

Relação entre a autopercepção da audição e a restrição ao lar em idosos do Rio Grande do Sul

Relationship between hearing self-perception and homebound in older adults of Rio Grande do Sul

Cristina Loureiro Chaves Soldera
Adriane Ribeiro Teixeira
Stéfani Ribeiro Rodrigues
Ângelo José Gonçalves Bós

RESUMO: A relação entre perda auditiva e restrição domiciliar pode gerar menor participação social e comunitária dos idosos, ainda não relatada em pesquisas científicas do nosso meio. O presente estudo busca verificar a associação entre o hábito de sair de casa, a autopercepção de audição, o sexo e a faixa etária em idosos residentes no Estado do Rio Grande do Sul. Os achados desta pesquisa demonstram que a perda auditiva parece ser um fator independente que contribui para o isolamento social do idoso.

Palavras-chave: Envelhecimento; Isolamento social; Audição.

ABSTRACT: *The relationship between hearing loss and homebound can generate lower social and community participation of the elderly, and it has not been reported in scientific research of our country. The present study aims to investigate the association of homebound and hearing self-perception, sex and age groups in older adult residents of Rio Grande do Sul. The research found that hearing loss appears to be an independent factor that contributes to social isolation in the older adults.*

Keywords: *Aging; Social isolation; Hearing.*

Introdução

O envelhecimento populacional pode refletir uma história de sucesso para as políticas de saúde pública e para o desenvolvimento socioeconômico, mas também desafia a sociedade a se adaptar, a fim de melhorar a capacidade funcional, a segurança, a participação social e a saúde dos idosos (World Health Organization, 2012). Além disso, o aumento da população idosa também tem sido acompanhado da maior prevalência de problemas de saúde próprios da longevidade (Lima-Costa & Veras, 2003).

A saúde do idoso tem relação recíproca com suas relações sociais, pois problemas de saúde podem gerar inferioridade ou fragilidade, quando se relacionam com outras pessoas aparentemente mais saudáveis (Ramos, 2003). Entretanto, pouco se tem estudado sobre fatores de saúde que afetem as atividades de vida e a relação do idoso em nosso meio. Entre os problemas de saúde que têm repercussão na relação do indivíduo com seu meio, relacionados com a longevidade, está a deficiência auditiva (presbiacusia) (Costa, Russo & Friedman, 2007).

A presbiacusia é uma perda auditiva neurossensorial decorrente de alterações degenerativas, produzidas pelo envelhecimento (Pinzan-Faria & Iorio, 2004). Além desta limitação auditiva adquirida, aparecem implicações psicossociais, relacionadas às alterações emocionais e sociais desencadeadas pela deficiência auditiva (Marques, Kozlowski & Marques 2004). Esta se relaciona diretamente à limitação de contato interpessoal, acelerando o declínio funcional, cognitivo e sintomas depressivos, uma vez que incide diretamente sobre a comunicação (Costa, Russo & Friedman, 2007; Santos *et al.*, 2012).

Estudos afirmam que pessoas idosas com deficiências físicas ou cognitivas tendem ao isolamento social, confinando-se em casa, sem interagirem com pessoas que não moram na mesma residência (Inoue & Matsumoto, 2001; Katsumata, Arai & Tamashiro, 2007). Assim, a presença de distúrbio de saúde é um preditor de diminuição da interação social, que, por sua vez, é um preditor de morbidade e mortalidade em populações idosas (Simonsick, Kasper & Phillips, 1998).

Os idosos que não estão institucionalizados ficam restritos ao lar devido a limitações físicas, psiquiátricas e sociais que os impedem de sair de suas casas livremente, necessitando de auxílio para tal (Medicare, 2013).

Essa população tem recebido a atenção e o interesse da comunidade médica e científica, pois a restrição ao lar ocasiona muito mais enfermidades e comorbidades nesses idosos do que naqueles que saem de casa (Qiu *et al.*, 2010). Além disso, os idosos restritos ao lar apresentam mais sintomas depressivos, além de maior risco de mortalidade do que aqueles que saem de casa (Cohen-Mansfield, Shmotkin & Hazan, 2010).

Em estudo realizado com uma população de 866 idosos asiáticos, 301 estavam restritos ao lar. Nestes, houve prevalência significativa do sexo feminino (74%). Com relação à faixa etária, o grupo foi bastante homogêneo, não sendo encontradas diferenças significativas entre os grupos etários. Quanto à audição, apenas 80 (26,6%) dos 866 idosos restritos ao lar apresentavam perda auditiva (Inoue & Matsumoto, 2010).

Uma pesquisa realizada, na França, com aproximadamente 7.947 idosos estima que 4,5% da população acima de 65 anos de idade esteja restrita ao lar, excluindo os idosos acamados. A prevalência de idosos restritos ao lar aumenta com a idade, principalmente após os 75 anos, alcançando 33,9% na faixa etária entre 95 e 99 anos. Outros fatores associados à restrição ao lar são: ser do sexo feminino, ser viúvo e morar sozinho. O mesmo estudo encontrou diferença significativa na prevalência de perda auditiva entre os idosos restritos ao lar (54,9% apresentam perda auditiva) e aqueles que saíam de casa (31,3% apresentam perda auditiva) ($p < 0,001$) (Herr, Latouche & Ankri, 2013).

Especificamente com relação à audição, sabe-se que existe relação da perda auditiva com declínio na participação social, estresse e qualidade de vida (Gopinath *et al.*, 2012). Um estudo longitudinal relatou que, quanto maior o nível de participação social do idoso, maior a autopercepção da dificuldade auditiva (Heine *et al.*, 2013). A audição está diretamente relacionada à comunicação (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003) e, conseqüentemente, a perda auditiva está relacionada a distúrbios da comunicação, certamente mais experienciados por quem tem uma vida social mais ativa (Heine *et al.*, 2013). Este dado pode ser confirmado por outra pesquisa, que teve como sujeitos idosos residentes em uma cidade rural. Os resultados permitiram verificar que a presença de perda auditiva interferiu no desempenho de atividades de vida diária, mas

não em interação social, que geralmente é menor em idosos não residentes em centros urbanos (Yamada *et al.*, 2012).

A partir de tais dados, hipotetiza-se que a perda auditiva possa originar restrição de participação social, uma vez que a dificuldade para ouvir e entender pode acarretar isolamento. O afastamento das relações sociais, por sua vez, também é considerado um risco para a saúde geral do indivíduo (Andrade & Vaitsman, 2007).

A restrição domiciliar do idoso mostra-se, portanto, diretamente relacionada com sua qualidade de vida. A relação entre perda auditiva e restrição domiciliar pode gerar menor participação social e comunitária dos idosos, porém este dado não foi demonstrado em pesquisas científicas de nosso meio. Desta forma, o presente estudo busca verificar a associação entre o hábito de sair de casa, a autopercepção de audição, o sexo e a faixa etária em idosos residentes no Estado do Rio Grande do Sul.

Metodologia

Os dados analisados e discutidos neste artigo fazem parte da pesquisa “Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul”, realizada, entre os anos de 2010 e 2011, pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul.

Caracterizou-se por ser um estudo transversal, no qual foram entrevistados, em suas residências, 7315 idosos em 59 cidades gaúchas. Os critérios de inclusão adotados foram ter 60 anos e mais de idade e aceitar participar da pesquisa. Idosos com comprometimento cognitivo e de comunicação foram entrevistados através de familiar ou acompanhante presente no momento da entrevista. Todos os participantes ou seus responsáveis assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi aprovado pelos comitês de ética da PUCRS (09/04931) e da Escola de Saúde Pública do RS (481/09).

O questionário utilizado foi elaborado a partir do Guia Global Cidade Amiga do Idoso (Organização Mundial de Saúde, 2008). Os entrevistadores foram contratados pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), através de convênio com uma empresa de consultoria, sendo assim, neutros quanto aos objetivos da pesquisa. Os

idosos foram entrevistados, entre outras questões, a respeito da autopercepção de audição e ao fato de saírem de casa pelo menos uma vez por semana.

A pergunta sobre autopercepção de audição teve as seguintes opções de resposta: “ótima”; “boa”; “regular”; “má” e “péssima” – previamente estabelecidas no questionário. Para fins de análise estatística, tais níveis foram agrupados em boa/ótima; regular; e má/péssima. Com relação a sair de casa pelo menos uma vez por semana, as alternativas eram “sim” ou “não”. O teste do Qui-quadrado foi utilizado para testar a associação entre o fato de estar restrito ou não ao lar e as variáveis sexo, autopercepção de audição e faixa etária. A regressão logística multivariada foi utilizada para calcular a razão de chance de estar restrito ao lar associada às variáveis sexo, autopercepção de audição e faixa etária. Os dados coletados foram tabulados e analisados com o software *Epi Info 3.5*.

Resultados

A Tabela 1 apresenta os resultados à associação do hábito de sair de casa e autopercepção de audição nos idosos entrevistados.

Tabela 1. Hábito de sair de casa semanalmente e sua relação com autopercepção de audição, sexo e faixa etária dos entrevistados (n=7025)

	Sai de casa		TOTAL	p
	Não	Sim		
Autopercepção de audição				
Boa/ótima	508 (10.1%)	4537(89.9%)	5045 (71.8%)	<0,0001
Regular	210 (11.9%)	1555(88.1%)	1765(25.1%)	
Má/péssima	68 (31.6%)	147 (68.4%)	215(3.1%)	
Sexo				
Masculino	357 (10,4%)	3092 (89,6%)	3449 (48,2)	0,0316
Feminino	442 (11,9%)	3268(88,1%)	3710 (51,8%)	
Faixa Etária				
60 – 69	287 (7,7%)	3434 (92,3%)	3721 (100%)	<0,0001
70 – 79	292 (11,7%)	2197 (88,3%)	2489 (100%)	
80 – 89	201 (22,7%)	684 (77,3%)	885 (100%)	
≥ 90	20 (30,8%)	45 (69,2%)	65 (100%)	
TOTAL	786 (11.2%)	6239(88.8%)	7025(100.0%)	

A Tabela 1 mostra que 88,8% dos entrevistados saem de casa semanalmente. Quanto à autopercepção de audição, a maior frequência foi daqueles que relataram ter audição boa ou ótima (71,8%), seguido de regular (25,1%) e má ou péssima (3,1%).

A distribuição dos participantes quanto à autopercepção de audição e o fato de sair de casa semanalmente foi estatisticamente significativa ($p < 0,0001$). Dos idosos com autopercepção de audição boa/ótima, 89,9% saem de casa semanalmente, enquanto aqueles com autopercepção de audição má/péssima saem de casa com menor frequência (68,4%).

A regressão logística foi utilizada para observar as chances de sair de casa em relação à autopercepção de audição. Com relação aos idosos entrevistados, verifica-se que, quanto pior a autopercepção de audição, menor a chance de sair de casa. Os idosos com autopercepção de audição regular têm 17% menos chances de sair de casa do que aqueles com autopercepção boa/ótima ($p = 0,0315$). Os entrevistados com autopercepção de audição má/péssima têm 76% menos chances de sair de casa em relação àqueles com autopercepção de audição boa/ótima ($p < 0,0001$).

Tabela 2. Associação da autopercepção de audição sexo e faixa etária

	Autopercepção de audição			TOTAL	p
	Boa/ótima	Regular	Má/péssima		
Sexo					
Masculino	2425 (68,7%)	990 (28,1%)	114 (3,2%)	3529	0,0316
Feminino	2730 (72,1%)	952 (25,1%)	104 (2,7%)	3786	
Faixa Etária					<0,0001
60 – 69	2954 (77,5%)	785 (20,6%)	72 (1,9%)	3811	
70 – 79	1701 (67,0%)	759 (29,9%)	77 (3,0%)	2537	
80 – 89	469 (52,1%)	376 (41,7%)	56 (6,2%)	901	
≥ 90	31 (47,0%)	22 (33,3%)	13 (19,7%)	66	
TOTAL	5155 (70%)	1942 (26,5v)	218 (3,0%)	7315	

Tabela 3. Resultado da regressão logística multivariada na determinação da chance de ficar restrito ao lar, comparando com os níveis referenciais

	Razão de chance	Intervalo de confiança		p
Sexo				
Feminino (referência)	1			
Masculino	0,85	0,73	0,98	0,0316
Faixa etária				
60 – 69 anos (referência)	1			
70 – 79	1,57	1,32	1,87	<0,0001
80 – 89	3,32	2,70	4,07	<0,0001
90 anos +	4,19	2,40	7,33	<0,0001
Autopercepção auditiva				
Boa/ótima (referência)	1			
Regular	1,01	0,85	1,19	0,9500
Má/péssima	3,18	2,32	4,35	<0,0001

Comparando com as mulheres, a chance de os homens ficarem restritos ao lar, independentemente da idade e da autopercepção auditiva, é 15% menor ($p=0,0316$). Entre as faixas etárias observadas, as chances de ficar restrito ao lar aumentam gradativamente, sendo todas as outras faixas etárias significativamente maiores ($p<0,0001$) do que a referência que é de 60 a 69 anos. Desta forma, as chances de uma pessoa com 90 anos ou mais ficar restrita em casa, independentemente do sexo e da autopercepção auditiva, é quatro vezes maior que os idosos mais jovens. Observou-se também aumento gradual nas chances de permanecer em casa, quando se analisou a variável autopercepção auditiva. Pessoas com má ou péssima autopercepção auditiva têm três vezes mais chance de ficarem restritas ao lar, independentemente de sexo e faixa etária, sendo essa relação muito significativa ($p<0,0001$).

A média das idades dos idosos entrevistados com autopercepção de audição boa/ótima foi de $69,4 \pm 6,91$ anos. Quanto pior a autopercepção de audição, maior a média de idade dos entrevistados ($p<0,0001$).

A diferença entre as médias das idades dos idosos que saem ou não de casa semanalmente é estatisticamente significativa ($p<0,0001$). A média de idade do grupo de idosos que sai de casa semanalmente foi de $70,0 \pm 7,07$ anos, enquanto a média de idade do grupo de idosos que não sai de casa semanalmente é de $73,7 \pm 8,62$ anos.

Discussão

Estudos afirmam que pessoas com problemas de saúde experienciam falta de relações sociais equilibradas, devido à incapacidade de se relacionarem de forma equivalente ao outro. Na população idosa, as relações sociais e a saúde têm relação recíproca, influenciando uma a outra frente à sua ausência ou presença (Ramos, 2003; Jerger & Jerger, 1989).

O presente estudo envolveu 87% de participantes com idades entre 60 e 79 anos. Pesquisas afirmam que, em idosos com essa faixa etária, existe predomínio de perdas auditivas de graus mais leves (Mattos & Veras, 2007; Pedalini *et al.*, 1997). Essas perdas leves não são tão incapacitantes quanto uma perda auditiva moderada, severa ou profunda, as quais causam maior impacto em termos fisiológicos e anatômicos (Baraldi, Almeida & Borges, 2007), gerando consequências nas relações sociais dos idosos (Hietanen *et al.*, 2005). Na amostra estudada, 83% avaliaram sua audição como ótima, boa ou regular. Acredita-se que esse motivo tenha influenciado o fato de muitos idosos afirmarem sair de casa semanalmente, uma vez que, provavelmente, não apresentam dificuldade de comunicação.

Estudos (Pinzan-Faria & Iorio, 2004; Rosis, Souza & Iorio, 2009) afirmam que ocorre aumento paralelo entre a perda de audição e a percepção da restrição de participação social de origem auditiva. Além disso, há relação entre o aumento da perda de audição e o aumento da idade (Fozard, 1990). Assim, já era esperado que a autopercepção de audição ótima ou boa aparecesse com maior frequência (71,8%), seguida de regular (25,1%) e má ou péssima (3,1%), uma vez que a maior parte dos entrevistados estava na faixa etária entre 60 e 79 anos. Assim, quando foi feita a análise entre as chances de sair de casa e a autopercepção da audição, houve diferença quando se compararam idosos com audição ruim e boa/ótima, quando ajustado para a faixa etária.

Autores afirmam que, mesmo apresentando doenças crônicas, o idoso independente, que pode decidir sozinho o que vai fazer, é mais feliz e integrado socialmente (Ramos, 2002; Santos, Ros, Crepaldi & Ramos, 2006). Estes estudos explicam o porquê de idosos com autopercepção de audição boa/ótima saírem mais de casa semanalmente que aqueles com percepção má/péssima.

Nesta pesquisa, a chance de os homens ficarem restritos ao lar é 15% menor que a das mulheres. Estudo brasileiro anterior observou que a restrição ao lar é 1,54 vezes maior em mulheres (Ursine, Cordeiro & Moraes, 2011). Além de aspectos culturais a respeito da questão das mulheres saírem de casa, existem também fatores clínicos. É descrito na literatura que existe predomínio de depressão no sexo feminino, o que pode levar ao isolamento social (Baptista, M.N., Baptista, A.S.D. & Oliveira, 1999; Lima, 1999).

Observa-se, na Tabela 2, que as chances de o idoso ficar restrito ao lar aumentam gradativamente, concomitantemente com a idade. Estudos afirmam que o envelhecimento está associado ao aumento da prevalência de quadros de depressão, reclusão social, sedentarismo, déficit cognitivo, perda da funcionalidade, perda de autoestima e abandono de autocuidados (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Ramos, 2003; Oliveira, Gomes & Oliveira, 2006).

Conclusão

Idosos com má ou péssima autopercepção de audição têm três vezes mais chances de ficarem restritos ao lar. A relação observada entre a restrição domiciliar e a autopercepção de audição foi independentemente de sexo e idade. Assim, a perda auditiva parece ser um fator independente que contribui para o isolamento social do idoso que, por sua vez, está diretamente associado à perda da qualidade de vida nesta faixa etária. Dessa forma, a restrição domiciliar ‘imposta’ pelas limitações auditivas poderia ser a causa da associação descrita entre perda auditiva e qualidade de vida em idosos. A relação entre a autopercepção auditiva e a efetiva participação social e comunitária dos idosos deve ser alvo de novas investigações. Estudos de acompanhamento e de reabilitação devem ser realizados para comprovar a relação causa efeito entre perda auditiva e isolamento social.

Referências

- Andrade, G.R.B. & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 925-934.
- Baptista, M.N., Baptista, A.S.D. & Oliveira, M.G. (1999). Depressão e gênero: por que as mulheres se deprimem mais que os homens? *Temas em Psicologia*, 7(2), 143-156.
- Baraldi, G.S., Almeida, L.C. & Borges, A.C.C. (2007). Evolução da perda auditiva no decorrer do envelhecimento. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 73(1), 64-70.
- Brant, L.J., Fozard, J.L. (1990, ago.). Age changes in pure-tone hearing thresholds in a longitudinal study of human aging. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 88(2), 813-820.
- Cohen-Mansfield, J., Shmotkin, D. & Hazan, H. (2010). The effect of homebound status on older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 2358-2362.
- Costa, K.C.F., Russo, I.C.P. & Friedman, S. (2007, dez.). O sentido da deficiência auditiva e o uso de aparelhos de amplificação sonora para idosos. *Distúrbios da Comunicação*, 19(3), 375-387.
- Gopinath, B., Hickson, L., Schneider, J., McMahon, C.M., Burlutsky, G., Leeder, S.R. & Mitchell, P. (2012). Hearing impaired adults are at increased risk of experiencing emotional distress and social engagement restrictions five years later. *Age and Ageing*, 41, 618-623.
- Heine, C., Browning, C., Cowlshaw, S. & Kendig, H. (2013, jan.). Trajectories of older adults' hearing difficulties: examining the influence of health behaviors and social activity over 10 years. *Geriatrics and Gerontology International*, 1; doi: 10.1111/ggi.12030 [Epub ahead of print].
- Herr, M., Latouche, A. & Ankri, J.I. (2013). Homebound status increases death risk within two years in the elderly: Results from a national longitudinal survey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56, 258-264.
- Hietanen, A.; Era, P.; Henrichsen, J.; Rosenhall, U.; Sorri, M. & Heikkinen, E. (2005). Hearing among 75-year-old people in three Nordic localities: a comparative study. *International Journal of Audiology*, 44(9), 500-508.
- Inoue, K. & Matsumoto, M. (2001). Homebound status in a community-dwelling elderly population in Japan. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 13(2), 109-115.
- Jerger, S. & Jerger, J. (1999). *Alterações auditivas: manual de avaliação clínica*. São Paulo (SP): Atheneu.
- Katsumata, Y., Arai, A. & Tamashiro, H. (2007, jul.-ago.). Contribution of falling and being homebound status to subsequent functional changes among the Japanese elderly living in a community. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 45(1), 9-18.
- Lima, M.S. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 1-5.
- Lima-Costa, M.F. & Veras, R. (2003). Saúde pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 7000-7001.

Marques, A.C.O., Kozlowski, L. & Marques, J.M. (2004). Reabilitação auditiva no idoso. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 70(6), 806-811.

Mattos, L.C. & Veras, R.P. (2007). Prevalência da perda auditiva em uma população de idosos da cidade do Rio de Janeiro: um estudo seccional. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 73(5), 654-659.

Medicare - The Official U. S. Government Site for Medicare. (2013, jan.). Glossary. Homebound. Recuperado em 17 fevereiro, 2013 de:
<http://www.medicare.gov/homehealthcompare/Resources/Glossary.aspx?toolAudiance=HHC&Language=English&TermID=0026>.

Oliveira, D.A.A.P., Gomes, L. & Oliveira, R.F. (2006). Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 734-736.

Organização Mundial de Saúde. (2008). *Guia Global: Cidade Amiga do Idoso*. Recuperado em 17 fevereiro, 2013, de:
<http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>.

Pedalini, M.E.B., Liberman, P.H.P., Pirana, S., Jacob Filho, W., Câmara, J. & Miniti, A. (1997). A análise do perfil audiológico de idosos através de testes da função auditiva periférica e central. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 63(5), 489-496.

Pinzan-Faria, V.M. & Iorio, M.C.M. (2004). Sensibilidade auditiva e autopercepção do handicap: um estudo em idosos. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 16(3), 289-299.

Qiu, W.Q., Dean, M., Liu, T., George, L., Gann, M., Cohen, J. & Bruce, M.L. (2010). Physical and mental health of homebound older adults: an Overlooked population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 2423-2428.

Ramos, L.R. (2003). Fatores Determinantes do Envelhecimento Saudável em Idosos Residentes em Centro Urbano: Projeto Epidoso. São Paulo (SP): *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 793-798.

Ramos, M.P. (2002, jan.-jun.). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 4(7), 156-175.

Rosis, A.C.A., Souza, M.R.F. & Iório, M.C.M. (2009). Questionário Hearing Handicap Inventory for the Elderly – Screening version (HHIE-S): estudo da sensibilidade e especificidade. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 14(3), 339-345.

Santos, L.M., Ros. M.A., Crepaldi, M.A. & Ramos, L.R. (2006). Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 346-352.

Santos, S.B., Oliveira, L.V., Menegotto, I.H., Bós, A.J.G. & Soldera, C.L.C. (2012). Dificuldades auditivas percebidas por moradores longevos e não longevos de uma instituição de longa permanência para idosos. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, 17(1), 125-143.

Simonsick, E.M., Kasper, J.D. & Phillips, C.L. (1998). Physical disability and social interaction: factors associated with low social contact and home confinement in disabled older women (The Women's Health and Aging Study). *Journal of Gerontology*, 53(4), 209-217.

Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364-371.

Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D.I. & Costa, J.L.R. (2002, ago.-dez.). Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz. Revista de Educação Física*, 8(3), 91-98. UNESP.

Ursine, P.G.S., Cordeiro, H.A. & Moraes, C.L. (2011). Prevalência de idosos restritos ao domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2953-2962.

World Health Organization. (2012). Ageing and life course. Recuperado em 20 julho, 2012, de: <http://www.who.int/ageing/en/>

Yamada, M., Nishiwaki, Y., Michikawa, T. & Takebayashi, T. (2012, jul.). Self-reported hearing loss in older adults is associated with future decline in instrumental activities of daily living but not in social participation. *Journal of American Geriatrics Society*, 60(7), 1304-1309.

Recebido em 27/02/2013

Aceito em 20/03/2013

Cristina Loureiro Chaves Soldera – Fonoaudióloga. Doutoranda em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professor Assistente do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

E-mail: cristina.soldera@gmail.com

Adriane Ribeiro Teixeira – Fonoaudióloga. Doutora em Gerontologia Biomédica. Professor Adjunto do Departamento de Psicologia do Desenvolvimento e da Personalidade da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

E-mail: adriane.teixeira@gmail.com

Stéfani Ribeiro Rodrigues – Fonoaudióloga graduada pelo Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

E-mail: fgastefani@hotmail.com

Ângelo José Gonçalves Bós – Geriatra. PhD em Medicina e Pós-Doutorado em Epidemiologia do Envelhecimento. Professor Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

E-mail: angelo.bos@pucrs.br