da população residente cujo rendimento equivalente disponível se encontra abaixo da linha de pobreza.

---