

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

PESQUISA

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12232

ANÁLISE DOS COMPONENTES DE AUDITORIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

*Analysis of audit components in the unified health system**Análisis de los componentes de auditoría en el sistema único de salud*Marciana Feliciano¹ Rita de Cássia Soares² Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes³ Thaís Araújo da Silva⁴ 

RESUMO

Objetivo: analisar a evolução e a distribuição dos componentes de auditoria do Sistema Nacional de Auditoria nos municípios e nos estados brasileiros, entre os anos 2008 e 2015. **Método:** foi desenvolvido um estudo quantitativo de abordagem descritiva, o qual utilizou dados secundários, disponíveis na página do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil, referentes ao número de componentes municipais e estaduais do Sistema Nacional de Auditoria estruturados por cada região do País. **Resultados:** os dados apontam que há um crescimento no número de componentes municipais e estaduais em todas as regiões. Destaca-se a Região Nordeste, que apresentou expressivo aumento dos componentes municipais e estaduais no período. No entanto, em todas as regiões, o registro dos componentes de auditoria municipal foi menor que 2%. **Conclusão:** o número de componentes estaduais e municipais sofreu incremento ao longo dos anos, mas, não o suficiente para contemplar todas as Unidades Federativas.

DESCRITORES: Gestão em saúde; Regulação e fiscalização em saúde; Sistema único de saúde.

¹ Instituto Aggeu Magalhães, Pernambuco, Recife, Brasil.

^{2,3,4} Federal Pernambuco, Pernambuco, Recife, Brasil.

Recebido em: 08/12/2022; Aceito em: 28/02/2023; Publicado em: xxxxxxxxx

Autor correspondente: Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes ryanneccarolynne@gmail.com

Como citar este artigo: Mendes RCMG, Soares RC, Feliciano M, Silva TA. Análise dos componentes de auditoria no sistema único de saúde. R Pesq Cuid Fundam [Internet]. 2023 [acesso ano mês dia];15:e12232 Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12232>



ABSTRACT

Objectives: to analyze the evolution and distribution of the audit components of the National Audit System in Brazilian municipalities and states, between the years 2008 and 2015. **Method:** a quantitative study with a descriptive approach was developed, which used secondary data, available at page of the Department of Informatics of the Unified Health System of Brazil, referring to the number of municipal and state components of the National Audit System structured by each region of the Country. **Results:** the data indicate that there is an increase in the number of municipal and state components in all regions. The Northeast Region stands out, which showed a significant increase in municipal and state components in the period. However, in all regions, registration of municipal audit components was less than 2%. **Conclusion:** the number of state and municipal components has increased over the years, but not enough to cover all the Federative Units.

DESCRIPTORS: Health management; Health care coordination and monitoring; Unified health system.

RESUMEN

Objetivos: analizar la evolución y distribución de los componentes de auditoría del Sistema Nacional de Auditoría en los municipios y estados brasileños, entre los años 2008 y 2015. **Método:** se desarrolló un estudio cuantitativo con enfoque descriptivo, que utilizó datos secundarios, disponibles en la página del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud de Brasil, referente al número de componentes municipales y estaduais del Sistema Nacional de Auditoría estructurado por cada región del País. **Resultados:** los datos indican que hay un aumento en el número de componentes municipales y estatales en todas las regiones. Se destaca la Región Nordeste, que mostró un aumento significativo en los componentes municipales y estaduais en el período. Sin embargo, en todas las regiones, el registro de componentes de auditoría municipal fue inferior al 2%. **Conclusión:** el número de componentes estatales y municipales ha aumentado con los años, pero no lo suficiente para cubrir todas las Unidades de la Federación.

PALABRAS CLAVE: Gestión en salud; Regulación y fiscalización en salud; Sistema único de salud.

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) está prevista na Constituição Federal (CF) de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.080/1990. No entanto, só em 1993, a Lei nº 8.689, a mesma que extinguiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), instituiu o SNA e estabeleceu a obrigação do governo federal em criar mecanismos de regulação e fiscalização, incluindo as ações de Controle e Auditoria nas três esferas de gestão.¹⁻³

A descentralização da auditoria vem sendo estruturada desde a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) (NOB-SUS/1996), passando pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2002) e pelo Pacto pela Saúde.⁴⁻⁶ Em 2007, foi aprovada a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), que abordou a importância da implantação dos componentes estaduais e municipais do SNA, bem como o fomento desse dispositivo de gestão.⁷ O Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), estabeleceu a responsabilidade do SNA no controle e fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP).^{2,8}

No âmbito federal, o SNA é coordenado pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), este inserido na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS). O referido órgão realiza auditorias e é responsável por fortalecer os componentes estaduais e

municipais do SNA, no intuito de congregando as práticas e os processos de trabalho nos estados e municípios.⁹ Nas esferas estadual e municipal as atividades instituídas pelo SNA são desenvolvidas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.¹⁰

Na esfera pública, a auditoria é essencial para a solidificação do SUS, “pois promove, de forma expressiva, melhor cumprimento dos seus princípios e diretrizes, fiscalizando o desenvolvimento das ações e serviços dirigidos à população”.¹¹ A auditoria também é um mecanismo importante para a fundamentação da tomada de decisão dos gestores, que podem se utilizar dos relatórios de auditoria para o aperfeiçoamento da qualidade das ações e dos serviços no SUS.¹⁰

Face a sua complexidade e abrangência, o SUS se encontra em contínuo desenvolvimento, sendo, portanto, imprescindível a instauração de processos avaliativos e de controle que possam fundamentar as tomadas de decisão. Assim, destaca-se a importância do SNA na sua consolidação.¹² Nesse sentido, a estruturação dos componentes de auditorias nas esferas municipais e estaduais é um elemento importante para que o SNA atenda às necessidades do SUS.

Mediante o exposto, este estudo se justifica pela necessidade de explorar o panorama dos componentes de auditoria do SNA. Nesta perspectiva, o presente estudo tem como objetivo analisar a evolução e a distribuição dos componentes de auditoria do SNA nos municípios e nos estados brasileiros, entre os anos 2008 e 2015.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa e de abordagem descritiva, que utilizou dados secundários, coletados em setembro de 2022, a partir do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 - Edição 2015, disponível na página do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), do Ministério da Saúde (MS), por meio das Informações em Saúde – TabNet.¹³

Este Rol contém subsídios para a tomada de decisão e definição de metas pelas federações, a partir de seus indicadores, bem como dos métodos para cálculo, fonte e relevância de dados.¹⁴ Está indexado na base de dados virtual do DATASUS, cujo sistema é essencial para o desenvolvimento das principais atividades da gestão no SUS.¹⁵

As variáveis estudadas referem-se ao número de componentes municipais e estaduais do SNA estruturados, por Região, e correspondem aos indicadores 66a e 66b do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, descritos pela Resolução nº 05 da Comissão Intergestores Tripartite, de 19 de junho de 2013.¹⁶

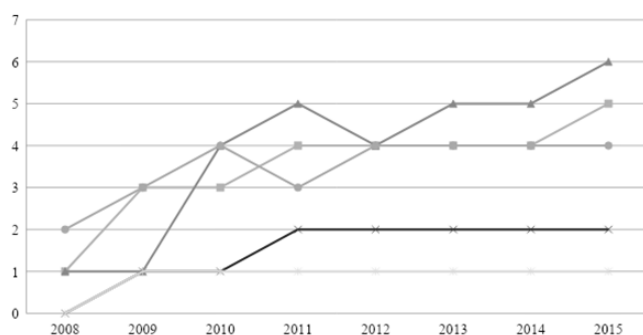
O período selecionado (2008-2015) foi escolhido dada a disponibilidade dos dados na base nacional do DATASUS. Além disso, foi utilizado o programa Microsoft Excel para a construção do banco de dados, no qual possibilitou a inserção e a descrição das informações inerentes à distribuição e à evolução do número de componentes do SNA estruturados ao longo dos anos (2008-2015) nos municípios e estados da federação, segundo ano e região administrativa.

Por utilizar dados secundários de domínio público, não houve a necessidade de submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme pressupostos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos e de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.¹⁷

RESULTADOS

Os dados obtidos apontam que houve crescimento relevante no número de componentes estaduais e municipais

Figura 1 – Evolução do componente estadual por Região do Brasil, Brasil, 2008 e 2015



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do DATASUS.

do SNA estruturados, em todas as Regiões do país, entre os anos de 2008 a 2015, conforme observado nas Figuras 1 e 2.

Destaca-se o comportamento da implantação de componentes de auditoria na região Nordeste que passou de 01 (um), em 2008, para 06 (seis) componentes estaduais, em 2015; e de 01 (um) para 20 (vinte) componentes municipais, entre 2008 e 2015.

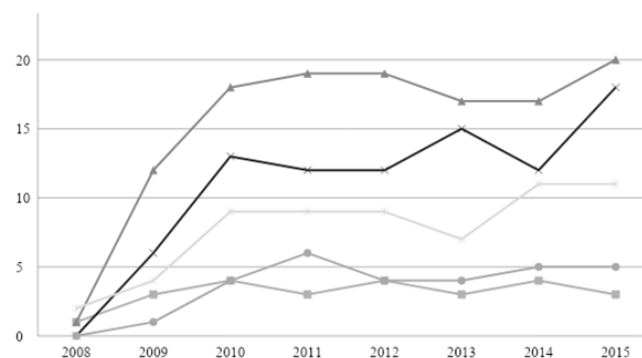
A Tabela 1 apresenta o número e a proporção de componentes de auditoria estaduais no ano de 2015, em que se pode constatar maior proporção de estados com componentes de auditoria nas Regiões Centro-Oeste (100%), Norte (71,43%) e Nordeste (66,67%).

Na Tabela 2 é apresentado o número e a proporção dos componentes de auditoria municipais, no ano de 2015. Evidencia-se as Regiões que apresentaram maiores porcentagens de componentes municipais estruturados, a saber: Nordeste (1,11%), Sudeste (1,08%), e Centro-Oeste (1,07%). Vale salientar que a região Norte apresentou o menor percentual (0,67%) no âmbito municipal, ainda que tenha evoluído bem na esfera estadual.

DISCUSSÃO

O crescimento inerente ao número de componentes de auditoria nos estados e municípios pode estar relacionado à publicação do Pacto pela Saúde instituído, em 2006, pela Portaria nº 399/2006, cujo qual é composto por três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, os quais determinam prioridades a serem adotadas por todas as esferas de governo. O componente Pacto de Gestão determina as responsabilidades sanitárias das instâncias gestoras do SUS, e a auditoria figura dentre essas responsabilidades. Os municípios e os estados passam a ter responsabilidades no planejamento e na programação de saúde, devendo “realizar/implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial”.⁶

Figura 2 – Evolução do componente municipal por Região do Brasil, Brasil, 2008 e 2015



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do DATASUS.

Tabela 1 – Número de componentes estaduais. Brasil, 2015

Região	Total de Estados	Componentes Estaduais	
		N	%
Região Norte	7	5	71,43
Região Nordeste	9	6	66,67
Região Sudeste	4	2	50,00
Região Sul	3	1	33,33
Região Centro-Oeste	4	4	100,00
Total	27	18	66,67

Considerando o período entre 2009 e 2010, observa-se que em todas as Regiões houve aumento do número de componentes estaduais e municipais. Isso pode estar relacionado à implementação, em 2009, da segunda edição da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa na Saúde (ParticipaSUS), que buscou acelerar e aprimorar o processo de auditoria nas três esferas do SUS.^{10,18}

Sobre o pouco expressivo número de componentes de auditoria no âmbito estadual especialmente, na região Sul, a qual, entre os anos 2009 a 2015, permaneceu com o registro de apenas um componente de auditoria (Gráfico 1), pode ter explicação na descontinuidade na gestão da administração pública em decorrência da escassez de recursos humanos, especificamente, no Serviço de Auditoria do SUS, o que foi apontado em uma pesquisa.¹⁹ Desse modo, acredita-se que a carência de mão de obra, pode ter dificultado a ampliação de novos componentes de auditoria na referida região.

O expressivo aumento dos componentes municipais e estaduais, na região Nordeste, pode estar associado com a propagação dos cursos de capacitação aos gestores no SUS, promovidos pelo Programa Nacional de Qualificação de Gestores e Gerentes do SUS – Mais Saúde, do MS.²⁰ Houve, também, outra proposta relacionada à capacitação profissional de gestores do SUS, promovida pelo Programa Nacional de Capacitação Gerencial em Saúde, do MS, o qual lançou um curso de pós-graduação lato sensu com carga de 180 horas para capacitar profissionais de níveis médio e superior que desempenha funções estratégicas na gestão dos serviços e sistemas de saúde, dentre elas: regulação, controle, avaliação e auditoria.²¹

Embora não seja possível apontar uma associação direta entre o crescimento dos componentes de auditoria municipais do SNA e as iniciativas de capacitação dos profissionais/gestores, é cabível considerá-las no contexto do período estudado.

Na Região Centro-Oeste, observa-se que em todos os estados há um componente estadual de auditoria, o que pode estar relacionado ao fato de que, na respectiva Região, encontra-se Brasília, sede do Ministério da Saúde, ou seja, aventa-se como justificativa o fato de que esta região está localizada em um centro de poder, no qual se concentram profissionais com qualificação em auditoria. Nesse sentido, corrobora-se com outro estudo ao defender que a influência hierárquica e a proximidade com o governo central possibilitaram melhor estruturação na esfera de gestão.²²

Tabela 2 – Número de componentes municipais. Brasil, 2015

Região	Total de Municípios	Componentes municipais	
		N	%
Região Norte	450	3	0,67
Região Nordeste	1794	20	1,11
Região Sudeste	1668	18	1,08
Região Sul	1191	11	0,92
Região Centro-Oeste	467	5	1,07
Total	5570	57	1,02

Ao analisar a proporção de componentes estaduais, no ano de 2015, observa-se que as Regiões Sul e Sudeste apresentaram as menores proporções, 33% e 50%, respectivamente. É importante pontuar a relevância dessas Regiões como importantes centros políticos e econômicos para o cenário nacional, o que chama a atenção para a falta de prioridade da auditoria nessas Regiões.

Em termos proporcionais, em relação ao número de municípios versus número de componentes municipais, o registro dos componentes de auditoria municipal foi menor que 2% em todas as Regiões. Este cenário pode estar associado ao desprovimento de recursos humanos e financeiros, o que prejudica a implementação de sistemas relacionados aos custos,²³ incluindo, portanto, os componentes de auditoria.

Verifica-se que no âmbito municipal, a Região Norte apresentou o menor percentual (0,67%) de componentes de auditoria. Contudo, o percentual relacionado ao número de componentes estaduais da referida Região era de 71,43%, o que aponta uma incongruência entre as esferas de gestão desta Região.¹³

Um estudo trouxe dados importantes quanto às desigualdades entre as regiões de saúde no País, em particular, a região Norte, na qual a rede de serviços de saúde é deficiente. Dentre as dificuldades, destaca-se a baixa manutenção de recursos humanos, especialmente nos municípios de pequeno porte e a consequente concentração de serviços de média e alta complexidade nas capitais.²⁴⁻²⁵

Esses achados refletem o quanto a descentralização do SUS, bem como do SNA, representam o contexto de desigualdades entre as diferentes regiões, as quais apontam contextos organizacionais e políticos locais bastante diverso, apesar de regidos pelos mesmos princípios normativos e organizativos do sistema. O contexto organizacional se vinculava às condições de estrutura, capacidade instalada, funcionamento da rede e programas existentes.²²

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu analisar a evolução e a distribuição dos componentes de auditoria do SNA nos municípios e nos estados brasileiros, entre os anos de 2008 a 2015, o qual mapeou os componentes de auditoria nas Regiões do País, denotando as variações (aumento/declínio) alusivas ao número de componentes municipais e estaduais.

Pode-se afirmar que o número de componentes estaduais e municipais sofreu incremento ao longo dos anos estudados, mas, não o suficiente para contemplar todas as Unidades Federativas. Este achado demonstra que a descentralização do SNA ainda carece de ser pautada como uma prioridade de gestão com maior atenção e investimento.

Ao considerar a proporção dos componentes municipais, que se manteve inferior a 2%, em todas as Regiões, no ano de 2015, percebe-se a negligência em relação à percepção da auditoria como um importante mecanismo a ser incorporado à gestão da saúde nos municípios.

Os achados deste estudo apontam para a flagrante necessidade de esforços e incentivos voltados à gestão do SUS e do SNA, e concorrem para desdobramentos crítico-reflexivos voltados para questionamentos acerca dos interesses e ou desinteresses políticos envolvidos no processo de auditoria.

Cabe ao DENASUS a promoção permanente de capacitação e incentivos, que contribuam para o comprometimento dos gestores e servidores nas secretarias estaduais e municipais, além de supervisão e suporte às unidades federativas para implantação dos componentes de auditoria.

Desse modo, conclui-se que é fundamental a adoção de medidas mais efetivas de investimentos em recursos materiais, de pessoal e de tecnologia da informação para a implantação e a implementação de componentes de auditoria do SUS em todas as unidades federativas do país. Apenas dessa forma, o SNA poderá se estabelecer como um sistema descentralizado capaz de influenciar na qualidade da assistência em saúde em todos os âmbitos do SUS.

As limitações encontradas ao longo deste estudo, referem-se à desatualização dos dados na base do DATASUS, pelo fato de que, em alguns municípios/estados, não se encontra o registro de componentes estruturados e em funcionamento. Ademais, percebeu-se a parca publicação de estudos inerentes ao assunto para que pudessem dialogar com os achados dos resultados desta pesquisa, especialmente os que contemplassem aspectos políticos e sociais.

Recomenda-se que novas pesquisas sejam realizadas nesta temática para que sejam explorados outros prismas investigativos acerca dos componentes estaduais e municipais, mormente estudos que identifiquem os fatores causadores da morosidade na implementação de novos componentes de auditoria, e como o DENASUS desenvolve estratégias para acelerar o respectivo processo de instauração dos referidos componentes.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União 05 out 1988; Seção 1.
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 16 set 1990; Seção 1.
3. Brasil. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. Diário Oficial da União 27 jul 1993; Seção 1.
4. Brasil. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 05 nov 1996; Seção 1.
5. Brasil. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União 27 fev 2002; Seção 1.
6. Brasil. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde. Diário Oficial da União 22 fev 2006; Seção 1.
7. Brasil. Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. Diário Oficial da União 26 nov 2007; Seção 1.
8. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de dezembro de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Diário Oficial da União 28 dez 2011; Seção 1.
9. Santos EO, Eslabão AD. Práticas de auditoria no Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa. Rev. Fund. Care Online [Internet]. 2019 [acesso em 07 de dezembro 2022];11(1):792-800. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6950/pdf>.
10. Ministério da Saúde (BR). Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde [Internet]. Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 07 de dezembro 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes_regras_auditoria_sus.pdf.
11. Brandão ACS, Silva JRA. A contribuição dos sistemas de informação em saúde (SIS) para o processo de auditoria do SUS. Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde [Internet]. 2015 [acesso em 07 de dezembro 2022];1(1):17-24. Disponível em: <https://atualizarevista.com.br/article/v1-n1-a-contribuicao-dos-sistemas-de-informacao-em-saude-sis-para-o-processo-de-auditoria-do>

- sus/#:~:text=Aqueles%20SIS%20voltados%20para%20subsidiar,processo%20de%20Auditoria%20do%20SUS.
12. Azevedo GA, Gonçalves NS, Santos DC. A relação entre a auditoria e o sistema público em saúde. *Rev. Adm. Saúde* [Internet]. 2018 [acesso em 07 de dezembro 2022];18(1):1-19. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/91>.
 13. Ministério da Saúde (BR). Indicadores Regionais, Estaduais e Nacionais do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores [Internet]. Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 07 de dezembro 2022]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pacto/2015/cnv/coapcirbr.def>.
 14. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015 [Internet]. Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 07 de dezembro 2022]. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015_2edicao.pdf.
 15. Ministério da Saúde (BR). Book de aniversário de 29 Anos do DATASUS - A estrada para a transformação digital do SUS - Realizações do último ano (2019-2020) [Internet]. Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 07 de dezembro 2022]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/DATASUS-29-ANOS-Book-das-realiza%C3%A7%C3%B5es-de-2019-a-2020-A-Estrada-para-aTransforma%C3%A7%C3%A3o-Digital-do-SUS-V1.2-min1.pdf>.
 16. Brasil. Resolução nº 5 da Comissão Intergestores Tripartite, de 19 de junho de 2013. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Comissão Intergestores Tripartite 19 jun 2013.
 17. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 12 dez 2012; Seção 1.
 18. Nespoli G, Guizardi FL, Machado FRS, Cunha MLS, Lopes MCR. Política nacional de gestão estratégica e participativa na saúde: desenho institucional e os sentidos da participação. In: Guizardi FL. (Org.). Políticas de participação e saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/ Recife: Editora Universitária; 2014.
 19. Bernardo FD, Alberton L, Rosa MM, Silveira MLG. A gestão do conhecimento na unidade descentralizada do serviço de auditoria do SUS em Santa Catarina. *Rev. Gestão Planejamento* [Internet]. 2016 [acesso em 07 de dezembro 2022];17(1):63-479. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/view/3861>.
 20. Fundação Oswaldo Cruz. Curso de aperfeiçoamento: qualificação de gestores do SUS [Internet]. Fundação Oswaldo Cruz; 2022 [acesso em 07 de dezembro 2022]. Disponível em: <https://ead.fiocruz.br/processo-seletivo-interna/257>.
 21. Fundação Oswaldo Cruz. Curso vai capacitar profissionais para o exercício de função gerencial do SUS [Internet]. Fundação Oswaldo Cruz; 2022 [acesso em 07 de dezembro 2022]. Disponível em: <https://agencia.ftaiocruz.br/curso-vai-capacitar-profissionais-para-o-exerc%C3%ADcio-de-fun%C3%A7%C3%A3o-gerencial-do-sus>.
 22. Melo MB. O Sistema Nacional de Auditoria do SUS: estruturação, avanços, desafios e força de trabalho. [Doutorado em Ciências na área da Saúde Pública]. Rio de Janeiro (Brasil): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2007. [acesso em 07 de dezembro 2022]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/4379/ve_Marilene_Melo_ENSP_2007.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
 23. Monteiro RP, Pinho JCC. Percepções de especialistas sobre o processo de mudança na contabilidade de custos no setor público do Brasil. *AB Custos São Leopoldo* [Internet]. 2017 [acesso em 07 de dezembro 2022];12(1):106-36. Disponível em: <https://revista.abcustos.org.br/abcustos/article/view/424>.
 24. Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2017 [acesso em 07 de dezembro 2022];22(1):1225-34. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/j77vcsPR76Hxb6zjPzD9bHS/abstract/?lang=pt>.
 25. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes operacionais - Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão [Internet]. Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 07 de dezembro 2022]. Disponível em: <https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>.