

## Artigos originais

# Comunicação social e independência funcional em idosos de comunidade coberta pela estratégia saúde da família

*Social communication and functional independence of the elderly in a community assisted by the family health strategy*

Angelina Travassos de Queiróz Coutinho<sup>(1)</sup>

Mirella Bezerra Rodrigues Vilela<sup>(1)</sup>

Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima<sup>(1)</sup>

Vanessa de Lima Silva<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil.

Fonte de auxílio: Conselho Nacional de Pesquisa (CNPQ), processo nº 461373/2014-9.

Conflito de interesses: Inexistente



## RESUMO

**Objetivo:** analisar a associação entre a comunicação social e a independência para as Atividades Instrumentais de Vida Diária em idosos residentes em um território coberto pela Estratégia Saúde da Família.

**Métodos:** foi realizado um estudo seccional, com idosos  $\geq 60$  anos. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de questionário socioeconômico e demográfico. A independência funcional foi avaliada por meio da escala de atividades instrumentais de vida diária; e a comunicação social, por meio do domínio da comunicação social do protocolo ASHA FACTS. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e regressão logística.

**Resultados:** foram avaliados 123 idosos, com média de idade de 68 anos (Desvio Padrão=7 anos), destes a maioria foram do sexo feminino (72,4%) e dependentes (64,2%). A maioria dos idosos com comunicação social insuficiente apresentou dependência funcional (70,9%). Após controle pelas variáveis sociodemográficas, a comunicação social manteve-se associada significativamente com a dependência funcional para as atividades instrumentais de vida diária (Odds Ratio=2,45;  $p=0,04$ ).

**Conclusão:** idosos com comunicação social insuficiente apresentam mais que o dobro de chance de ter dependência funcional para as Atividades Instrumentais de Vida Diária, em comparação com idosos com comunicação social suficiente. O conhecimento desta associação pode contribuir para a melhoria do cuidado e qualidade de vida dessa população.

**Descritores:** Idoso; Comunicação; Fonoaudiologia; Dependência; Saúde da Família

## ABSTRACT

**Purpose:** to analyze the association between social communication and independence for the Daily Living Instrumental Activities of elderly people residing in a territory assisted by the Family Health Strategy.

**Methods:** a sectional study was conducted, with elderly  $\geq 60$  years. Data collection was performed through the application of a socioeconomic and demographic questionnaire and protocols for the evaluation of functional independence and social communication. Functional independence was assessed through the scale of instrumental activities of daily living; And the media, through the media domain of the ASHA FACTS protocol. Data were analyzed through descriptive statistics and logistic regression.

**Results:** 123 elderly, in the average age of 68 years (Standard Deviation=7 years), the majority being females (72, 4%) and dependent (64, 2%), were evaluated. Most elderly with insufficient social communication had functional dependence (70,9%). After control by sociodemographic variables, the social communication remained significantly associated with the functional dependency for the instrumental activities of everyday life (Odds Ratio=2.45;  $p=0.04$ ).

**Conclusion:** elderly people presented with insufficient communication show twice as much the chance of having functional dependence for the Daily Living Instrumental Activities scale, as compared to elderly people with sufficient social communication. Knowledge of such an association can contribute to improving the care and quality of life of this population.

**Keywords:** Elderly; Communication; Speech, Language and Hearing Sciences; Dependency; Family Health

Recebido em: 28/09/2017  
Aceito em: 20/03/2018

### Endereço para correspondência:

Angelina Travassos de Queiróz Coutinho  
Loteamento Ermírio Coutinho, Centro, nº18  
CEP 55800-000 - Nazaré da Mata,  
Pernambuco, Brasil  
Email: angelinatravassos@msn.com

## INTRODUÇÃO

Envelhecimento ativo pode ser definido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Assim, qualquer política social e de saúde destinada aos idosos deve levar em conta a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional. A capacidade funcional está relacionada à combinação entre o indivíduo e o ambiente em que vive, e pode ser definida como habilidades relacionadas à saúde, que permitem a uma pessoa ser e fazer o que é importante para ela<sup>1-3</sup>.

O idoso é considerado ativo quando é capaz de exercer suas atividades de vida diária sozinho, de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças. Portanto, a independência refere-se à capacidade de realizar algo com os próprios meios. Significa execução e depende diretamente de mobilidade e comunicação, sendo a saúde do idoso determinada pelo funcionamento harmonioso de quatro domínios funcionais: cognição, humor, mobilidade e comunicação<sup>4</sup>.

Com o aumento da idade, aparecem inúmeras alterações fisiológicas, e o aumento de doenças crônicas. Com 60 anos, as principais causas de incapacidade e morte decorrem de prejuízos na audição, visão e movimentação, e doenças não transmissíveis, incluindo doenças cardíacas, acidente vascular encefálico, doenças respiratórias crônicas, câncer e demência. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem a principal causa de morte desta população no Brasil e o grupo que mais contribui para a carga global de doenças<sup>3-5</sup>.

As dificuldades na comunicação, que também podem ser consequências das DCNT, são muito comuns na população idosa, e em muitos casos, os déficits das funções cognitivas, podem estar relacionados ao estilo de vida. O envelhecimento está diretamente relacionado com as experiências particulares de vida de cada sujeito, as quais constituem e são constituídas pelo meio psicossocial, econômico, biológico, físico, cultural, experienciadas por aquele que envelhece<sup>6</sup>.

O isolamento da pessoa idosa, muitas vezes relacionado à sociedade mais jovem e ao declínio na qualidade de sua comunicação, pode gerar um impacto psicossocial profundo no idoso. Por isso, vale ressaltar que a saúde da comunicação constitui um importante determinante para o envelhecimento ativo,

uma vez que permite a inclusão e interação social do idoso, evitando o isolamento e quadros depressivos<sup>7</sup>.

A linguagem constitui um dos aspectos fundamentais da vida de um indivíduo. Está diretamente envolvida na forma como eles se comunicam, podendo assim exercer seu papel social, fator este considerado de extrema importância para uma melhor qualidade de vida da população<sup>8</sup>.

Nessa perspectiva, o estímulo à saúde da comunicação, objeto de trabalho da Fonoaudiologia, fornece importantes benefícios para a inclusão social do idoso. A comunicação social pode ser definida como a sinergia da interação social, da cognição social, da pragmática (verbal e não-verbal) e do processamento da linguagem receptiva e expressiva<sup>9</sup>.

A comunicação é o elo entre o isolamento e a atividade social, é por meio da fala, da audição e da linguagem que a inclusão acontece. A Fonoaudiologia tem um importante papel no processo de envelhecimento, uma vez que lida com a comunicação humana, através do estímulo ao desenvolvimento da linguagem<sup>7</sup>.

O conhecimento sobre as relações entre a comunicação social e a independência do idoso, pode contribuir para o enriquecimento da literatura fonoaudiológica e gerontológica, tendo em vista a incipiente publicação científica acerca dessa temática, bem como para a construção de políticas públicas em saúde do idoso.

O presente estudo objetivou analisar a associação entre a comunicação social e a independência para as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) em idosos residentes em um território coberto pela Estratégia Saúde da Família no município do Recife-PE.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo seccional, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE sob o protocolo nº 1.172.962. A população de estudo consistiu em 123 idosos, com idade acima de 60 anos, residentes no território coberto por uma equipe de saúde da família pertencente ao Distrito Sanitário IV do município do Recife, Pernambuco, caracterizada como uma área de vulnerabilidade social. Foram excluídos do estudo os idosos que possuem qualquer morbidades que afetam suas capacidades físicas e/ou cognitivas.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas aos cuidadores e aos idosos assim como aplicação de testes ao grupo de idosos. A entrevista

consistiu em um questionário socioeconômico e demográfico pré-estruturado, contendo as variáveis: sexo, idade, estado civil, raça/cor, alfabetização e renda familiar, além dos testes de avaliação das AIVD e o de Avaliação Funcional das Habilidades de Comunicação - ASHA FACTS. Foram considerados cuidadores os familiares do idoso e os agentes comunitários de saúde (ACS) de referência. O ACS foi considerado cuidador em situações que o idoso encontrava-se sozinho ou com uma pessoa que não disponha das informações a serem coletadas, sendo o ACS a pessoa mais próxima e que acompanha de forma sistemática o idoso. A coleta de dados aconteceu na residência do idoso após a identificação de seu endereço, registrado na unidade de Saúde da Família. Foram assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, após a explicação da pesquisa e tanto o idoso como o cuidador aceitarem participar.

O protocolo de coleta consta de dados pessoais, medidas da independência funcional e fatores relativos à saúde da comunicação humana. Vale ressaltar que os questionários utilizados no estudo foram adaptados culturalmente e validados para população brasileira. Para a caracterização da comunicação dos idosos foi utilizado o questionário ASHA FACTS (Anexo A). O questionário é um instrumento básico de avaliação das habilidades comunicativas no ambiente natural do indivíduo, considerando compensações, adaptações e tempo necessário para a comunicação. Foi criado para ser respondido pelo cuidador, a partir da referência ao idoso, e o mesmo critério foi utilizado no presente estudo.

O questionário foi validado para o português por Carvalho<sup>10</sup> e aplicado a idosos saudáveis por Garcia e Mansur<sup>11</sup>. O mesmo é composto de 43 itens divididos em quatro domínios: 21 itens sobre comunicação social, 7 itens de comunicação de necessidades básicas, 10 itens de leitura, escrita e conceitos numéricos e 5 itens de planejamento diário. O questionário fornece informações quantitativas em uma escala que varia de 1 a 7 pontos (sendo pontuação 7 para o indivíduo que não necessita de ajuda para realizar a atividade e pontuação 1 se houver necessidade de ajuda máxima). Após a administração do questionário, pôde-se verificar a média de independência comunicativa do indivíduo. Para este estudo foi analisado apenas o domínio da Comunicação Social, este, avaliou situações sociais que exigem interação com o falante.

A identificação das atividades instrumentais de vida diária foi realizada utilizando-se a Escala de Lawton e Brody, adaptada por Freitas e Miranda<sup>12</sup>. De acordo com o grau de limitação apresentado para o desempenho das AIVD é possível determinar se a pessoa idosa é ou não capaz de manter uma vida independente. O teste foi aplicado apenas ao idoso e objetivou avaliar o desempenho funcional destes em termos de AIVD que possibilita que os mesmos mantenham uma vida independente.

As pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de nove funções. Para cada questão a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência. A pontuação mínima é 9 e a máxima é 27 pontos. Essa pontuação é útil para o acompanhamento da pessoa idosa, tendo como base a comparação evolutiva. As questões 4 a 7 tiveram variações conforme o sexo e foram adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

O presente estudo utilizou como variável desfecho a independência para as AIVD e buscou analisar a sua associação com a comunicação social de idosos, com o controle das variáveis sociodemográficas: idade, sexo, estado civil, raça/cor, alfabetização e renda familiar.

Para analisar a dependência funcional, avaliada por meio da Escala de Lawton, os idosos que obtiveram pontuação 9 a 26 foram considerados dependentes e os idosos que obtiveram 27 pontos foram considerados independentes.

Quanto à análise da comunicação social, foi utilizado o score do domínio comunicação social do protocolo ASHA FACTS. Os idosos cuja pontuação variou de 1,0 a 6,99 foram considerados com comunicação social insuficiente e os idosos que apresentaram score igual a 7,0 foram considerados com comunicação social suficiente.

Os dados foram analisados pelo *software* EpiInfo 3.5.1. A análise de associação entre a variável resposta e as demais variáveis realizada utilizando-se testes qui-quadrado e exato de Fisher, considerando o nível de significância estatística de 5%.

Para estimar a chance da comunicação social influenciar a independência para as AIVD, foi utilizado o modelo multivariado de regressão logística, com  $\alpha=5\%$ . Antes de aplicar tal modelo estatístico, foram realizadas análises univariadas entre as variáveis independentes e a comunicação social para identificar

quais iriam compor o modelo de regressão logística multivariada. Foram eleitas como variáveis para este, aquelas que na análise univariada obtiveram  $p$ -valor  $< 0,25^{13}$ , utilizando o método de Backward, com  $\alpha=5\%$ .

## RESULTADOS

Participaram do presente estudo 123 idosos. A média de idade da população estudada foi de 68 anos (Desvio Padrão (DP)= 7anos) e 63,4% está na faixa etária de 60-69 anos. Destes, 54,4% apresentaram-se como dependentes e 79,5% como independentes. Na comparação entre os grupos, a idade foi a única variável que apresentou diferença estatisticamente significativa ( $p<0,01$ ).

Dos idosos participantes, 72,4% foram do sexo feminino, a maioria feminina da população de estudo se manteve entre os grupos avaliados, representando 77,2% do total de idosos dependentes e 63,6% do total de idosos independentes. Em relação ao estado civil, 35,4% dos dependentes são viúvos(as) e 27,8% são casados(as); já entre os idosos independentes foi encontrado percentual maior de casado(a) com 40,9% e viúvo(a) com 31,8%. Na variável raça/cor, 69,6% dos idosos dependentes eram pardos e 56,8% destes idosos eram independentes.

Quanto à análise das variáveis socioeconômicas, observou-se que a maior parte da população de idosos estudados é alfabetizada, no entanto ao analisar as diferenças por nível de dependência funcional, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Entre os idosos dependentes, 50,6% são analfabetos. Essa proporção cai para 22,7% entre os idosos independentes, indicando certa influência da alfabetização na independência funcional dos idosos. A renda familiar da maioria dos idosos é de até um salário mínimo, representando 77,2% dos idosos

dependentes e 68,2% dos idosos independentes (Tabela 1).

Na análise da dependência para as AIVD, a maioria apresentou-se como dependente, representando 64,2% do total de idosos avaliados (Tabela 2).

Na análise comparativa entre o estado de comunicação social e a dependência funcional para AIVD, observou-se que 70,9% dos idosos com comunicação social insuficiente apresentou dependência, enquanto que 52,3% dos idosos com comunicação social suficiente apresentou independência, demonstrando certa influência da comunicação na funcionalidade dos idosos participantes (Tabela 3).

Após controle por idade, sexo, estado civil, raça-cor, alfabetização e renda familiar, a comunicação social manteve-se em associação significativa com a dependência funcional para as AIVD, indicando que idosos com comunicação social insuficiente apresentam mais que o dobro de chance (Odds Ratio (OR)= 2,45;  $p=0,04$ ) de ter dependência funcional para as AIVD, em comparação com os idosos com comunicação social suficiente. No modelo final da análise multivariável, permaneceram como fatores associados à dependência funcional para AIVD, as variáveis idade, sexo e alfabetização. Idosos maiores de 70 anos apresentaram três vezes mais chance (OR= 3,75;  $p<0,01$ ) de ter dependência, quando comparados com o grupo mais jovem. Além disso, pode-se observar que as mulheres idosas apresentaram quase três vezes (OR=2,78;  $p=0,03$ ) a mais de chance de ter dependência em comparação aos homens, e idosos não alfabetizados apresentaram 2,69 vezes ( $p=0,03$ ) a mais de chance de ter dependência em comparação aos idosos alfabetizados (Tabela 4).

**Tabela 1.** Distribuição de idosos dependentes e independentes segundo fatores demográficos e socioeconômicos, Recife, 2016

VARIÁVEIS	IDOSOS DEPENDENTES		IDOSOS INDEPENDENTES		TOTAL		X <sup>2</sup> *	VALOR DE P
	N	%	N	%	N	%		
<b>IDADE</b>								
60 a 69 anos	43	54,4	35	79,5	78	63,4	9,12	<0,01
70 a 79 anos	29	36,7	9	20,5	38	30,9		
80 anos e mais	7	8,9	0	0	7	5,7		
<b>SEXO</b>								
Masculino	18	22,8	16	36,4	34	27,6	1,97	0,16
Feminino	61	77,2	28	63,6	89	72,4		
<b>ESTADO CIVIL</b>								
Casado	22	27,8	18	40,9	40	32,5	3,07	0,54
Separado Judicialmente	5	6,3	3	6,8	8	6,5		
Divorciado	10	12,7	5	11,4	15	12,2		
Viúvo	28	35,4	14	31,8	42	34,1		
Solteiro	14	17,7	4	9,1	18	14,6		
<b>RAÇA/COR</b>								
Branca	12	15,2	11	25	23	18,7	5,95	0,20
Preta	9	11,4	5	11,4	14	11,4		
Parda	55	69,6	25	56,8	80	65		
Amarela	3	3,8	1	2,3	4	3,3		
Indígena	0	0	2	4,5	2	1,6		
<b>ALFABETIZAÇÃO</b>								
Sim	39	49,4	34	77,3	73	59,3	8,00	>0,01
Não	40	50,6	10	22,7	50	40,7		
<b>RENDA FAMILIAR</b>								
0 a 1 SM**	61	77,2	30	68,2	91	74	2,97	0,23
1,1 a 2 SM	16	20,3	14	31,8	30	24,4		
2,1 a 5 SM	2	2,5	0	0	2	1,6		
TOTAL	79	100	44	100	123	100		

\* Teste Qui-quadrado de Pearson com  $\alpha = 5\%$ .

\*\* Salário Mínimo.

**Tabela 2.** Distribuição de idosos segundo dependência para as atividades instrumentais de vida diária, Recife, 2016

DEPENDÊNCIA PARA AIVD*	N	%	IC** (95%)
Dependente	79	64,20	55,10% a 72,70%
Independente	44	35,80	27,30% a 44,90%
TOTAL	123	100,00	-

\* Atividade Instrumental de Vida Diária.

\*\* Intervalo de Confiança.

**Tabela 3.** Distribuição de idosos dependentes e independentes segundo escore de comunicação social, Recife, 2016

COMUNICAÇÃO SOCIAL	IDOSOS DEPENDENTES		IDOSOS INDEPENDENTES		TOTAL		X <sup>2</sup> *	VALOR DE P
	N	%	N	%	N	%		
Insuficiente	56	70,9	21	47,7	77	62,6	5,52	0,02
Suficiente	23	29,1	23	52,3	46	37,4		
TOTAL	79	100	44	100	123	100		

\*Teste Qui-quadrado de Pearson com  $\alpha = 5\%$ .**Tabela 4.** Resultado das análises univariada e multivariada da associação entre comunicação social e independência funcional entre idosos, Recife, 2016

VARIÁVEIS		INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL					
		ANÁLISE UNIVARIADA			ANÁLISE MULTIVARIADA*		
		OR**	IC***95%	VALOR DE P	OR	IC95%	VALOR DE P
<b>Comunicação social</b>	Suficiente	1,45	1,06-2,00	0,02	2,45	1,04-5,81	0,04
	Insuficiente						
<b>Idade</b>	60 a 69 anos	3,17	1,45-6,96	<0,01	3,75	1,54-9,15	<0,01
	70 a 79 anos						
	80 anos e mais						
<b>Sexo</b>	Masculino	1,93	0,86-4,35	0,11	2,78	1,08-7,14	0,03
	Feminino						
<b>Estado civil</b>	Casado	1,36	0,29-6,50	0,53	-	-	-
	Separado						
	Judicialmente						
	Divorciado						
	Viúvo						
<b>Raça/cor</b>	Solteiro	1,65	0,42-6,46	0,83	-	-	-
	Branca						
	Preta						
	Parda						
	Amarela						
<b>Alfabetização</b>	Indígena	3,49	1,52-8,01	<0,01	2,69	1,08-6,70	0,03
	Sim						
<b>Renda familiar</b>	Não	0,56	0,24-1,30	0,18	-	-	-
	0 a 1 SM****						
	1,1 a 2 SM						
	2,1 a 5 SM						

\* Modelo multivariado de regressão logística.

\*\* Odds Ratio.

\*\*\* Intervalo de Confiança.

\*\*\*\* Salário mínimo.



## DISCUSSÃO

A população estudada apresentou alta proporção de idosos jovens, corroborando com outras pesquisas, como o estudo realizado por Albuquerque *et al.*,<sup>14</sup> que encontrou prevalência semelhante (60%) de idosos jovens no município do Recife/PE. Este achado pode ser explicado pela ainda baixa longevidade da população idosa residente em países em desenvolvimento<sup>15</sup>.

Nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, a transição demográfica acontece de maneira desvinculada do desenvolvimento social e em um ritmo acelerado. Dessa forma, haverá um crescente número de pessoas idosas vivendo mais, no entanto, com um maior número de condições crônicas, as quais podem resultar em diferentes graus de incapacidade funcional<sup>16,17</sup>.

Na análise da dependência para as AIVD, a maioria dos idosos apresentou-se como dependente, semelhante ao estudo realizado por Freitas *et al.*<sup>18</sup>. Este fator pode ser decorrente do declínio funcional, uma vez que idosos mais velhos apresentam maior probabilidade de desenvolver dependência quando comparados aos idosos que se situam numa faixa etária mais jovens, visto que com o passar dos anos há o aparecimento de doenças crônicas incapacitantes, que tornam os idosos mais dependentes de ajuda<sup>19</sup>.

No presente estudo, foi encontrada uma porcentagem superior para o sexo feminino, com resultado aproximado ao território nacional uma vez que para a proporção de idosos, o indicador foi de 80 homens para 100 mulheres nesta faixa etária. Estudo semelhantes<sup>18,20</sup> também têm mostrado que a população idosa feminina apresenta porcentagem superior à população masculina. A expectativa de vida das mulheres é maior que entre os homens, esse fato ocorre devido a uma maior exposição a fatores de risco no trabalho, assim como as mortes violentas (assassinatos e acidentes de trânsito), cujas vítimas, são homens na maioria dos casos. Essa característica da população idosa também se dá pelo fato de que as mulheres são mais atentas ao surgimento de sintomas, e utilizam mais os serviços de saúde do que os homens<sup>21</sup>.

No presente estudo, 40% da população não é alfabetizada, dado que se assemelha a um estudo também realizado no nordeste brasileiro<sup>14</sup>. Dentre os idosos analfabetos, a maioria foi considerada dependente, apresentando diferença estatisticamente significativa entre os grupos, podendo-se inferir que a escolaridade está associada à independência funcional. O declínio

das habilidades comunicativas no envelhecimento é potencializado em indivíduos menos escolarizados, os quais desenvolvem menos estratégias funcionais para “contornar” os efeitos de perda<sup>11</sup>.

Além disso, observou-se que a renda familiar da maioria dos idosos do estudo é de até um salário mínimo, e que também pode indicar relação com a dependência funcional. Nos Estados Unidos e na Inglaterra, mostram que as disparidades por renda e/ou por escolaridade na capacidade funcional dos idosos aumentaram nas últimas décadas<sup>22</sup>.

Entre os idosos dependentes, a maioria também é viúva e, entre os independentes a maioria é casada. Esse dado mostra que viver com um parceiro pode trazer mais segurança e benefícios para a saúde dos idosos<sup>14</sup>.

Quanto à prevalência da variável raça/cor, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) revela que o grupo de pessoas de cor parda representa 43,7% do total populacional do país. Nesse sentido, pode ser explicado a prevalência de idosos de cor/raça parda no presente estudo<sup>23</sup>.

Em relação à comunicação, percebe-se que a diminuição das capacidades sensorio-perceptivas, que ocorre durante o processo de envelhecimento, pode influenciar na comunicação dos idosos. Tais alterações são manifestadas pela diminuição da capacidade de receber e tratar a informação proveniente do meio ambiente<sup>24</sup>.

A comunicação é a capacidade de estabelecer relacionamento produtivo com o meio e, depende de visão, audição e fala. A perda dessas funções resulta nas grandes síndromes geriátricas, tais como: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incapacidade comunicativa. Esta última, pode ser considerada importante causa de perda ou restrição da participação social (funcionalidade), comprometendo a capacidade de execução das decisões tomadas, afetando diretamente a independência do indivíduo<sup>4</sup>.

No presente estudo observou-se que o fator comunicação social manteve-se em associação significativa com a dependência funcional para as AIVD após controle de variáveis, indicando que idosos com comunicação social insuficiente apresentam mais chance de ter dependência funcional para as AIVD. Para o idoso, autonomia e independência estão relacionadas à capacidade de se manter ativo na realização das suas atividades sociais e, para que isso aconteça, a comunicação se torna fundamental neste processo<sup>25</sup>.

No modelo final da análise multivariada, permaneceram como fatores associados à dependência funcional para AIVD, as variáveis idade, sexo e alfabetização. Em relação à idade, o presente estudo identificou que os idosos maiores de 70 anos apresentaram três vezes mais chance de ter dependência, quando comparados com o grupo mais jovem. A relação com a idade corrobora com outro estudo realizado no Nordeste brasileiro<sup>26</sup>. Esse achado pode ser explicado pelas próprias características do envelhecimento, pois as limitações físicas e orgânicas inerentes a este processo influenciam sobre a função física, intelectual e social<sup>26</sup>.

Neste estudo, foi possível observar também que as mulheres idosas apresentaram mais chance de ter dependência em comparação aos homens. Estudos nacionais e internacionais apresentam o mesmo resultado quanto a esta prevalência<sup>27,28</sup>. Esse achado reforça a premissa de que a velhice, por ser um fenômeno com um forte componente da feminização, favorece às mulheres idosas, maiores chances de apresentar dependência funcional<sup>29</sup>.

Já os idosos não alfabetizados apresentaram mais chances de ter dependência em comparação aos idosos alfabetizados. Este dado apresenta-se semelhante a um estudo realizado no Nordeste brasileiro onde 63,25% dos idosos são analfabetos<sup>30</sup>.

Na interpretação dos resultados do presente estudo, registra-se a limitação referente ao desenho seccional, que impossibilita a identificação da temporalidade dos fenômenos, não permitindo a inferência da relação de causalidade entre tais variáveis.

Sugere-se a realização de novos estudos com amostras mais amplas e outros desenhos epidemiológicos, como os estudos longitudinais, para uma melhor compreensão da relação entre a comunicação e a funcionalidade do idoso, assunto ainda pouco explorado na literatura científica. Tais achados possuem o potencial de fortalecimento da prática fonoaudiológica junto à população idosa, bem como do cuidado interprofissional, com apoio matricial da Fonoaudiologia, e o desenvolvimento de ações de promoção da comunicação social de idosos.

Ademais, ressalta-se como potencial para o estímulo às ações de comunicação social no desenvolvimento de políticas públicas que melhor atendam às necessidades intrínsecas do envelhecimento, uma vez que essa população apresenta maior prevalência de incapacidades gerando novos desafios para os sistemas sociais e de saúde.

## CONCLUSÃO

Os resultados encontrados demonstram que os idosos com comunicação social insuficiente apresentam mais que o dobro de chance de ter dependência funcional para as AIVD, em comparação com idosos com comunicação social suficiente, ou seja, a comunicação social está relacionada à independência funcional para as AIVD na população idosa estudada.

A identificação da associação do presente estudo pode fornecer indicadores importantes para o direcionamento de ações fonoaudiológicas junto aos idosos, principalmente no contexto da atenção primária à saúde, visando o bem-estar e melhoria na qualidade de vida dessa população, no tocante aos aspectos relacionados à comunicação.

## AGRADECIMENTOS

Aos idosos, pela disponibilidade em participar da pesquisa. Ao grupo de pesquisa por participar da coleta dos dados e, às agentes comunitárias de saúde pelo acompanhamento direto na ida até a casa do idoso e auxílio oferecido em todas as entrevistas.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. 4 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
2. Veras RP. International experiences and trends in health care models for the elderly. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(1):231-8.
3. World Health Organization. World report on ageing and health. [cited 2016 Dez 05]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1).
4. Moraes EN, Marino MCA, Santos RR. Main geriatric syndromes. *Rev Med Minas Gerais*. 2010;20(1):54-66.
5. Duncan B, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI et al. Chronic non-communicable Diseases in Brazil: priorities for disease management and research. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(Supl):126-34.
6. Costa MLG, Costa EG. Envelhecimento, comunicação e suas relações. In: Marchesan IQ (org). *Desenvolvimento da comunicação humana nos diferentes ciclos de vida*. Barueri (SP): Pró Fono; 2015. p. 213-27.
7. Silva VL, Silva DM, Amaral AKFJ, Albuquerque AG, Oliveira GSM, Barros PML et al. A promoção da



- saúde do idoso na perspectiva da Fonoaudiologia. In: Vasconcelos BCE, Silva HJ, Lima MLLT, Vilela MBR, Silva VL (Org). *A Prática Fonoaudiológica na Atenção Primária à Saúde*. São José do Campos (SP): Pulso Editorial; 2013. p. 165-76.
8. Santiago LM, Graça CML, Rodrigues MCO, Santos GB. Characterization of the elderly health in a speech and language therapy perspective. *Rev. CEFAC*. 2016;18(5):1088-96.
  9. Adams C. Social communication intervention for school-age children: rationale and description. *Seminars in Speech and Language*. 2005;26(3):181-8.
  10. Carvalho IAM. *Avaliação Funcional das Habilidades de Comunicação – ASHA FACS para população com doença de Alzheimer [dissertação]*. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2006.
  11. Garcia FHA, Mansur LL. Functional communication assessment: the healthy elderly. *Acta Fisiatr*. 2006;13(2):87-9.
  12. Freitas EV, Miranda RD. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: Freitas EV, Py L (Org). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2006. p. 900-9.
  13. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. 2th ed. New York: John Wiley and Sons; 2000.
  14. Albuquerque AG, Oliveira GSM, Silva VL, Nascimento CB. Functional ability and language of participant and non-participant elderly in groups of multidisciplinary intervention in primary health care. *Rev. CEFAC*. 2012;14(5):952-62.
  15. Huisman M, Kunst AE, Andersen O, Bopp M, Borgan JK, Borrell C. Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 european populations. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58(6):468-75.
  16. Kalache A. The world is ageing: a pact of social solidarity is an imperative. *Cien Saude Coletiva*. 2008;13(4):1107-11.
  17. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. The concept and measurement of functional disability in the elderly population: a literature review. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13(4):1199-207.
  18. Freitas RS, Fernandes MH, Coqueiro RS, Reis Júnior WM, Rocha SV, Brito TA. Functional capacity and associated factors in the elderly: a population study. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(6):933-9.
  19. Santos AA, Pavarini SCI. Functionality of elderly people with cognitive impairments in different contexts of social vulnerability. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(4):520-6.
  20. Porciúncula RCR, Carvalho EF, Barreto KML, Leite VMM. Socio-epidemiological profile and autonomy of elderly in the city of Recife, northeastern Brazil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2014;17(2):315-25.
  21. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Rev Saúde Pública*. 1987;21(3):225-33.
  22. Martin LG, Schoeni RF, Andreski PM, Jagger C. Trends and inequalities in late-life health and functioning in England. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(10):874-80.
  23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese dos Indicadores 2011*. Rio de Janeiro: 2012. [Citado em: 2017 maio 29]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv61566.pdf>.
  24. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica*. N. 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília, 2006.
  25. Sobral AIGP. *Comunicação e realização de atividades instrumentais de vida diária em idosos com comprometimento cognitivo leve*. [Dissertação] Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2015.
  26. Maciel ACC, Guerra RO. Influence of biopsychosocial factors on the functional capacity of the elderly living in Brazil's Northeast. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2007;10(2):178-89.
  27. Palacios-Ceña D, Jiménez-García R, Hernández Barrera V, Alonso-Blanco C, Carrasco-Garrido P, Fernández-de-Las-Peñas C. Has the prevalence of disability increased over the past decade (2000–2007) in elderly people? A spanish population-based survey. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2012;13(2):136-42.
  28. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Evaluation of the functional capacity of the elderly and factors associated with disability. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3317-25.
  29. Junior EPP, Silva IT, Vilela ABA, Casotti CA, Pinto FJM, Silva MGC. Functional dependency and

associated factor in elderly living with relatives.  
Cad. Saúde Colet. 2016;24(4):404-12.

30. Vilela ABA, Meira EC, Souza AS, Cardoso IS, Silva EL, Takase LH. Profile of family caregivers for ill and/or frail elderly people in the sociocultural context of Jequié-BA. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2006;9(1):55-69.

## ANEXO A

**ASHA FACTS – Medidas de independência na comunicação**  
**Comunicação social em situação de oportunidade**

COMUNICAÇÃO SOCIAL Em situação de oportunidade _____	Realiza	Com mínima ajuda	Com ajuda mínima a moderada	Com ajuda moderada	Com ajuda moderada a máxima	Com ajuda máxima	Não realiza	Não sabe responder
1. Refere-se a pessoas familiares pelo nome? (p. ex. família, amigos e colegas)	7	6	5	4	3	2	1	N
2. Solicita informação sobre pessoas ou acontecimentos? (p. ex. "O que está passando na TV?", "Onde você mora?")	7	6	5	4	3	2	1	N
3. Explica como se faz um café ou outro procedimento qualquer?	7	6	5	4	3	2	1	N
4. Expressa concordância e discordância?	7	6	5	4	3	2	1	N
5. Conversa ao telefone? (p. ex. responde a perguntas, dá informações)	7	6	5	4	3	2	1	N
6. Participa de conversas em grupo? (p. ex. jantar com familiares)	7	6	5	4	3	2	1	N
7. Responde a perguntas fechadas tipo sim e não? (p. ex. "Você está com frio?")	7	6	5	4	3	2	1	N
8. Segue instruções verbais simples? (p. ex. busque a correspondência)	7	6	5	4	3	2	1	N
9. Compreende impressões implícitas? (p. ex. "Está ficando tarde", sugerindo que está na hora de ir)	7	6	5	4	3	2	1	N
10. Sorri diante de comentários bem humorados (p. ex. "Sou como vinho, quanto mais velho, melhor")	7	6	5	4	3	2	1	N
11. Compreende expressões de duplo sentido ou inferências? (p. ex. "Ele tem um coração de ouro")	7	6	5	4	3	2	1	N
12. Compreende conversas em ambiente barulhento? (p. ex. restaurante)	7	6	5	4	3	2	1	N
13. Compreende o que assiste na TV ou ouve no rádio? (p. ex. notícias, novela, comerciais)	7	6	5	4	3	2	1	N
14. Compreende expressões faciais?	7	6	5	4	3	2	1	N
15. Compreende tom de voz? (p. ex. bravo, triste, animado)	7	6	5	4	3	2	1	N
16. Inicia uma conversa com as pessoas?	7	6	5	4	3	2	1	N
17. Acrescenta novas informações à conversa?	7	6	5	4	3	2	1	N
18. Muda o tema da conversa?	7	6	5	4	3	2	1	N
19. Consegue acompanhar a conversa quando o outro muda de assunto?	7	6	5	4	3	2	1	N
20. Reconhece quando faz algum erro de comunicação? (p. ex. quando usa uma palavra errada ou quando fala sobre outro tema não pertinente)	7	6	5	4	3	2	1	N
21. Corrige seus erros de comunicação?	7	6	5	4	3	2	1	N

Independência da comunicação			
Comunicação Social	Pontuação TOTAL	Nº de itens avaliados	Pontuação média