



Caring Senior: um modelo brasileiro de saúde com ênfase nas instâncias leves de cuidado

Caring Senior: A Brazilian health model with emphasis at light care levels

Renato Veras¹

Resumo

O texto aborda o desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde do idoso intitulado *Caring Senior*. O envelhecimento populacional decorrente da nova realidade demográfica e epidemiológica brasileira, fenômeno relativamente recente, exige resposta eficiente. A partir de uma análise crítica sobre os modelos de atenção à saúde para idosos, o artigo apresenta uma proposta para esse segmento etário, com ênfase nas instâncias leves de cuidado, tendo como foco a promoção da saúde e a prevenção, de modo a evitar sobrecarga no sistema. Os modelos de cuidados integrados visam resolver o problema dos cuidados fragmentados e mal coordenados nos sistemas de saúde atuais. Quanto mais o profissional conhecer o histórico do seu paciente, melhores serão os resultados. É assim que devem funcionar os modelos contemporâneos e resolutivos de cuidado, recomendados pelos mais importantes organismos nacionais e internacionais de saúde. Um modelo de cuidado de maior qualidade, mais resolutivo e com melhor relação custo-efetividade é a preocupação deste trabalho.

Palavras-chave: Políticas Nacional de Saúde do Idoso. Envelhecimento. Idoso. Prevenção de Doenças. Cuidado Assistencial.

Abstract

The present article discusses the creation of an elderly care model entitled *Caring Senior*. Population aging caused by demographic and epidemiological changes in Brazil, a relatively recent phenomenon, requires an efficient response. Based on a critical analysis of healthcare models for the elderly, the text presents a proposal for the healthcare of this age group, with emphasis on low intensity levels of care, focusing on health promotion and prevention, in order to avoid overload in the system. Integrated care models aim to solve the problem of fragmented and poorly coordinated care in current health systems. The more health professionals know about the history of their patients, the better the results. This is how the contemporary and resolute models of care recommended by most major national and international health agencies should function. A higher quality, more resolute and cost-effective care model is the focus of the present study.

Keywords: National Health Policy for the Aged. Aging. Elderly. Disease Prevention. HealthCare.

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

Um dos maiores feitos da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, que se fez acompanhar da melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que essas conquistas estejam longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos. Chegar à velhice – antes privilégio de poucos – passou a ser a norma mesmo nos países mais pobres. Essa conquista maior do século XX implica, porém, um grande desafio: agregar qualidade aos anos adicionais de vida.

A progressão da longevidade ocorreu, inicialmente, em países desenvolvidos, mas é no mundo em desenvolvimento que se manifesta de forma mais acentuada. No Brasil, o número de idosos (a partir dos 60 anos de idade) passou de 3 milhões (em 1960) para 7 milhões (em 1975), depois 14 milhões (em 2000). Um aumento de 500% em 40 anos. E deverá alcançar 32 milhões em 2020. Para efeito de comparação, em países como a Bélgica foram necessários cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho¹.

Um dos resultados dessa dinâmica é a demanda crescente por serviços de saúde, o que pode, em contrapartida, gerar escassez e/ou restrição de recursos. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares tornam-se mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior se comparado a outras faixas etárias. Isso decorre do padrão das doenças dos idosos, que são crônicas e múltiplas, exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos².

Nos projetos internacionais, o médico generalista ou de família absorve integralmente de 85% a 90% dos seus pacientes, sem necessidade da ação de médicos especialistas. Além disso, pode utilizar os profissionais de saúde da equipe com formações específicas (em Nutrição, Fisioterapia ou Psicologia)³. Dessa forma, o idoso dispõe de uma gama muito maior de profissionais qualificados, mas é o médico assistente quem os indica.

No Brasil, observa-se um excesso de consultas realizadas por especialistas, pois o modelo atual de assistência prioriza a fragmentação do cuidado, como se evidencia, por exemplo, na comparação com o

modelo inglês, o *National Health Service* (NHS), que tem como figura central de organização os chamados *general practitioners* (GPs), médicos generalistas de alta capacidade resolutiva que estabelecem um forte vínculo com o paciente. O sistema público de saúde da Inglaterra, o *National Health Service* (NHS) é oferecido a todos os cidadãos independentemente da renda ou condição social, a semelhança do SUS⁴. Para ter direito ao atendimento médico público e gratuito, o cidadão deve se registrar em um *General Practitioner* (GP). As unidades de atendimento são clínicas locais de assistência médica compostas por clínicos gerais e enfermeiros. Qualquer atendimento médico necessário, desde que não seja de extrema emergência ou em função de algum acidente, será feito pelo médico desse centro de saúde.

O modelo americano, por sua vez, opta pelo encaminhamento para inúmeros médicos especialistas, em um modelo de cuidado absolutamente oposto ao inglês. Estamos falando de dois países ricos, de grande tradição na medicina, que utilizam modelos diferentes e proporcionam resultados também bastante distintos⁵.

PRESSÃO FISCAL

A transição demográfica e a melhoria dos indicadores sociais e econômicos do Brasil, em comparação com décadas anteriores, trouxeram, entre outras consequências, não apenas a ampliação da população idosa, mas também maior pressão fiscal sobre os sistemas de saúde público e privado. Aumenta-se o número de idosos, naturalmente ampliam-se as doenças crônicas e os gastos⁶.

Ao longo das últimas décadas, ficou demonstrado que é possível prevenir a maioria dos problemas de saúde pública que afetam a população – relativos não somente às doenças transmissíveis, mas também às não transmissíveis. Tal afirmação é evidenciada pela significativa diminuição de mortalidade por doenças coronárias e cerebrovasculares, redução de incidência e mortalidade por câncer cervical, bem como diminuição da prevalência de consumo de fumo e incidência de câncer do pulmão em homens. Em síntese: um grande ônus produzido por doenças pode ser evitado tanto em termos sociais como econômicos⁷.

Muitos ainda veem o desenvolvimento da ação preventiva como uma sobrecarga de procedimentos e custos adicionais. Deveriam, contudo, compreendê-la como uma inversão de lógica que, em médio e longo prazos, poderá reduzir internações e outros procedimentos de muito maior custo. Todas as evidências indicam que os sistemas de saúde baseados na biomedicina terão, progressivamente, problemas de sustentabilidade.

Vivemos na era da informação. No campo da Saúde Coletiva, a informação epidemiológica se traduz em capacidade para prever eventos, possibilitando diagnóstico precoce (em especial em relação às doenças crônicas), retardando o aparecimento desses agravos, melhorando a qualidade de vida e a abordagem terapêutica⁵.

O papel do profissional de saúde, nesses casos, não é evitar a doença (pois ela já está instalada) ou procurar a cura, mas buscar a estabilização e a redução do dano, visando à manutenção da qualidade de vida⁸. Em linhas gerais, esses são os fundamentos e a discussão da saúde propostos pelo *Caring Senior*.

O QUE TODOS SABEM, MAS NÃO FAZEM

O cuidado do idoso deve ser estruturado de forma especial. A atual prestação de serviços de saúde fragmenta a atenção a esse grupo etário, com multiplicação de consultas de especialistas, informação não compartilhada, inúmeros fármacos, exames clínicos e imagens, entre outros procedimentos que sobrecarregam o sistema, provocam forte impacto financeiro em todos os níveis e não geram benefícios significativos para a saúde ou para a qualidade de vida¹. Um dos problemas decorre do foco exclusivo na doença. Mesmo quando se oferece um programa com uma lógica de antecipação dos agravos, as propostas são voltadas prioritariamente para a redução de determinada moléstia, esquecendo que numa doença crônica já estabelecida o objetivo não deve ser a cura, mas a busca da estabilização do quadro clínico e o monitoramento constante, de forma a impedir ou amenizar o declínio funcional⁸.

Estudos evidenciam que a atenção deve ser organizada de maneira integrada e os cuidados precisam ser coordenados ao longo do percurso assistencial, em uma lógica de rede desde a entrada no

sistema até os cuidados ao fim da vida⁹, com foco em ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação¹⁰. A melhor estratégia para um adequado cuidado ao idoso é o permanente acompanhamento da sua saúde, variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção¹¹.

Os programas voltados para esse público devem ser construídos com base na integralidade do cuidado, com o protagonismo do profissional de saúde de referência e sua equipe, gerenciando não a doença, mas o perfil de saúde do doente – muitas vezes, o tratamento de alguma manifestação só pode ser conduzido com a redução ou suspensão de outras ações que vinham sendo desenvolvidas¹².

Deve-se estruturar modelos que funcionem de modo integrado e abarquem a complexidade dos cuidados demandados.

VELHA NOVIDADE

Uma unidade de saúde com características mais amplas permite antecipar alguns agravos a partir da identificação precoce de eventuais sintomas, variações de humor ou possíveis perdas funcionais. Dessa forma, o idoso poderá ser encaminhado prontamente ao médico responsável¹³. O ideal é que os serviços assistenciais de saúde estejam voltados para oferecer assistência qualificada e bem-estar ao idoso, que os clientes contem com um médico de referência e todos os médicos tenham uma carteira de clientes para cuidar. O local dessa unidade assistencial poderia ser um espaço com as características de um centro de convivência onde houvesse atividades variadas: consultas médicas, ações de integração e participação, facilitando a confiança e a fidelização do cliente ao modelo. Essa “novidade” tem pelo menos 70 anos, pois funciona assim na Inglaterra desde 1948.

Prevenção é essencial. Quanto mais precocemente a intervenção for realizada, maiores serão as chances de um melhor prognóstico³. O modelo que propomos aqui, o qual chamaremos de *Caring Senior*, acolhe a bem-sucedida experiência britânica, oferecendo acompanhamento permanente.

Na medicina, uma frase é repetida há décadas: quanto mais o profissional de saúde conhecer o

histórico do seu paciente, mais positivos serão os resultados. Essa afirmação conta com o aval da Organização Mundial da Saúde e de todos os gestores e profissionais da área. Tão razoável quanto antiga, é uma concepção que representa, ainda hoje, o que há de mais moderno em termos de modelos assistenciais de saúde⁷. O grande espanto, porém, é que não a vemos em prática no dia a dia. Deve haver, portanto, uma ênfase no cuidado integral do idoso, somando a assistência médica convencional ao desenvolvimento de atividades lúdicas e educacionais monitoradas. A finalidade é manter, pelo tempo maior possível, uma boa qualidade de vida.

Dizer que monitorar a saúde e se antecipar aos agravos previsíveis é o jeito “diferente e inovador” de cuidar é algo que deveria pôr em xeque a eficiência dos gestores de saúde, pois tal afirmação já foi feita nos primórdios do século passado e talvez o maior absurdo seja tomar esse conceito como algo atual.

A maior parte das doenças crônicas que acometem o indivíduo idoso tem na própria idade seu principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais a exceção do que a regra. Assim, o foco de qualquer política contemporânea deve ser a promoção do envelhecimento saudável, com manutenção e melhoria – quando possível – da capacidade funcional dos idosos, prevenção de doenças, recuperação da saúde dos que adoecem (ou estabilização das enfermidades) e reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida. Ações como essas, porém, são ainda bastante tímidas. O maior investimento continua sendo na prática assistencial tradicional, com ênfase na estrutura hospitalar¹⁴.

Precisamos compreender melhor essa dicotomia. Uma pergunta deve ser respondida: por que é tão difícil implantar programas de prevenção, apesar de, no discurso, eles serem aceitos por todos?

O QUE PROPOMOS

Para que tudo que preconizamos seja colocado em prática na saúde, é urgente um redesenho do modelo de cuidado ao idoso no Brasil¹⁵. Com estas premissas básicas, foi desenhado o modelo assistencial *Caring Senior*, que se caracteriza pelo foco nas instâncias leves, isto é, no monitoramento constante dos idosos

e no cuidado leve, porém intensivo, pois sabemos que mais de 85% desses clientes não precisarão de ações mais complexas, desde que corretamente acompanhados.

As demais ações de saúde são de responsabilidade de uma outra estrutura que cuide dos demais segmentos, ou seja, a emergência, o hospital, os exames clínicos e de imagem, os médicos especialistas. O *Caring Senior* terá alguns médicos especialistas e também acompanhará os seus clientes nas instâncias pesadas – mas como suporte, não como elemento central do cuidado, conforme veremos a seguir.

O *Caring Senior* está fundamentado em alguns princípios. O primeiro é o papel do médico, que ficará responsável por uma carteira de clientes. Para que o cuidado seja o melhor possível, oferece-se o apoio de uma enfermeira que terá papel efetivo no atendimento a essa clientela. A unidade clínica terá várias duplas formadas por médicos generalistas e enfermeiras. Calcula-se uma jornada de 40 horas de trabalho semanal para uma carteira que poderá variar de 800 a um máximo de 1.000 clientes. Dessa forma, garante-se que os profissionais tenham tempo para atender cada cliente com a devida atenção, assegurando que se consultem ao menos quatro vezes por ano e podendo acompanhá-los em outra instância de cuidado, se necessário.

Em uma unidade completa do *Caring Senior* teremos, por exemplo, cinco duplas de médicos e enfermeiras para algo em torno de 4.000 a 5.000 clientes. O local deve contar ainda com alguns profissionais de saúde capacitados para atender dentro da filosofia do programa, que prioriza promoção e prevenção. Serão psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e educadores físicos, os quais atenderão casos selecionados pelos médicos. Esses profissionais comandarão atividades em grupo, palestras e orientações sobre os temas pertinentes.

Além dessa unidade completa do *Caring Senior*, poderemos ter em uma região (dependendo, naturalmente, da demanda) duas ou três unidades mínimas, apenas com a presença de uma dupla médico/enfermeira, ficando todo o serviço de apoio concentrado na unidade completa.

Aos que eventualmente manifestem preocupação com os possíveis custos elevados de manutenção

dessa estrutura, cabe uma advertência: profissionais de saúde custam muito menos que um dia de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva ou um hospital. Para oferecer bom atendimento, evitar o uso abusivo de médicos especialistas e hospitalizações desnecessárias, é fundamental manter uma estrutura de acolhimento de qualidade.

PONTOS CENTRAIS DO MODELO

Um cliente adulto de mais de 49 anos com uma ou mais doenças crônicas não se cura. Nosso dever é estabilizar, monitorar e adormecer a doença, pois ela permanecerá pelo resto da sua vida. O papel do médico generalista do *Caring Senior* será manter a capacidade funcional do cliente para que possa viver de forma plena e hígida.

O ganho do *Caring Senior* se dará com a redução dos médicos especialistas e a consequente diminuição de exames e fármacos, pois a fidelização dos clientes evitará que precisem recorrer às emergências dos hospitais e reduzirá bastante os períodos de hospitalização.

Deve-se considerar que o *Caring Senior* envolve as instâncias leves de cuidado, compostas basicamente pelo atendimento de bem treinados profissionais de saúde preocupados em preservar a qualidade de vida e a participação social do cliente idoso. As instâncias consideradas pesadas são aquelas de alto custo, onde se situam o hospital e as demais unidades de longa permanência. Todo o esforço deve ser empreendido para reabilitar o idoso e trazê-lo de volta para as instâncias leves.

TECNOLOGIA COMO DIFERENCIAL

Como suporte fundamental para a dupla médico/enfermeira, é preciso haver um sistema de informação de qualidade superior e de tecnologia leve para auxiliar na fidelização dos clientes. Sem o uso de tecnologia, o projeto *Caring Senior* não é viável, por isso deve-se ter competência para utilizar o máximo do seu potencial.

Um exemplo: o cliente, ao passar pela porta de entrada da clínica, tem seu rosto identificado, o que abre de forma instantânea seu prontuário na mesa da

recepcionista. Ao recebê-lo, ela o chama pelo nome, pergunta pela família e confere a lista de remédios que o cliente está tomando. São ações absolutamente simples, mas que agregam enorme confiança ao relacionamento, fazendo com que o cliente se sinta protegido e acolhido desde o primeiro momento.

Registrar os percursos assistenciais do paciente é um diferencial desse modelo. Um sistema de informação amplo e de qualidade é capaz de documentar não somente a evolução clínica da pessoa idosa, mas também sua participação em ações de prevenção individuais ou coletivas, assim como o apoio da enfermeira e as chamadas telefônicas realizadas, que devem ser resolutivas, com pessoal treinado e qualificado.

O contato telefônico entre pacientes e profissionais deve-se realizar com total compartilhamento da informação com a equipe, em benefício de uma avaliação integral do indivíduo. O sistema de informação, que se inicia com o registro do beneficiário, é um dos pilares do programa. Por intermédio dele, todo o percurso assistencial será monitorado em cada nível, verificando a efetividade das ações e contribuindo para a tomada de decisão e o acompanhamento. Trata-se de um registro eletrônico único, longitudinal e multiprofissional, que acompanha o cliente desde o acolhimento. Esse prontuário se diferencia dos existentes pelo fato de haver registro de sua história de vida e seus eventos de saúde.

Também foi pensada a criação de um aplicativo para celular com informativos individualizados e lembretes de consultas e ações prescritas. O *app* poderá, entre outras ações, solicitar que o cliente faça uma foto do seu café da manhã e a envie para a nutricionista, que observará se a alimentação está balanceada, se há fibras em quantidade adequada etc.

Todo o esforço do *Caring Senior* será para manter a clientela em nossas unidades, sem a utilização de especialistas. Devemos ter, no entanto, cinco áreas de especialidades médicas relacionadas ao nosso modelo, atuando no auxílio ao médico generalista. A escolha dessas cinco especialidades se dá por demanda e alta prevalência, além de serem áreas onde anualmente faremos e registraremos os exames preventivos anuais de controle. São elas: cardiologia, ginecologia, uro-proctologia, dermatologia e oftalmologia.

A consulta com as especialidades listadas somente será possível a pedido do médico generalista do cliente. Desse modo, fica explícito que o *Caring Senior* não assume os demais especialistas caso o cliente precise do cuidado de outra especialidade. O mesmo raciocínio ocorre para a hospitalização. Médico e enfermeira terão a preocupação de entrar em contato com o médico do hospital, visando ter conhecimento do caso e, preferencialmente, atuando para garantir o melhor atendimento e o menor tempo de internação, podendo, se necessário, sugerir um médico especialista.

REMUNERAÇÃO

Outro elemento fundamental para o sucesso do *Caring Senior* é a modalidade de pagamento do médico, o sistema *Accountable Care Organizations* (ACO), que incentiva os profissionais de saúde a se organizarem como um grupo gestor da qualidade dos serviços prestados, responsável pela administração dos custos e pela distribuição dos bônus¹⁶.

São dois pontos-chave: a prestação de serviços de excelência a um custo mais baixo e um modelo de remuneração com base em valor agregado. A saúde segmentada e não integrada que vem sendo oferecida nos dias de hoje aos pacientes é, em grande parte, ocasionada pelo modelo de remuneração por serviços, no qual o incentivo está na produção, não na qualidade¹⁷. Em outras palavras: não adianta buscar novas formas de assistência ou novos modelos de pagamento se a transferência de parte da responsabilidade, dos riscos e dos ganhos dos prestadores não estiver associada aos resultados alcançados com a atenção prestada.

O desafio é fazer com que esse novo modelo assistencial seja aceito pelo cliente, pois a confiança (que o levará à fidelização) é fator indispensável para que o processo ocorra conforme previsto – e não se pode pedir que alguém confie em algo que desconhece.

Não adianta afirmar que o *Caring Senior* é o melhor modelo se ele não for praticado pelos serviços de saúde suplementar brasileiros. A sociedade precisa

conhecer essa proposta amplamente para se convencer de seus benefícios². Do contrário, continuará optando pelo “canto da sereia” do excesso e do consumo, que onera o sistema, gera custos cada vez mais altos e inviabiliza a assistência no longo prazo.

CONCLUSÃO

As transformações socioeconômicas das últimas décadas e suas conseqüentes alterações nos estilos de vida dos indivíduos nas sociedades contemporâneas – com mudança de hábitos alimentares, aumento do sedentarismo e do estresse, além da crescente expectativa de vida da população – colaboram para a maior incidência de enfermidades crônicas, que hoje constituem um sério problema de saúde pública.

A prestação de serviços de saúde, atualmente, fragmenta a atenção ao idoso. Sobrecarrega o sistema, provoca forte impacto financeiro em todos os níveis e não gera benefícios significativos para a qualidade de vida. Por isso é imperativo adotar um novo modelo. Se já sabemos que a população está mais velha, que as doenças são crônicas e múltiplas, que os custos assistenciais se ampliam, que os modelos de cuidados são do tempo das doenças agudas e que o conhecimento da epidemiologia nos informa dos fatores de risco, perguntamos: por que continuar ofertando um produto ultrapassado e ineficaz, se temos todas as informações para implementar um modelo assistencial de cuidado em que todos ganham?

É preciso repensar e redesenhar o cuidado ao idoso, voltando o foco para o indivíduo e suas particularidades. Isso trará benefícios não somente a essa parcela da população, mas também qualidade e sustentabilidade a todo o sistema de saúde brasileiro.

É possível reorientar a atenção à saúde da população idosa e construir uma organização no setor que permita melhores resultados assistenciais e econômico-financeiros. Basta que todos os envolvidos se percebam responsáveis pelas mudanças necessárias e se permitam inovar – o que, em muitas situações, significa resgatar cuidados e valores mais simples, que se perderam dentro do nosso sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Veras RP, Oliveira MR. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(6):887-905.
2. Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Júnior PRB, Almeida WS, Malta DC. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. *Cienc Saúde Colet.* 2016;21(2):339-50.
3. Silva AMM, Mambriini JVM, Peixoto SV, Malta DC, Lima-Costa MF. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso em 01 jun. 2018];51(Suppl 1):1-10. Epub 01 jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200302&lng=pt
4. Box G. Understanding and responding to demand in English general practice. *Br J Gen Pract.* 2016;66(650):456-7.
5. Oliveira MR, Silveira DP, Neves R, Veras R, Estrella K, Assalim VM, et al. Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor. Rio de Janeiro: ANS; 2016.
6. Veras RP, Estevam AA. Modelo de atenção à saúde do idoso: a ênfase sobre o primeiro nível de atenção. In: Lozer AC, Godoy CVC, Coelho KSC, Leles FAG, organizadores. *Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar.* Brasília, DF: OPAS; 2015. p. 73-84.
7. Carvalho VKS, Marques CP, Silva EN. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Cienc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [acesso em 01 jun. 2018];21(9):2773-84. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902773&lng=en
8. Veras RP, Oliveira M. "Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado". *Cienc Saúde Colet.* 2018;23(6):1929-36.
9. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde.* Brasília, DF: OPAS; 2011.
10. Oliveira MR, Veras RP, Cordeiro HA, Pasinato MT. A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus pontos-chave e obstáculos para implementação. *Physis.* 2016;26(4):1383-94.
11. Veras RP, Caldas CP, Motta LB, Lima KC, Siqueira RC, Rodrigues RTSV, et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(2):357-65.
12. Oliveira M, Veras RP. "Um modelo eficiente no cuidado à pessoa idosa". *Correio Brasiliense.* 27 ago. 2015: Seção Opinião. p. 13.
13. Oliveira M, Veras RP, Cordeiro H. A Saúde Suplementar e o envelhecimento após 19 anos de regulação: onde estamos? *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [acesso em 17 maio 2018];20(5):624-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000500624&lng=pt&nrm=iso
14. da Silveira DP, Araújo DV, Gomes GHG, Lima KC, Estrella K, Oliveira M, et al. Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e sustentabilidade do setor. Rio de Janeiro: ANS; 2016.
15. Moraes EM. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais.* Brasília, DF: OPAS; 2012.
16. Médici A, Abicalaffe C, Tavares L. Pagamento por Performance [Internet]. [Sem Local]: Empreender Saúde; 2015 [acesso em 17 maio 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/281642162_Pagamento_por_Performance_em_Saude#pf3
17. Abicalaffe CL. Pagamento por performance: o desafio de avaliar o desempenho na área da saúde. *J Bras Econ Saúde.* 2011;3(1):179-85.

Recebido: 24/05/2018

Revisado: 08/06/2018

Aprovado: 15/06/2018