

**Internação de pessoa idosa: estudo do perfil socioeconômico**  
**Hospitalization of elders: study of a socioeconomical profile**  
**Internación de personas ancianas: estudio del perfil socioeconómico**

Recebido: 09/09/2016

Aprovado: 01/04/2017

Publicado: 03/08/2017

**Thamiris Inoué Rios<sup>1</sup>**  
**Marta Regina Farinelli<sup>2</sup>**

Esta investigação tem como objetivo conhecer o perfil socioeconômico dos (as) idosos (as) internados (as) num hospital público federal, identificando a realidade social destes, como forma de contribuir para a atuação do profissional do Serviço Social. Esta é uma pesquisa quantitativa que usou entrevista e formulário semiestruturados. Destaca-se que a maioria reside em casa própria, são brancos, sexo masculino, casados, jovens idosos, e católicos, tendo como rede de suporte informal: cônjuge, filhos, irmãos, noras; aposentados; rendimento médio de um salário mínimo. Constatou-se que os fatores sociais, econômicos e culturais “fragilizados” contribuem para o adoecimento e dificultam o envelhecimento ativo e saudável.  
**Descritores:** Envelhecimento da população; Saúde; Idoso; Perfil de saúde.

This investigation aims to know the socioeconomic profile of the elders hospitalized in a federal public hospital, identifying their social reality as a way to contribute to the actions of Social Workers. This is a quantitative research that used an interview and a semi-structured form. It was noted that most elders live in their own house, are white, male, married, young elders, and catholics. Their support network includes: partners, children, siblings, daughters-in-law, and most of them are retired, and earn an average of one minimum wage. It was found that “frail” social, economic and cultural factors contribute to the sickening of the elders, and make it more difficult for them to have an active and healthy aging process.  
**Descriptors:** Demographic aging; Health; Aged; Health profile.

Esta investigación tiene como objetivo conocer el perfil socioeconómico de los ancianos internados en un hospital público federal, identificando la realidad social de estos, como forma de contribuir para la actuación del profesional del Servicio Social. Esta es una investigación cuantitativa que usó la entrevista y formulario semi-estructurado. Se destaca que la mayoría reside en casa propia, son blancos, sexo masculino, casados, jóvenes ancianos, católicos, teniendo como red social de apoyo informal: cónyuge, hijos, hermanos, nueras; jubilados; rendimiento promedio de un salario mínimo. Se constató que los factores sociales, económicos, culturales “fragilizados” contribuyen a la enfermedad y dificultan un envejecimiento activo y saludable.  
**Descritores:** Envejecimiento de la población; Salud; Anciano; Perfil de salud.

<sup>1</sup> Assistente Social. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - UNESP, Franca, SP/Brasil. Membro do “Grupo de Estudos e Pesquisas “Envelhecimento Humano, Políticas Públicas e Sociedade” ORCID 0000-0002-7228-8846. E-mail: thamiris\_ir@hotmail.com

<sup>2</sup> Assistente Social. Bacharel em Direito. Mestre e Doutora em Serviço Social. Professora Adjunta IV do Curso de Serviço Social, do Programa de Pós Graduação em Psicologia e, do Programa de Residência Integrada e Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (RIMS/UFTM), Uberaba/MG/Brasil. ORCID 0000-0003-0536-4017 E-mail: martafarinelli@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento da população brasileira tem sido um dos temas mais abordados no rol de discussão sobre desenvolvimento humano, saúde e expectativa de vida. Há quem ainda acredite que o Brasil é um país de jovens devido ao seu passado de numerosas famílias, porém fatores como a evolução científica e tecnológica e alterações de padrões familiares causaram a queda da taxa de fecundidade e de mortalidade, e a consequente elevação da expectativa de vida, contribuindo para o aumento da população idosa.

Este processo de envelhecimento populacional começou a se desenvolver fortemente a partir de 1960, com o declínio da fecundidade em algumas regiões mais desenvolvidas do Brasil. Em 1980 a pirâmide brasileira já demonstrava notadamente o estreitamento de sua base, causada pelo declínio da fecundidade que se iniciara na segunda metade da década de 1960. Os fatores de maior destaque para este declínio estão à invenção da pílula anticoncepcional, em 1963 e com ela a inserção da mulher no trabalho e a busca da melhoria da qualidade de vida<sup>1</sup>.

Estudos recentes mostram que os aspectos econômicos que envolvem a busca pela qualidade de vida têm sido um dos principais motivadores da redução familiar. A família brasileira tem optado cada vez mais pelo planejamento familiar que inclui a criação de um ou no máximo dois filhos<sup>2</sup>.

O acelerado crescimento do processo de transição demográfica e epidemiológica vivido pelo país nesses últimos tempos acarreta uma série de preocupações para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, com repercussões para toda a sociedade, sobretudo mediante um cenário de acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições públicas<sup>3</sup>.

No Brasil, o Ministério da Saúde determinou a inclusão da saúde do (a) idoso (a) como item prioritário na agenda de saúde do país, estabelecendo a promulgação de uma nova política nacional de saúde da pessoa idosa, que visa, no âmbito do SUS, garantir

atenção integral à saúde da população idosa, destacando o envelhecimento saudável e ativo, com base no paradigma da capacidade funcional e multidimensional, embora haja notável grau de desarticulação no sistema de saúde, o que inviabiliza a operacionalização de qualquer lógica fundamentada em uma avaliação capaz de abarcar todos os aspectos da vida do(a) idoso(a).

O marco teórico desta abordagem multidimensional conta com a chancela da Organização Mundial de Saúde (OMS), mediante a adoção do documento "Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas", cujo conteúdo apresenta os principais desafios relacionados ao envelhecimento da população, com destaque para o fato de que a saúde só pode ser criada e mantida com a participação de diversos setores. Neste contexto, a OMS também recomenda que políticas de saúde voltadas ao atendimento da população idosa considerem os determinantes de saúde ao longo de todo o ciclo de vida, abrangendo aspectos sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços, com especial ênfase às questões de gênero e as desigualdades sociais agravantes.

Apesar dos documentos legais, a organização de um sistema eficaz para uma adequada atenção à população idosa se apresenta como um dos maiores desafios do setor da saúde. Já no que concerne à sociedade como um todo, há que se rever os conceitos e atitudes relacionadas à pessoa idosa de modo que haja movimentos organizados contra o preconceito e desrespeito a este seguimento populacional nos aspectos de sua capacidade e integridade física, mental, emocional e social.

Mediante este desafio, ou seja, na saúde da pessoa idosa, se indagou: Como se encontra a pessoa idosa internada em hospitais públicos? Além disto, conhecer o perfil socioeconômico tornou-se relevante para o desenvolvimento de programas e projetos para o atendimento do (a) idoso (a), com foco na atuação do Assistente Social na área da saúde.

Assim a presente investigação tem como objetivo conhecer o perfil socioeconômico dos (as) idosos (as) internados (as) em um hospital público federal, identificando a realidade social destes como forma de contribuir para a atuação do profissional do Serviço Social.

## MÉTODO

O cenário da investigação foi um Hospital Federal Público, localizado na região do Triângulo Mineiro (UFTM), Minas Gerais-Brasil, considerada como uma das regiões mais desenvolvidas do Estado de Minas Gerais, no Sudeste do país. Está situado entre os rios Grande e Paranaíba, que posteriormente formam o Rio Paraná. É composto de 66 municípios e entre eles destacam-se Uberlândia, Uberaba, Araguari, Patos de Minas, Araxá, Ituiutaba e Patrocínio<sup>4</sup>.

A presente pesquisa exploratória, de abordagem quantitativa, teve como ponto norteador o olhar dialético sobre a realidade estudada, cuja finalidade foi à construção e reconstrução de uma visão crítica sobre essa realidade. O pesquisador é um ativo descobridor do significado das ações e das relações que se ocultam nas estruturas sociais, como aponta Chizzotti:

*a “valorização da contradição dinâmica dos fatos observados e atividade criadora do sujeito que observa as oposições contraditórias entre o todo e a parte e os vínculos do saber e do agir com a via social dos homens”<sup>5</sup>.*

Buscou-se assim, a capacidade crítica, e, sobretudo, a autocrítica: o que se “derruba” e o que se “constrói”, visando contribuir com o entendimento do perfil socioeconômico da pessoa idosa atendida num hospital público, para posterior contribuição na formulação de políticas internas de atenção ao idoso (a), com foco nas reais necessidades deste segmento populacional.

Após aprovação da presente investigação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM (parecer nº 2135) foi desenvolvida a pesquisa de campo. Os participantes da investigação foram as pessoas de 60 anos ou mais, de ambos os

sexos que se encontravam internados na Clínica Médica do referido hospital público. Foram definidos como critérios de exclusão: a recusa na participação e/ou a não assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); déficit cognitivo; comprometimento auditivo e da fala, que impossibilitasse a realização da entrevista.

Utilizou-se de entrevista com o auxílio de um instrumento de trabalho, ou seja, a avaliação global realizada pela equipe multiprofissional na saúde do idoso do Programa de Residência Integrada e Multiprofissional. Os aspectos que contemplaram o Serviço Social foram: etnia; sexo; idade; estado civil; religião; situação ocupacional; renda; renda familiar mensal; composição familiar, filhos; rede de suporte; recebimento de benefício previdenciário ou assistencial; responsável pelas despesas da casa; fonte de alimentação e medicamentos; fonte e existência de água, luz e telefone; localização da residência; tipo de moradia; abastecimento de água; equipamentos sociais utilizados; participação em grupo de convivência; interação social e familiar.

O recorte temporal da investigação foi um período de cinco meses, no segundo semestre de 2014, alcançando-se 50 avaliações globais.

No momento da entrevista, foi lido e entregue aos participantes o TCLE, garantindo o sigilo que assegura a privacidade dos participantes quanto aos dados fornecidos para a pesquisa, sendo desenvolvida dentro dos padrões éticos, conforme prevê a Resolução nº466/12.

## RESULTADOS

Neste estudo, dentre as pessoas idosas internadas na Clínica Médica, verificou-se: homens (58%) e mulheres (42%).

A idade dos (as) idosos (as) internados variou entre 60 e 99 anos. A maioria estava na condição de idosos jovens (42% - 60 a 69 anos), seguidos de 40% com 70 a 79 anos. Na etnia verifica-se pessoas que se consideram brancas (76%).

O estado civil constitui-se, em sua maior parte, por pessoas casadas (54%), e quanto à religião, 76% referem ser

praticantes, dentre os quais 46% se dizem católicos.

Em relação ao número de pessoas que residem no mesmo domicílio, verificou-se que 34% residem com uma pessoa, geralmente cônjuge (esposa/marido; companheira/companheiro) ou filhos solteiros. Por outro lado, 22% moram com cinco pessoas, que são em sua grande maioria filhos casados com suas famílias.

No número de filhos 22% tinha entre 2 a 4. Na sua maioria contam com rede de suporte informal: cônjuge, filhos, irmãos ou noras. Frequentemente é no período de alta hospitalar que se define quem será o cuidador do idoso, visto que dos membros da família, os filhos (58%) são a rede de suporte e os maiores responsáveis pelo o cuidado, pois acompanham diariamente seus genitores, em suas dificuldades ou perda de capacidade para executar atividades da vida diária. O relacionamento familiar foi apontado por 92% como bom.

Na situação ocupacional, 72% se dizem aposentados, porém não souberam informar com certeza a modalidade de aposentadoria (idade, tempo de contribuição ou invalidez). Quanto aos rendimentos, 74% dos internados recebem um salário mínimo. Uma pequena parcela, (4%) da população idosa investigada, possui acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC).

A própria alimentação é adquirida por 90%. Quando residem sozinhos e quando moram com seus familiares, contribuem com o orçamento doméstico, e apenas 8% recebem doações de filhos, vizinhos, igreja e/ou recorrem ao banco de alimentos do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). Os medicamentos necessários são recebidos por 76% pela rede de saúde pública. Nas despesas do lar foi constatado que 58% dos entrevistados são responsáveis.

Dos participantes 92% residem em área urbana e 78% residem em casa própria, seguidos de 12% em casa alugada. Constatou-se também que a maioria das pessoas idosas entrevistadas conquistou sua casa própria por meio de financiamentos disponibilizados por programas habitacionais, e arcaram com prestações

mensais por 20 ou 30 anos, ou em outros casos, as propriedades são advindas de heranças.

Os equipamentos sociais “postos de saúde” são usados por 80%, e os programas e projetos que estes oferecem. Por sua vez, 56% não participam de grupo de convivência.

## DISCUSSÃO

A população masculina obteve um número superior de internações, e isto é possível, pois estes constroem sua masculinidade, embasados em paradigmas, e evidenciando uma imagem de autossuficiência, em que não percebem sua vulnerabilidade. Isso os conduz a não despendem cuidados necessários à saúde, tornando-se obstáculos no acesso aos serviços médicos, uma vez que para eles esta atribuição é responsabilidade da mulher<sup>6</sup>.

O maior índice de internação entre os homens se dá, pois existe uma série de questões culturais e educacionais intrínsecas. O homem ainda é visto pela sociedade como uma pessoa invulnerável e forte, imune a qualquer tipo de adoecimento, contribuindo assim para que descuide de sua saúde e se exponha a mais riscos do que as mulheres.

A prevalência de pessoas casadas dá-se pela faixa etária em que estão inseridas, uma vez que a instituição do casamento civil começou a declinar apenas a partir da década de 1990, devido ao aumento do número de uniões estáveis e relacionamentos consensuais, caracterizados pela ausência do casamento civil ou religioso<sup>7</sup>.

A religião por outro lado, vem tentando responder a vários questionamentos que o próprio envelhecimento traz. A fé tem sido colocada como responsável pela superação de momentos difíceis enfrentados pelas pessoas idosas<sup>8</sup>.

A crise econômica e de desemprego no Brasil das últimas décadas tem provocado alterações nas condições de vida das famílias brasileiras. Muitos filhos casados com suas famílias voltam a residir com seus pais, por não terem condições de arcar com as despesas do orçamento<sup>9,10</sup>. Como resultado desta crise econômica os pais/avós têm se

responsabilizado de forma parcial ou até mesmo integral pelo orçamento doméstico ou pelo auxílio aos filhos e netos, participando com elevada contribuição no orçamento familiar.

Durante a internação faz-se necessária a presença de familiares, acompanhando a pessoa idosa, inclusive para os cuidados futuros caso sua situação de saúde requeira. Assim, os profissionais da saúde, em sua maioria, estão em contato com a rede de suporte dos (as) idosos (as) durante a internação, visto ser este o momento de preparar os responsáveis para os cuidados com a pessoa idosa após a alta hospitalar.

Verificou-se que os vínculos estabelecidos com os familiares são fundamentais para o bem-estar dos (as) idosos (as), principalmente quando se encontram no ambiente cotidiano, oferecendo o apoio necessário para o enfrentamento de situações que o idoso vivencia nesta fase da vida. O sentimento de pertencimento, a proteção à pessoa idosa, a convivência intergeracional, o auxílio emocional, afetivo, social e de cuidado são essenciais para a sua qualidade de vida.

A renda das pessoas idosas no Brasil está aquém de suas necessidades e do que seria direito para alguém que contribuiu ou tem contribuído na economia nacional. Esta situação demonstra uma das desigualdades predominantes no país, e o quanto são urgentes políticas promotoras da distribuição de renda justa<sup>9,10</sup>.

Pode-se verificar que a renda familiar (bruta) mensal comprova a vulnerabilidade econômica vivenciada pelos (as) idosos (as) internados na referida Clínica Médica. A maior parte das pessoas idosas no Brasil é pobre e continua empobrecendo<sup>11</sup>, o que não difere das condições da maioria da população brasileira. A situação econômica do (a) idoso (a) está conectada à da população em geral. Em uma perspectiva global, os países latino-americanos em geral, e particularmente o Brasil, destacam-se pela elevada desigualdade de distribuição da renda<sup>12</sup>. Certamente esta desigualdade social

compromete significativamente a saúde do segmento populacional em estudo.

O BPC é um direito específico para portadores de deficiência e para pessoas idosas com 65 anos ou mais que comprovem não possuir meios de se sustentar ou de serem sustentados por seus familiares. É um "benefício" que compõe a política de assistência social brasileira e é um direito assegurado constitucionalmente. No processo de conquista de direitos sociais, a previsão constitucional transformou e fortaleceu os sentidos da assistência social no Brasil, deslocando-a do âmbito de uma regulação unicamente moral para o de uma vinculação propriamente jurídica<sup>13,14</sup>.

Porém, atualmente, com a ampliação do desemprego e a precarização das relações de trabalho, muitas famílias brasileiras enfrentam dificuldades em alcançar estabilidade financeira, dependendo de seus idosos, que passam a contribuir com a renda familiar, mesmo, muitas vezes, com aposentadorias e ou BPC insuficientes<sup>15,16</sup>.

Uma das questões cruciais do Sistema Único de Saúde (SUS) é assegurar o acesso aos medicamentos, constituindo-se no eixo norteador das políticas públicas estabelecidas na área da Assistência Farmacêutica, que representa, atualmente, uma das áreas com maior impacto financeiro no âmbito do SUS.

O financiamento da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS (União, Estado e Município). Conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 204/2007, os recursos federais são repassados na forma de blocos de financiamento. Assim, os (as) idosos (as) têm recebido medicamentos quando os mesmos fazem parte de um rol e são distribuídos pela rede pública de saúde. No caso de remédios que não fazem parte do protocolo do Ministério da Saúde, faz-se necessário que o familiar entre com ação judicial.

Isto se deve, principalmente, ao processo de êxodo rural desencadeado a partir da década de 1950, período em que favoreceu o desenvolvimento industrial e intensificou o crescimento das cidades<sup>17</sup>.

Nessa época, a população procurava por melhores condições de vida nos grandes centros urbanos.

A questão da interação do idoso pode ser alcançada nos grupos de convivência, que podem ser vistos como um instrumento de organização coletiva e de incentivo à participação social, representando e podendo significar um espaço para explicitar reivindicações e interesses.

A participação social em grupos de convivência, quando bem coordenada e orientada é relevante, uma vez que legitima a democracia e dá sentido à afirmação contida no Parágrafo Único do artigo 1º da Constituição Brasileira de que:

*“todo poder emana do povo” e que o Brasil é uma “República” e um “Estado Democrático de Direito”*<sup>18</sup>.

Em termos de contribuições ao Serviço Social, se tem que, segundo a lei (8.662/93) que regulamenta a profissão, em seu art. 4º, constituem competências do Assistente Social, de acordo com o inciso XI: realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades<sup>19</sup>. Por sua vez, uma das contribuições deste estudo foi a possibilidade de *“captar o que há de social relacionado à questão da saúde”*<sup>20</sup>.

## CONCLUSÃO

Os resultados apreendidos revelam a situação social dos idosos e os desdobramentos desta investigação confirmaram a relevância da temática.

Neste sentido, o estudo possibilitou analisar que o adoecimento do usuário vai além dos aspectos fisiológicos, nutricionais, psicológicos, indicando, contudo, que os fatores sociais, econômicos, culturais, quando “fragilizados”, não auxiliam para um envelhecimento ativo e saudável.

Os dados levantados permitem conhecer as reais necessidades dos (as) idosos (as) contribuindo para que o profissional assistente social possa intervir frente às expressões da questão social com a formulação de programas e projetos de

saúde, com vistas a dar respostas às necessidades sociais dos usuários, necessidades estas que vêm sendo construídas e reconstruídas cotidianamente, em virtude das determinações sociais, econômicas e políticas vivenciadas por cada pessoa na sociedade em que está inserida. Os dados também contribuem para construção de um projeto coletivo em que, além do Serviço Social, outras profissões da saúde possam ser inseridas.

Para tanto é necessária também uma atuação competente do assistente social na saúde, mediante o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população usuária, incluindo aí, entre outros fatores: a publicização dos recursos institucionais e, os instrumentos para democratização e universalização, e, sobretudo, a abertura para decisões institucionais à participação dos usuários.

Certamente, projetos além da atuação rotineira e cotidiana de intervenção realizada por profissionais Assistentes Sociais fortalecerão a promoção e a atenção à saúde, na busca pela defesa e garantia dos direitos dos usuários na política de saúde e na efetivação do SUS, com vistas a proporcionar melhores condições de atendimento ao cidadão idoso para sua melhor qualidade de vida.

Nesta perspectiva, muito necessita ser construído e muitos são os desafios a serem enfrentados pelos profissionais, e a presente investigação traz uma reflexão profissional que possibilitará ao Assistente Social dedicar um olhar diferenciado sobre as questões de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31(2):184-200.
2. Ferrario MN, Cunha MS. Estrutura e renda familiar no Brasil. *Ens FEE*. 2012; 33(1):117-36.
3. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3):548-54.
4. MG.GOV.BR [homepage na internet]. Belo Horizonte: PRODEMGE; [201-][citado em 03 mar 2016]. Disponível em: <http://www.mg.gov.br>
5. Chizzotti A. Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. 6ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2014. 144p.
6. Julião GG, Weigelt LD. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. *Rev Enferm UFSM*. 2011; 1(2):144-52.
7. Modesto JS. O perfil do usuário: um estudo sobre as características da população atendida na Unidade Auxiliar Centro Jurídico Social. [dissertação]. Franca, SP: Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2007.
8. Pegaroso AC. Espiritualidade na velhice: um desafio para o campo religioso brasileiro. In: II Encontro Nacional do GT História das Religiões e das Religiosidades [Internet]; 2009; Maringá. São Paulo: Associação Nacional de História; 2009 [citado em 20 nov 2015]. p. 1-10. (*Revista Brasileira de História das Religiões*; vol. 1; n. 3). Disponível em: [http://www.dhi.uem.br/gtreligiao/rbhr/espiritualidade\\_na\\_velhice.pdf](http://www.dhi.uem.br/gtreligiao/rbhr/espiritualidade_na_velhice.pdf).
9. Berzins MAVS. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. *Serv Soc Soc*. 2003; 75:19-34.
10. Pedrazzi EC, Motta TTD, Vendruscolo TRP, Wehbe SCCC, Cruz IR, Rodrigues RAP. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. *Rev Latinoam Enferm*. 2010; 18(1):1-8
11. Behring ER. Política social no capitalismo tardio. 6 ed. São Paulo: Cortez; 2015. 213p.
12. Ministério da Fazenda (Br). Relatório da distribuição pessoal da renda e da riqueza da população brasileira: dados do IRPF 2014/2015. Brasília, DF: Ministério da Fazenda; 2016 [acesso em 15 jun 2016]. Disponível em: <http://www.spe.fazenda.gov.br/noticias/distribuicao-pessoal-da-renda-e-da-riqueza-da-populacao-brasileira/relatorio-distribuicao-da-renda-2016-05-09.pdf>.
13. Boschetti I. Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: Letras Livres; UnB; 2006. 210p.
14. Penalva J, Diniz D, Medeiros M. O Benefício de prestação continuada no Supremo Tribunal Federal. *Soc Estado*. [Internet] 2010 [citado em 22 abr 2016]; 25(1):53-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v25n1/04.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922010000100004>
15. Alcântara AO, Debert GG. Família e velhice: revisitando mitos e certezas. In: XIII Congresso Brasileiro de Sociologia; 2007; Recife-PE. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Sociologia; 2007. p. 1-15.
16. Areosa SVC, Areosa AL. Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados. *Textos contextos (Porto Alegre)*. 2008; 7(1):138-50.
17. Alves E, Silva e Souza G, Marra R. Êxodo e sua contribuição à urbanização de 1950 a 2010. *Rev Polít Agríc*. 2011; 20(2):80-2.
18. Presidência da República (Brasil). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1988 [citado em 22 jul 2016]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).
19. Conselho Federal de Serviço Social. Código de Ética do Assistente Social: Lei 8662/93 [Internet]. 9ed. rev. e atual; 2011 [citado em 05 maio 2016]. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011\\_CFESS.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf).
20. Vasconcelos AM. A prática do Serviço Social cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 8ed São Paulo: Cortez; 2013. 600p.

## CONTRIBUIÇÕES

Todas as autoras tiveram iguais participações na concepção, delineamento, redação e revisão crítica do artigo.

### Como citar este artigo (Vancouver)

Rios TI, Farinelli MR. Internação de pessoa idosa: estudo do perfil socioeconômico. REFACS [Internet]. 2017 [citado em: *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 5(Supl 2):297-304. Disponível em: *link de acesso e DOI*.

### Como citar este artigo (ABNT)

RIOS, T. I.; FARINELLI, M. R. Internação de pessoa idosa: estudo do perfil socioeconômico. REFACS, Uberaba, v. 5, p. 297-304, 2017. Supl. 2. Disponível em: <*link de acesso*>. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI:

### Como citar este artigo (APA)

Rios TI & Farinelli MR. (2017). Internação de pessoa idosa: estudo do perfil socioeconômico. REFACS, 5(Supl 2), 297-304. Recuperado em: *inserir dia, mês e ano de acesso de inserir link de acesso e DOI*.