

## PACTO PELA VIDA: DA GESTÃO À PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM – REVISÃO NARRATIVA

### PACT FOR LIFE: FROM MANAGEMENT TO PRACTICE IN HEALTH CARE AND NURSING – NARRATIVE REVIEW

### PACTO POR LA VIDA: DE LA GESTIÓN A LA PRÁCTICA DEL CUIDADO EN SALUD Y ENFERMERÍA – REVISIÓN NARRATIVA

Selma Regina de Andrade<sup>I</sup>  
José Luis Guedes dos Santos<sup>II</sup>  
Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello<sup>III</sup>  
Alacoque Lorenzini Erdmann<sup>IV</sup>

**RESUMO:** Objetivou-se analisar as prioridades e os objetivos estabelecidos no *pacto pela vida*, no que se refere à atenção à saúde de grupos populacionais, suas interfaces com a enfermagem e os desafios que envolvem sua implementação. Estudo qualitativo, com técnica de revisão narrativa, a partir de bibliografias selecionadas nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online*, biblioteca virtual em saúde e documentos oficiais publicados no período de 2006 a 2010. Foram constituídos três eixos de análise e reflexão: O *pacto pela vida*: prioridades e objetivos; A vida humana como substantivo da atuação da enfermagem; e Desafios do pacto pela vida: em busca de novas perspectivas para as práticas de saúde e enfermagem. Essa dimensão narrativa pode agregar valor aos pactos, a partir do compromisso e consenso dos profissionais na prática do cuidado à saúde e da interlocução assistencial entre o plano gestor e os usuários do sistema de saúde.

**Palavras-chave:** Vida; enfermagem; gestão em saúde; política de saúde.

**ABSTRACT:** The aim was to examine the priorities and objectives set out in the *pact for life*, with regard to health care of population groups, its interface with nursing, and the challenges posed by implementation. This qualitative study employed the technique of narrative review from selected bibliographies in the Scientific Electronic Library Online and Virtual Health Library databases, and official documents published from 2006 to 2010. Three lines of analysis and thinking were constructed: the Pact for Life, priorities and objectives; Human life as the essence of nursing; and Challenges facing the *pact for life*: seeking new outlooks for health care and nursing. This narrative dimension can add value to the pacts, building on health professionals' commitment to health care and on dialogue on health care between health system management and users.

**Keywords:** Life; nursing; health management; health policy.

**RESUMEN:** Se objetivó analizar las prioridades y los objetivos establecidos en el *pacto por la vida*, teniendo en cuenta la atención a la salud de grupos de poblaciones, sus interfaces con la enfermería y los retos que los involucran. Estudio cualitativo, con técnica de revisión narrativa apoyada en bibliografías seleccionadas en las bases de datos *Scientific Electronic Library Online*, biblioteca virtual en salud y documentos oficiales publicados en el período de 2006 a 2010. Se crearon tres ejes de análisis y reflexión: El *pacto por la vida*: prioridades y objetivos; La vida humana como sustantivo de la actuación de la enfermería; y Retos del pacto por la vida: en búsqueda de nuevas perspectivas para las prácticas de salud y enfermería. Esa dimensión narrativa puede agregar valor a los pactos, con el compromiso y consenso de los profesionales en la práctica del cuidado a la salud y de la interlocución asistencial entre los gestores y los usuarios del sistema de salud.

**Palabras clave:** Vida; enfermería; gestión en salud; política de salud.

## INTRODUÇÃO

O *pacto pela vida*<sup>V</sup> é um acordo firmado entre gestores da saúde em todos os âmbitos governamentais, que vem sendo reiterado desde 2007, com vistas ao alcance de resultados para as prioridades e objetivos previamente negociados<sup>1-3</sup>. Trata-se de uma das dimensões do pacto pela saúde<sup>4</sup> que altera, de forma substantiva, o

<sup>I</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Vice-Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: selma@ccs.ufsc.br

<sup>II</sup>Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: joseenfermagem@gmail.com.

<sup>III</sup>Cirurgiã Dentista. Doutora em Enfermagem. Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: alfm@terra.com.br.

<sup>IV</sup>Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora IA do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: alacoque@newsite.com.br.

<sup>V</sup>Estudo realizado no Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde. Apoio financeiro FUNPESQUISA/Universidade Federal de Santa Catarina - 2009/2010. Edital nº 001/2009.

olhar e o fazer saúde, uma vez que rompe com modelos tradicionais de operacionalização do sistema e consagra o compromisso político, publicamente assumido pelos gestores, com a saúde de cada cidadão.

Para o biênio 2010-2011, o *pacto pela vida* obteve consenso nas prioridades: atenção a grupos populacionais (idoso, mulher e criança); promoção da saúde como política pública; fortalecimento da atenção básica por meio da estratégia saúde da família; saúde do homem; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias; bem como ações gerenciais específicas de atenção em saúde mental, em saúde do trabalhador, a portadores de deficiência e a pessoas em situação ou risco para violências<sup>5</sup>.

Embora o conjunto dessas prioridades, e cada uma delas em particular, tenha relevância pública e sanitária, destacam-se as ações focalizadas na atenção à saúde aos grupos populacionais, uma vez que essa é uma das competências atribuídas aos profissionais de saúde em sua formação e, especificamente, ao profissional enfermeiro, pois é nesse campo que se processam suas funções essenciais no cenário da saúde, qual seja, o de cuidar ou de prestar o cuidado<sup>6,7</sup>.

Desse modo, a partir do *pacto pela vida* pode-se pensar sobre a expressão da atuação dos profissionais de saúde junto aos usuários, em especial aos grupos priorizados, tendo em conta o conceito geral de desempenho como o grau de alcance de objetivos. Presume-se que o sucesso da pactuação defendida pelos gestores da saúde está diretamente associado e em dependência do desempenho de cada um e do conjunto dos profissionais envolvidos em cada processo, seja ele assistencial ou gerencial.

A partir das considerações apresentadas, este estudo teve como objetivo analisar as prioridades estabelecidas no *pacto pela vida*, particularmente no que se refere à atenção à saúde de crianças, mulheres e idosos. Especificamente, busca-se refletir sobre os objetivos pactuados para cada grupo, suas interfaces com a enfermagem e os desafios que envolvem sua implementação nas práticas de saúde e enfermagem.

## METODOLOGIA

**Estudo qualitativo**, com emprego da técnica de revisão narrativa<sup>8</sup>. Esse método permite a descrição e discussão teórico-reflexiva do conhecimento produzido sobre um determinado tópico relevante e atual, cuja análise sistematizada ou a meta-análise ainda não é possível ou pertinente. Possibilita o acesso e processamento do conhecimento e de novas ideias sobre uma temática específica de forma sumarizada e em um curto espaço de tempo<sup>9,10</sup>.

Um guia de orientações para a síntese narrativa<sup>9,10</sup> sugere o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos para compreensão ou explicação de

fenômenos e sua descrição e interpretação preliminar. Propõe a análise exploratória das relações nos dados, com a possibilidade de desenvolvimento de explicações plausíveis para diferenças observadas. Prevê uma avaliação geral da força da evidência disponível para apoiar as conclusões, tendo em conta que tais conclusões são preliminares.

Foram selecionadas publicações do Ministério da Saúde, livros e artigos científicos considerados relevantes para a abordagem da temática em questão. Para localização dos materiais, realizou-se uma consulta às bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde foram selecionadas produções publicadas no período de 2006 a 2010.

A partir do guia de orientações<sup>9,10</sup> e da leitura e síntese qualitativa do material consultado, foram constituídos três eixos de análise e reflexão: O *pacto pela vida*: prioridades e objetivos; A vida humana como substantivo da atuação da enfermagem; e Desafios do pacto pela vida: em busca de novas perspectivas para as práticas de saúde e enfermagem.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### O pacto pela vida: prioridades e objetivos

O *pacto pela vida*<sup>1-5</sup> é uma dimensão transcendental do pacto pela saúde devido à convergência entre valores estabelecidos na sociedade e compartilhados pelos atores do setor saúde, com apelo ao agente público para uma aliança política de compromisso com a vida humana. Trata-se de um contrato social firmado por meio de consenso entre gestores de saúde, para alcance de objetivos comuns.

A pactuação de objetivos e revisão anual das necessidades e das condições de saúde da população são processos autônomos e representam uma nova prática de gestão, uma vez que retrata realidades locais, porém de alcance nacional. A atenção a grupos populacionais<sup>11</sup> – idoso, mulher e criança – é uma prioridade que reforça a ação sanitária de cuidado com a promoção da vida.

Na atenção à saúde do idoso são descritos dois objetivos: o primeiro voltado para a identificação de pessoas idosas em situação de fragilidade ou em risco de fragilização para ações de prevenção de fratura de fêmur; e o segundo visando contribuir para a melhoria da qualidade da atenção prestada ao residente nas instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Com relação à situação de fragilidade e prevenção de fratura de fêmur, as proposições levam em conta ações de prevenção de quedas e osteoporose. Essas ações são importantes, principalmente diante da frequência e gravidade das fraturas de fêmur entre as pessoas idosas e o aumento da dependência com prejuízo da qualidade de vida que essas lesões podem acarretar<sup>12</sup>.

Já a atenção prestada ao residente de ILPI constitui elemento fundamental de valorização da vida dessa parcela da população que se encontra em condições de fragilidade. Os principais desafios que envolvem o cuidado às pessoas idosas nas ILPIs são escassez de profissionais qualificados e falta de uma rede de apoio formal para o atendimento às necessidades dos idosos em condições de dependência<sup>13</sup>. Nesse contexto, a definição de novos espaços para as pessoas idosas é uma necessidade da sociedade contemporânea que deve assegurar seus direitos, criando condições para a promoção da saúde, autonomia, integração e participação social desse grupo<sup>14</sup>.

A atenção à saúde da mulher apresenta dois grandes eixos focalizados, de um lado, no processo saúde-doença e, de outro, nos índices de mortalidade materna. O primeiro eixo valoriza objetivos diretamente relacionados à assistência, por meio do controle do câncer de colo de útero e de mama, especialmente voltados para as ações desenvolvidas em nível ambulatorial, cujo mérito deve ser enaltecido por sua contribuição na identificação de serviços de saúde que necessitam ser capacitados para melhoria da assistência prestada, buscando otimizar a utilização dos recursos disponíveis.

No tangente à redução da mortalidade materna, os objetivos consistem em investigar óbitos no ciclo gravídico-puerperal; aprimorar a qualidade da atenção pré-natal; e reduzir a taxa de cesáreas. As taxas de mortalidade materna guardam relação com a prestação do serviço de pré-natal que, por sua vez, tem relação direta com a capacidade do próprio serviço em suprir as necessidades básicas das gestantes. Estudo de base populacional<sup>15</sup> sobre a qualidade da atenção pré-natal, por exemplo, destacou a necessidade de motivar e capacitar os profissionais de saúde sobre a importância dos procedimentos da rotina nessa fase, especialmente o exame especular, a palpção das mamas e a prevenção da sífilis.

Finalmente, a atenção à saúde da criança tem como eixo principal a redução da mortalidade infantil, com os objetivos de reduzir a mortalidade neonatal e pós-neonatal no país. Acompanhar a evolução do coeficiente de mortalidade neonatal contribui para avaliar não somente os níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, mas também ações de saúde direcionadas para o binômio mãe-filho na atenção pré-natal, parto e puerpério. É importante considerar a opinião dos usuários em relação ao atendimento recebido e as interações estabelecidas com os profissionais de saúde. Os usuários fornecem informações que possibilitam aos profissionais repensar o atendimento prestado e, desse modo, satisfazer as expectativas da população assistida<sup>16</sup>.

Nesse eixo, há também a perspectiva de recuperar a lacuna histórica com a população indígena

com a proposta de reduzir o número de morte infantil dessa etnia. Em relação a esse objetivo, talvez seja importante considerar prioritariamente a melhoria da cobertura e eficácia da atenção à criança, desde o atendimento individual até a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério, como principal fator na redução do número de óbitos infantis indígenas.

### **A vida humana como substantivo da atuação da enfermagem**

A vida humana tem sido estudada sob bases distintas do conhecimento. No ramo da filosofia, a ética e, mais recentemente, a bioética, procuram discutir os mistérios que cercam o início e o fim da vida, com a apresentação e debate de dilemas éticos. No ramo das ciências, o confronto entre os estudos da biologia, antropologia, psicologia e psicanálise e sociologia e as conclusões de pesquisas estão longe de explicar (se é possível) a complexidade e a integralidade do ser humano.

Embora os discursos parenético e científico no âmbito da ética da vida possam indicar um sentido antagônico (pró-vida *versus* pró-liberdade de escolha) na defesa da vida em sua integralidade, a sacralidade ou intangibilidade é considerada um princípio potente, mas não necessariamente oposto ao princípio da autodeterminação do ser humano<sup>17</sup>. Para isso, é preciso entender a vida como um bem fundamental, que pressupõe o equilíbrio de valores. Em outras palavras, nem o extremo da manutenção da vida biológica, que leva a tratamentos tecnologicamente abusivos, independentemente de outros valores tais como a autonomia, a dignidade, a dor; nem o extremo da utilidade social e econômica, que argumenta em favor do término da vida quando ela se torna frustrante ou um peso e leva à falta de tratamentos, especialmente em situações de deficiências.

Ambos os discursos partilham de um eixo comum de leitura e compreensão, configurado pelo paradigma do cuidado<sup>18</sup>. Esse paradigma permite o enfrentamento realístico para os limites da vida e para o alívio do sofrimento, no qual o cuidar volta-se para a pessoa doente e não para a doença da pessoa, atentando para os extremos do cuidado em seu excesso – a obsessão; e o cuidado em sua carência – o descuido.

Vista no ângulo da enfermagem, a vida humana é substantiva e se expressa em valores, pelo sentido e significado próprios que lhe são inerentes. Essa concepção confere o sentido de honorabilidade à profissão como prática social, que evidencia processos e efeitos observáveis e convincentes em qualquer esfera da pragmática assistencial, por manifestações traduzidas cotidianamente na evolução do cuidar humano e das experiências de quem é cuidado<sup>19</sup>.

O cuidado humano vem sendo estudado sob distintos enfoques, incluindo o desenvolvimento de teorias e concepções de cuidar, ética e poder, temáticas de

abordagem abrangente relativas ao agir do profissional, bem como estudos que tratam do cuidado de enfermagem a outro ser e ao próprio cuidador no cotidiano de seu trabalho<sup>20</sup>.

A enfermagem como área de conhecimento que se fundamenta em bases filosóficas e científicas de pensar e agir tem, portanto, no cuidar e no cuidado sua ação privilegiada, seu objeto<sup>7</sup>. No entanto, a perspectiva mais ampla da natureza do cuidar (base ontológica) e o seu conhecimento (base epistemológica) tornam o cuidar a essência integradora e unificadora da prática de enfermagem<sup>6</sup>, independentemente de adjetivações que permeiam essa vasta área de saber que se configura complexa. O cuidado realizado pelo profissional de enfermagem, evidenciado nas atitudes e prática do cuidar, tem no envolvimento do cuidador e ser cuidado o elemento indispensável de preservação da dignidade, contemplada na dinamicidade e multidimensionalidade da interação humana<sup>21</sup>.

Na interface configurada entre a atenção a grupos populacionais como uma das prioridades do *pacto pela vida* e a atenção ou cuidar destas totalidades individuais e coletivas, a ação da Enfermagem situa-se como fundamental, quer como ação da ética profissional, quer como objeto de trabalho, uma vez que “[...] para a enfermagem, cuidar é nutrir a vida, é mediar o processo de satisfação do ser humano em suas necessidades de viver”<sup>20:251</sup>. O cuidado de enfermagem tem como finalidade a proteção, promoção e preservação da vida humana por meio de um processo que é contextual, relacional, existencial e, portanto, construído entre o ser que cuida e o ser que é cuidado, incluindo nessa interação da existência humana emoções, sensibilidade e intuição como elementos que fixam formas de aprender e conhecer.

### Desafios do pacto pela vida

A implantação do *pacto pela vida* é um processo que envolve consensos que requisitam a vigilância e participação das pessoas que pactuam pela vida – gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde no estabelecimento de prioridades e objetivos em saúde, com vistas a realizar o modelo de atenção à saúde descrito na Constituição Federal.

Novas práticas de cuidado pressupõem um novo olhar para as organizações de saúde e o planejamento de ações que considerem as ambiguidades, as incertezas, as necessidades regionais e as desigualdades em saúde, com vistas à realização de práticas transformadoras da realidade que contribuam para um viver mais saudável<sup>22</sup>. Para construção dessas novas abordagens do cuidado é necessário ampliar a capacidade de dialogar com o diferente, integrar ordem e desordem e possibilitar a participação dos indivíduos nos processos gerenciais e, por meio das interações, transcender as práticas lineares e pontuais<sup>21,23,24</sup>. O pacto pela saúde propõe importantes mudanças para a reorganização dos

processos de gestão e regulação do sistema, destacando o papel das entidades federadas para melhorar e qualificar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, na busca da integralidade e universalidade, com eficiência, eficácia e efetividade<sup>23</sup>.

A organização em rede de atenção à saúde, garantia do acesso aos serviços de boa qualidade, implementação da educação permanente em saúde, adequação à realidade de cada região e integração das ações são estratégias que indicam a possibilidade de realizar a saúde como um direito social e um campo de saberes. Contudo, as prioridades do *pacto pela vida*, relacionadas à atenção à saúde de grupos populacionais, mantêm como ponto de medida os seus reveses, ou seja, a doença ou acidente (câncer, fratura de fêmur) e a morte (mortalidade infantil e materna).

A prioridade pactuada de redução da mortalidade infantil e materna é um exemplo que aparentemente contrapõe-se ao princípio da integralidade, ao fixar um indicador negativo como meio de verificação de ações que, em tese, deveriam priorizar a qualidade do cuidado. Altas taxas de mortalidade infantil e materna podem revelar precárias condições sociais e de saúde ou mesmo, em determinadas situações, ser resultante da melhoria dos registros dos óbitos. Porém, baixos níveis de mortalidade não refletem necessariamente melhoria das condições de vida da população.

Por outro lado, a atenção à saúde de pessoas idosas e as possíveis contribuições da enfermagem neste aspecto vêm sendo estudadas à luz de políticas públicas específicas, enfatizando o processo de cuidar nesse ciclo da vida. Situações de fragilidade ou risco de fragilização a que pessoas idosas estão expostas configuram apenas um dos elementos necessários para o desenvolvimento de ações de saúde, determinado não apenas por indicadores mensuráveis, mas complementado por novos parâmetros que privilegiem a qualidade de integração social desse grupo, haja vista a vulnerabilidade dos idosos a diversos tipos de violência, ao abandono e à solidão<sup>25</sup>.

Os argumentos em favor da manutenção dos objetivos ressaltam a eficiência e eficácia das ações nessas áreas devido à alta cobertura, fácil acessibilidade, alta resolubilidade, disponibilidade tecnológica, estratégias assistenciais conhecidas e baixo custo. Todavia, sua efetividade deverá se confirmar somente a partir do momento em que os profissionais de saúde estiverem e se sentirem capacitados e, verdadeiramente, acreditarem nos compromissos sociais e políticos, além dos assistenciais e do cuidado<sup>26</sup>. Tais compromissos, firmados ao assumirem a profissão, guardam relação com o desempenho das universidades na formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS), visando seu desenvolvimento e efetivação e, portanto, partícipe do *pacto pela vida*.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pacto pela saúde, na dimensão do *pacto pela vida*, traz implicações práticas entre os profissionais de saúde, mais focalizadamente os da enfermagem, no que considera o desenvolvimento de ações que se realizam em favor da inviolabilidade da vida. Ao mesmo tempo, os objetivos desses pactos privilegiam e consagram a qualidade de vida na expressão do cuidado, em seus múltiplos significados.

A despeito dos objetivos e metas terem sido traçados no campo do conhecimento ainda predominantemente situado nas ciências biológicas e materializados em previsão de alcance com base em cálculos bioestatísticos, não caberia a expansão de um *pacto pela vida* que se definisse tão somente em indivíduos biologizados. A vida ultrapassa a saúde humana nela contida. Os valores expressos no sentido e significado que a vida assume são uma passagem paradigmática que reside na reprodução da própria vida e de seu cuidado e lança novas reflexões para a compreensão da saúde como inerente à compreensão das condições de vida.

Este estudo avança o conhecimento no sentido de repensar os pactos, ampliando o debate, ora restrito ao plano da gestão, junto a todos os interessados, sejam profissionais, sejam usuários do sistema de saúde, a respeito das prioridades já negociadas. É nessa consideração que se abre um elenco de atividades que incluem a enfermagem no núcleo da efetivação das ações do *pacto pela vida*. Vale lembrar que todo pacto encerra em si a negociação permanente, o que se traduz no dia a dia como acordos e novas reflexões emergentes de avaliações do alcance de metas quali-quantitativas estimadas para a saúde de distintos segmentos populacionais.

O reconhecimento de que o *pacto pela vida* altera as formas normatizadas de operacionalização do SUS e possibilita e estimula uma nova prática de gestão, implica necessariamente incluir, nas negociações continuadas, a consideração daqueles que efetivamente realizam a atenção à saúde – as equipes profissionais da rede prestadora de serviços, na ponta operacional do sistema, elos entre as esferas gestoras do pensar o pacto e aqueles a quem, por direito e justiça, se beneficiam dele. Em outras palavras, ao considerar que há um pacto, uma aliança entre gestores, é de se esperar que suas ações sejam convergentes e solidárias tanto no planejamento, quanto na execução dos termos de compromisso de gestão. Essa é uma aliança que requer sua extensão e socialização para tornar sólido um pacto nacional no sentido pleno, isto é, entre todos aqueles que promovam a vida participando efetivamente da pactuação.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 91, de 21 de fevereiro de 2007. Estabelece as prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2007 [citado em 18 ago 2008]. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispecto/portaria.pdf>.
2. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece as prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008 [citado em 18 ago 2008]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-325.htm>
3. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 48, de 12 de janeiro de 2009. Mantém, para o ano de 2009, as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, definidos no anexo da Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008 [citado em 06 abr 2010]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=30611](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=30611).
4. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto [citado em 18 ago 2008]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>.
5. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011 [citado em 10 ago 2010]. Disponível em: [http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=383&Itemid=82](http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=383&Itemid=82).
6. Carvalho V. Sobre conhecimento geral e específico: destaques substantivos e adjetivos para uma epistemologia da enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2007; 11:337-42.
7. Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2000; 8:96-101.
8. Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa [editorial]. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20:v-vi.
9. Rodgers M, Arai L, Britten N, Petticrew M, Popay J, Roberts H, et al. Narrative synthesis in systematic reviews. Manchester: ESRC Research Methods Programme; 2007.
10. Aveyard H. Doing a literature review in health and social care: a practical guide. Maidenhead: Open University Press; 2007.
11. Ministério da Saúde (Br). Departamento de Apoio à Descentralização. Instrutivo dos indicadores para a pactuação unificada – 2008 [citado em 25 nov 2010]. Disponível em [http://portalweb04.saude.gov.br/sispecto/Instrutivo\\_Indicadores\\_2009.pdf](http://portalweb04.saude.gov.br/sispecto/Instrutivo_Indicadores_2009.pdf).
12. Mesquita GV, Lima MALTA, Santos AMR, Alves ELM, Brito JNPO, Martins MCC. Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur. *Texto contexto - enferm*. 2009; 18:67-73.
13. Aires M, Paz AA, Perosa CT. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30:492-9.
14. Moura MAV, Domingos AM, Rassy MEC. A qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: um relato de experiência. *Esc Anna Nery* 2010; 14:848-55.
15. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25:2507-16.
16. Queiroz M, Xavier E, Brasil E, Costa R. Perinatal assistance in birth context in the view of women – qualitative study. *Online Braz J Nurs* [periódico na internet]. 2010 [citado em

- 20 nov 2010]. 9:1-10. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2868>.
17. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2007.
  18. Boff L. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. 10ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.
  19. Carvalho V. Cuidando, pesquisando e ensinando: acerca de significados e implicações da prática da enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004; 12:806-15.
  20. Crivaro ET, Almeida IS, Souza IEO. O cuidar humano: articulando a produção acadêmica de enfermagem ao cuidado e ao cuidador. *Rev enferm UERJ*. 2007; 15:248-54.
  21. Backes DS, Erdmann AL, Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Erdmann RH. Rousing new approaches to the Nursing care management: a qualitative study. *Online Braz J Nurs [periódico na internet]*. 2009 [citado em 02 fev 2011]. 8:1-10. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2407>.
  22. Erdmann AL, Mello AL, Meirelles BH, Marino SRA. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2004; 57:467-71.
  23. Nascimento AAM, Damasceno AK, Silva MJ, Silva MVS, Feitoza AR. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. *Cogitare enferm*. 2009; 14:346-52.
  24. Machado CV, Baptista TWF, Lima LD. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. *Ciênc saúde coletiva*. 2010; 15:2367-82.
  25. Berardinelli LMM, Santos I, Santos MLSC, Clos AC, Pedrosa GS, Chaves ACS. Cronicidade e vulnerabilidade em saúde de grupos populacionais: implicações para o cuidado. *Rev enferm UERJ*. 2010; 18:553-8.
  26. Souza MKB, Melo CMM. Atuação de enfermeiras nas macrofunções gestoras em saúde. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17:198-202.