

Sobre algumas necessidades em saúde da população idosa da vila de Montemor-o-Novo

TERESA MARIA MIGUENS DE SOUSA MACHADO

Introdução

Nas últimas décadas a população idosa (65 e mais anos) tem aumentado quer em número quer em proporção. Este facto é devido a um declínio da mortalidade e da natalidade (OMS, 1984).

O processo de envelhecimento implica por um lado uma perda de função progressiva de vários órgãos e sistemas (envelhecimento fisiológico) e, por outro lado, o aparecimento de situações patológicas de evolução prolongada (envelhecimento patológico) (Ministério de Sanidade y Consumo, 1984; OMS, 1984). O estabelecimento dum limite entre estes é praticamente impossível. No entanto, o que é fundamental é o facto de ambos serem responsáveis por alterações que determinam dependência dos idosos dos pontos de vista físico e funcional, psicológico e social (Phillips, 1985). Do exposto se depreende que ao aumento da esperança de vida não corresponde uma melhoria da qualidade de vida.

Para Fanshell e Bush (1970) a noção de «boa saúde» está associada à capacidade de um indivíduo desempenhar as suas actividades diárias habituais.

Uma abordagem compreensiva e multidimensional dos problemas dos idosos impõem-se actualmente na medida em que a «Saúde/Bem Estar» destes,

mais do que em idades mais jovens, é função da sua situação física e funcional, mental e sócio-económica assim como da disponibilidade dos serviços (Phillips, 1985; OMS, 1984).

O centro de saúde de Montemor-o-Novo, conhecedor destes factos e abrangendo uma população com uma percentagem (15,4%) de indivíduos de mais de 65 anos superior à média nacional (Centro de Saúde de Montemor-o-Novo, 1986), resolveu propor à Escola Nacional de Saúde Pública a realização de um estudo sobre a situação de saúde, e, também sobre a utilização dos serviços, da população de 65 anos na vila de Montemor-o-Novo, durante os meses de Junho e Julho de 1986, com a finalidade de planear os cuidados a prestar segundo as necessidades encontradas.

Hipóteses

1 — A dependência física e funcional aumenta com a idade. As mulheres são mais dependentes que os homens.

2 — As doenças crónicas são causas major de dependência funcional.

3 — Os mais dependentes funcionalmente não são os que mais utilizam os serviços de saúde.

4 — O recurso a actividades assim como o uso de próteses auditivas, dentárias e de óculos é muito baixo atendendo às necessidades deste grupo etário.

5 — O principal suporte social dos idosos é a família.



Teresa Maria Miguens de Sousa Machado é médica de saúde pública.

Metodologia

Efectuámos um estudo transversal, a uma amostra aleatória da população, baseado num único questionário.

Universo — Indivíduos de 65 e mais anos, residentes na vila de Montemor-o-Novo num total de 1499 idosos, sendo 710 do sexo masculino e 789 do sexo feminino. Não foram considerados os indivíduos vivendo em aglomerados fora do perímetro urbano da vila.

Amostra — Pretende ser representativa do universo considerado e foi obtida através da consulta das fichas do recenseamento eleitoral.

A partir desta procedeu-se à estratificação por sexo e por 4 grupos etários (65 a 69, 70 a 74, 75 a 79 e 80 e mais anos). Retiraram-se aleatoriamente 15 % dos indivíduos de cada classe, tendo-se obtido uma amostra estratificada de 225 idosos proporcional ao sexo e aos grupos etários estabelecidos.

Inquérito — Baseou-se no questionário utilizado pelo prof. doutor Correia de Campos (Campos, 1982) e posteriormente pela dr.^a Margarida Silva (Silva, 1985). Foi adaptado ao caso. Na generalidade as perguntas eram fechadas à excepção duma sobre o uso de medicamentos. A 1.^a parte consistia em 10 perguntas adaptadas do «Mental State Questionary». Se o idoso errava 4 ou mais perguntas, era escolhido outro respondente próximo ou ajudado por este. A 2.^a parte que foi o suporte de informação do estudo tinha 60 perguntas (Almeida, 1986).

Tratamento de dados — A codificação foi feita pela própria investigadora. O tratamento de dados foi realizado parcialmente pelo computador no centro de cálculo da Escola Nacional de Saúde Pública e em parte manualmente. Utilizou-se o teste de Y2 para testar a independência ou associação das variáveis. As escalas utilizadas foram nominais à excepção da utilizada para avaliar a capacidade funcional que era ordinal (tipo Gutman).

Classificação empregue para a capacidade funcional:

— Classe 1 (somatório 10-13) — indivíduo independente ou com dependência ocasional de terceiros em apenas 1 item.

— Classe 2 (somatório 14-22) — Indivíduo com necessidade de apoio mecânico ou dependência de terceiros para alguns itens.

— Classe 3 (somatório 23-31) — Necessidade constante de ajuda de terceiros.

— Classe 4 (somatório 32-40) — Indivíduo sempre em casa e com mobilização difícil.

— Classe 5 (somatório 41 e mais) — Indivíduo acamado ou quase sempre acamado.

Foi feito posteriormente novo agrupamento, considerando-se 3 classes funcionais:

— Classe 1 — Independentes (correspondente à classe 1).

— Classe 2 — Francamente dependentes (corresponde à classe 2).

— Classe 3 — Fortemente dependentes (correspondente às classes 3, 4 e 5).

A escala utilizada para avaliar a situação mental dos inquiridos foi uma escala de rastreio ajustada à situação nacional por Pio de Abreu (1981), cuja finalidade é a de detectar a existência ou não de alterações psicológicas num indivíduo. O número de respostas significativas são somadas e a partir dum determinado limiar é possível considerar a existência de doença ou de desvio de normalidade (score: 1 ponto por cada +. Limiar: sexo feminino 6/7. Sexo masculino 5/6. Falsidade: 1 ponto por cada F. Limiar 3/4).

Resultados

Foram observados 225 idosos, 108 do sexo masculino e 117 do sexo feminino. (*Quadro I*).

Situação Sócio-Económica

Profissionalmente 80,9 % eram rurais, operários não especializados ou domésticas; 46,7 % não sabem ler, nem escrever; 84,9 % dependem exclusivamente da pensão de reforma ou de sobrevivência.

Situação Social

49,3 % são casados, 38,2 % são viúvos, 11,6 % solteiros e 0,9 % divorciados ou separados.

48 % vivem habitualmente com o cônjuge, 24 % vivem sós, 12 % com filhos, 10,7 % com irmãos ou parentes próximos e 4,9 % vivem no lar da 3.^a idade.

Dos que vivem sós, 55,7 % têm apoio de familiares, 14,8 % de vizinhos e 29,5 % não têm qualquer destes apoios.

Dos indivíduos fortemente dependentes 93 % vivem com a família. Os restantes 7 % vivem sós e sem apoio familiar ou de vizinhos.

Procurámos encontrar outro tipo de suportes organizados ou não e verificámos que 3,1 % dos ido-

Quadro I
Distribuição dos inquiridos
por grupos etários e sexo

Grupos etários	Mulheres	Homens	Total
65-69	28	29	57
70-74	27	24	51
75-79	28	23	51
>= 80	35	31	66
Total	118	107	225

Idosos inquiridos não têm qualquer tipo de suporte, nem familiar nem comunitário, como se pode ver no *Quadro II*.

10,2 % tiveram contacto com a assistente social.

Capacidade Funcional

Distribuição dos idosos por classes de dependência funcional:

Classe 1	— 118 (52,4 %)
Classe 2	— 78 (34,7 %)
Classe 3	— 18 (8 %)
Classe 4	— 6 (2,7 %)
Classe 5	— 5 (2,2 %)

Situação Mental

Encontrámos os seguintes resultados:

Idosos com alterações psicológicas — 59 (26,2 %). Destes, 74,7 % eram mulheres. Sem alterações psicológicas — 151 (67,1 %). Idosos cujas respostas tinham carácter de falsidade — 15 (6,7 %).

Verificou-se ser estatisticamente significativo o aumento do número de alterações psicológicas com a idade e no sexo feminino.

Morbilidade

Os principais problemas de saúde expressos foram:

— Queixas reumáticas	— 164 (72,9 %)
— Queixas cardíacas	— 87 (38,7 %)
— Hipertensão	— 82 (36,4 %)
— Asma ou bronquite crónica	— 61 (27,1 %)
— Antecedentes de AVC	— 21 (9,3 %)
— Diabetes	— 20 (8,9 %)
— Fracturas resultantes de acidentes ocorridos nos últimos 5 anos	— 40 (14,2 %)

Dos idosos inquiridos 9,3 % referiram não ter qualquer queixa, 30,7 % uma queixa, 49,3 % 2 a 3 queixas e 10,7 % mais de 4 queixas. Existe associação entre a variável número de queixas e a variável sexo.

($X^2 = 15,06$; G. L. = 3, $P < 0,005$).

Visão

57 (25,3 %)	dos inquiridos viam bem
70 (31,3 %)	viam bem ao perto e mal ao longe
44 (19,6 %)	viam bem ao longe e mal ao perto
54 (24 %)	viam muito mal

Recorreram ao oftalmologista nos últimos 5 anos 36,9 % do total de idosos, 38,1 % dos que apresentavam défice de acuidade visual e 40,7 % dos que viam muito mal; 60 % dos indivíduos observados usavam óculos.

Dos que usavam óculos 16,3 % referiram ver bem, 52,6 % tinham dificuldade num dos itens (perto ou longe) e 31,5 % continuavam a ver muito mal.

Audição

91 (40,4 %)	ouviam bem
82 (36,4 %)	ouviam desde que se dirigissem só a eles
39 (17 %)	necessitavam que se falasse mais alto e devagar
13 (5 %)	ouviam muito mal ou eram mesmo surdos

Dos 82 que ouviam desde que se dirigissem só a eles 1 usava aparelho para ouvir melhor e 7 tinham consultado nos últimos 5 anos o especialista. Dos 52 que tinham uma perda de acuidade auditiva elevada apenas 5 (9,6 %) usava aparelho e 3 tinham consultado o otorrinolaringologista.

Dentição

3 (1,3 %)	tinham dentadura completa
52 (23,1 %)	faltavam alguns dentes
89 (39,6 %)	faltavam quase todos
81 (36 %)	faltavam todos os dentes

Usavam prótese dentária 36,9 % do total dos idosos observados, 20,6 % daqueles a quem faltavam alguns ou quase todos os dentes e 65,4 % dos idosos a quem faltavam todos os dentes. Existe associação entre as variáveis estado de dentição e uso de prótese dentária ($X^2 = 44,96$; G. l. = 1; $P < 0,005$). Nos últimos 5 anos tinham consultado o estomatologista 22,2 % dos inquiridos.

Uso de medicamentos

No seu dia-a-dia, 66,7 % tomam medicamentos. Destes, 60,7 % são mulheres. São também as mulheres que tomam maior número de medicamentos/dia. Verificou-se existir associação entre a variável medicação e as variáveis capacidade funcional, número de queixas, situação mental e sexo.

Percepção do estado de saúde

Regular	— 115 (51,1 %)
Fraco	— 50 (22,2 %)
Bom	— 46 (20,4 %)
Mau	— 13 (5,8 %)
Muito bom	— 1 (0,4 %)

Utilização de serviços

Respostas à pergunta «quantas vezes foi ao médico no último ano?»

Nunca foi	— 18 (8 %)
1 a 2 vezes	— 108 (48 %)
3 a 5 vezes	— 64 (28,4%)
5 a 6 vezes	— 11 (4,9%)
+ de 6 vezes	— 24 (10,7%)

Verificámos que o sexo feminino tem um peso superior ao masculino no consumo de cuidados médicos.

Não encontramos qualquer associação entre a capacidade funcional e o número de visitas ao médico.

No *Quadro III* pode-se apreciar um resumo da utilização de serviços em relação com a capacidade funcional.

Recorreram a serviços de fisioterapia/reabilitação nos últimos 5 anos 12,4% dos idosos. Dos indivíduos em que existia dependência funcional 16,8% e dos idosos com antecedentes de AVC 33,3%.

Observámos que os idosos recorriam a consultas da especialidade por iniciativa própria em 57,6% dos casos e o especialista era particular em 85,6% dos casos.

Nos últimos 5 anos 22,6% tinham estado internados em hospital.

Necessidades expressas

Respostas dos idosos àquilo que consideravam mais necessário:

Cuidados de saúde	— 100 (44,6%)
Convívio	— 49 (21,9%)
Dinheiro	— 43 (19,2%)
Ajuda a cuidar da casa e ou de si	— 32 (14,3%)

O *Quadro IV* mostra a relação entre a variável capacidade funcional e algumas das variáveis em estudo.

Quadro II
Frequência habitual de locais de convívio por idosos vivendo sós

Vive só	Frequenta local de convívio	Não frequenta local de convívio	Total
Vive só recebendo visitas de familiares ou vizinhos	23	19	42
Vive só sem visitas	11	7	18
Total	34	26	60

Quadro III
Quadro resumo da utilização de serviços em relação com capacidade funcional

Capacidade funcional	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Total
Utilização de serviços				
Nunca foi ao médico	10 (8,5 %)	8 (10,3 %)	0 (0,0 %)	18 (8,0 %)
Nunca foi visitado pelo médico	107 (90,7 %)	70 (89,7 %)	23 (79,3 %)	200 (88,9 %)
Nunca foi visitado pelo enfermeiro	109 (92,4 %)	68 (87,2 %)	24 (82,6 %)	201 (89,3 %)
Total	118 (100,0 %)	78 (100,0 %)	29 (100,0 %)	225 (100,0 %)

Fonte: Inquérito população idosa

Quadro IV
Relação entre a variável capacidade funcional
e algumas das variáveis em estudo

Variáveis	X ²	G.º Liberdade	P < =	Significância
Sexo	0,70	2	0,750	Não significativa
Idade	33,29	2	0,005	Alt. Significante
N.º queixas	12,16	2	0,005	Alt. significativa
Queixas cardíacas	10,24	2	0,010	Significante
Hipertensão	9,80	2	0,010	Significante
Reumatismo	7,36	2	0,050	Significante
Situação mental	22,04	2	0,005	Alt. significativa
Visão	24,39	4	0,005	Alt. significativa
Audição	24,29	4	0,005	Alt. significativa
Foi ao médico	4,16	3	0,250	Não significativa
Usa medicamentos	18,31	2	0,005	Alt. significativa
Com quem vive	23,06	2	0,005	Alt. significativa
Necessidade expressa	3,52	2	0,250	Não significativa
Internamento hospitalar	9,74	2	0,010	Significante

Fonte: Inquérito população idosa

Discussão

O suporte social do idoso é fundamentalmente familiar, constituindo também a vizinhança um apoio de alguma importância. Viviam com a família 93% dos idosos fortemente dependentes e apenas 4,9% do total de indivíduos se encontravam a viver no lar da 3.ª idade. Destes, nenhum pertencia à classe 3.

Mencionaram ter tido contacto com a técnica local de segurança social 10,2% dos indivíduos sendo este apoio de base pecuniária e não do tipo apoio domiciliário. Os suportes comunitários locais alternativos ao tradicional suporte familiar também dão alguma resposta ao problema do isolamento. Apenas encontramos 3,1% dos idosos vivendo completamente isolados.

Os nossos resultados são pois concordantes com os de outros estudos em que se aponta a componente familiar como de vital importância.

Em relação à capacidade funcional, 52,4% dos idosos eram independentes, 34,7% fracamente dependentes e 12,9% fortemente dependentes. Embora o sexo feminino apresente maior número de queixas e mais alterações psicológicas, utilize mais medicamentos no seu dia-a-dia e serviços médicos, concluímos não haver correlação entre sexo e a capacidade funcional, ao contrário do verificado noutros trabalhos (Abreu, 1981; Campos 1982).

Encontrámos taxas de prevalência de doenças crónicas na generalidade superiores às descritas noutros estudos (OMS, 1984). No entanto, os nossos resultados carecem de confirmação clínica. Pensamos que estas sejam causas maior de limitação das actividades da vida diária na medida em que verificámos existir correlação entre a dependência funcional e o n.º de queixas assim como a presença de reumatismo, doenças cardíacas e de hipertensão.

Estes resultados estão de acordo com os encontrados no inquérito realizado pelo «Metropolitan Life Insurance» em 1982. Contudo a dependência funcional é mais função da idade do que de outros factores ($X^2 = 33,29$; G.l. = 2; $P < 0,005$). Apesar disso os idosos não constituem um grupo homogéneo e assim encontramos indivíduos totalmente dependentes em idades mais avançadas.

Uma condição que tem especial importância para a saúde dos idosos porque é causa de perda de autonomia é a situação mental. No nosso trabalho encontramos 26,2% de indivíduos com alterações psicológicas dos quais 74,6% eram mulheres (relação com capacidade funcional: $X^2 = 22,04$; G.l. = 2; $P < 0,005$).

Particularmente relevantes para os idosos são os problemas dentais, de audição e de visão. No nosso trabalho verificámos que estes tinham uma alta prevalência entre os indivíduos em estudo e que os défices de visão e de audição estavam fortemente associados à capacidade funcional. No nosso trabalho verificámos que estes tinham uma alta prevalência entre os indivíduos em estudo e que os défices de visão e de audição estavam fortemente associados à capacidade funcional. Ao contrário do que seria desejável são dos mais negligenciados. Assim, 74,7% apresentavam défice da acuidade visual. Dos 32,1% de idosos que viam muito mal, apenas 40,7% tinham consultado o oftalmologista nos últimos 5 anos. Daqueles que usavam óculos só 16,3% referiam ver bem. Pensamos que seria importante investigar futuramente se existem problemas oftalmológicos que não têm resposta de especialidade por razões económicas ou se existem problemas do foro da medicina interna que não foram devidamente estudados.

Em relação à audição, 59,6% apresentaram défice da acuidade auditiva. Destes, apenas 4,5% usa-

vam prótese auditiva e 7,5% tinham consultado o especialista.

Em relação ao estado de dentição apenas 3 idosos tinham ainda dentadura completa, 36,9% usavam prótese dentária. Tendo verificado existir uma forte associação entre as variáveis estado de dentição e uso de prótese dentária é pertinente concluir que para além do facto do uso de próteses dentárias não estar generalizado neste grupo etário, os idosos só recorrem a elas após lhes terem caído os dentes todos. Seria de investigar se na base existe um problema cultural ou económico. Tinha consultado o estomatologista nos últimos 5 anos apenas 22,2% dos idosos.

Em relação ao uso de medicamentos diários existe um aumento do uso destes nas classes funcionais mais dependentes. O aumento é mais notório nos indivíduos que apresentam maior número de queixas e naqueles com alterações psicológicas.

Sendo o peso dos idosos nas consultas de clínica geral no centro de saúde de 32%, concluímos no entanto, que a moda de utilização dos serviços não é alta, 1 a 2 vezes por ano, e que a afluência dos idosos que se encontram mais dependentes do ponto de vista funcional não é superior à dos idosos independentes. Verificámos também que 8% dos indivíduos não tinham sido sujeitos a observação médica no último ano. É pois provável que aquele grupo que recorre mais de 6 vezes/ano às consultas tenha um peso muito elevado nestas. Seria interessante averiguar se existe ou não associação entre a dependência e a auto-estima.

Partindo do pressuposto de que o centro de saúde não tem programas de visita domiciliária, então os valores observados de 11,1% para visitas médicas e de 10,7% para visitas de enfermagem deverão ter sido efectuadas pela privada.

O recurso a cuidados de reabilitação também é muito baixo atendendo à prevalência de situações de dependência funcional e aos acidentes vasculares cerebrais. Apenas 12,4% tinham recorrido a serviços de fisioterapia. Dos indivíduos em que existia dependência funcional, 16,8% e dos indivíduos com antecedentes de AVC, 33,3%.

Concluímos também que as consultas de especialidade estão quase totalmente a cargo da Medicina Privada (85,6%).

Queremos recordar que a avaliação do estado de saúde neste trabalho é predominantemente funcional e não médica. Além disso os entrevistadores não eram profissionais de saúde. Estudos complementares baseados numa avaliação clínica são necessários.

Conclusão

Apesar dos idosos não constituírem um grupo homogêneo concluímos que o estado de dependência física é função da idade e que as doenças crónicas têm um grande peso neste grupo etário e são causas maior de limitação das actividades da vida diária.

Foi também no grupo mais dependente do ponto de vista funcional que encontramos uma maior prevalência de alterações psicológicas.

É o sexo feminino que apresenta maior número de queixas e mais alterações psicológicas, que utiliza mais medicamentos no dia-a-dia e serviços médicos. No entanto não encontramos correlação entre o sexo e a capacidade funcional.

Os problemas dentais, de audição e da visão têm alta prevalência nos idosos e são dos mais negligenciados. Estes 2 últimos estão fortemente associados à capacidade funcional. O uso de próteses dentárias e auditivas não se encontra generalizado e uma grande percentagem dos indivíduos que usavam óculos não tinha o seu problema de visão resolvido.

A moda da utilização de serviços não é alta (1 a 2 vezes/ano) e os idosos que são mais dependentes funcionalmente não são os que mais utilizam os serviços.

O apoio domiciliário (médico, enfermagem e social) é quase inexistente. O principal suporte dos idosos fortemente dependentes é a família.

O recurso a serviços da especialidade é muito baixo e está em 85,6% dos casos a cargo da medicina privada.

Concluímos pela fraca disponibilidade dos serviços e pela necessidade de racionalizar os cuidados em função das necessidades dos idosos e encontrar uma via para formar um sistema flexível e coordenado entre os serviços de saúde, os serviços sociais e todas as organizações informais comunitárias com vista a manter os idosos integrados no seu meio nas melhores condições e com o máximo de autonomia possíveis.

□ Bibliografia

ABRAMSON, J. H.:

«Survey methods in community medicine. An introduction to epidemiological and evaluate studies», 2.^a ed., Churchill Livingstone, Edinburgh, London and New York, 1979.

ABREU, J. L. P.; PATO, M. L. V.:

«A utilização de uma escala de rastreio em epidemiologia psiquiátrica». Revista de Psiquiatria Clínica, 2, (2), 1981

ALMEIDA, T. C.:

«Sobre algumas das necessidades em Saúde dos idosos da Vila de Montemor-o-Novo». Escola Nacional de Saúde Pública, 1986.

CAMPOS, A. C.:

«Adequação de intensidade de cuidados aos níveis de dependência de idosos, análise económica das ineficiências», 1982.

Centro de Saúde de Montemor-o-Novo:

«Diagnóstico da situação de Saúde do Concelho de Montemor-o-Novo», 1986.

FANSHELL, S. e BUSH, J. W.:

«A health status index and its application to health services outcomes», *Oper. Res. Soc. of Amer.*, 18:1.021, 1970.

Ministério de Sanidad Y Consumo:

«Guia para la elaboracion del Programa del anciano en Atencion Primaria de Salud», Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad Y Consumo, Madrid, 1984.

OMS:

«The elderly in eleven countries», Publications of the W.H.O., 1983.

OMS:

«Preventing disability in the elderly» Euro-Reports and Studies — 65, 1985.

OMS:

«The uses of epidemiology in the study of the elderly», Technical reports, series 706, Geneva 1984.

PHILLIPS, H. T.; GAYLORD, S. A.:

«Aging and Public Health», Springer Publishing Company, New York, 1985.

SILVA, M. M. F. S. G.:

«Estudo da capacidade funcional da população idosa da freguesia de Maceira, Concelho de Leiria», 1985.

□ Résumé

À PROPOS DE QUELQUES NECESSITES EN SANTÉ DE LA POPULATION AGÉE DE LA VILLE DE MONTEMOR-O-NOVO.

L'organisation des services de santé d'après les besoins de la population est une préoccupation des administrateurs des services de santé.

Cet étude a comme objectif identifier quelques unes des nécessités en santé de la population plus âgée de la ville de Montemor-o-Novo. Pour cela on a réalisé une enquête à un aperçu aléatoire de la population âgée de plus de 65 ans.

On a vérifié que les plus dépendants physique et fonctionnellement étaient les plus âgés et ceux où les maladies chroniques ont plus de prévalence.

C'est aussi dans ce groupe qu'on a trouvé plus d'individus avec des altérations psychologiques. Cependant ce ne sont pas ceux qui utilisent plus les services de santé. Les problèmes d'audition, de vision et de dentition ont aussi une haute prévalence dans ce groupe et sont les plus négligés. L'appui domiciliaire soit des services de santé soit des services sociaux est presque inexistant et c'est la famille qui constitue le principal soutien informel pas organisé des plus âgés fortement dépendants.

On conclut par la nécessité d'organiser un système flexible et coordonné entre les services de santé, les services sociaux et toutes les organisations communautaires informelles qui puissent prendre en charge les plus âgés en les ayant dans son environnement le plus longtemps possible et dans les meilleurs conditions de santé.

□ Summary

ABOUT ELDERLY'S HEALTH NEEDS IN THE TOWN OF MONTEMOR-O-NOVO

The planning of the health services according to the needs of the population is one of the health services major goals.

The aim of the present study is to identify some of the health care needs concerning the elderly in the town of Montemor-o-Novo.

To achieve this purpose an inquiry was held into a randomized sample of the population aged 65 and over.

It was inferred that physical and functional dependency as well as psychological disturbances increased with age and in patients with chronic diseases. This age group isn't however the greatest user of health care services.

Hearing, vision and dental problems are also highly prevailing at this age but most neglected.

House support isn't available neither from health nor from social services and therefore, family provides an informal unorganized support to the most dependent.

To draw a conclusion it is understood as essential the organization of a flexible and cooperative system including health and social services and other informal organized community services which will provide full health care and well being to the elderly in their own environment as long and as good as possible.