



Custos da inspeção *in loco* da fiscalização do exercício profissional de Enfermagem em uma realidade brasileira

In loco nursing practice inspection costs in a Brazilian setting

Costes de la inspección *in loco* de la supervisión de la práctica profesional de enfermería en una realidad brasileña

Como citar este artigo:

Alves VLS, Lima AFC. *In loco* nursing practice inspection costs in a Brazilian setting. Rev Esc Enferm USP. 2022;56:e20210382. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0382>

 Vera Lucia de Souza Alves¹

 Antônio Fernandes Costa Lima²

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Gerenciamento em Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Orientação Profissional, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To identify the average direct cost related to the direct labor of the inspectors involved in the “*in loco* inspection” step of the inspection process carried out at the Headquarters of the Regional Nursing Council of São Paulo. **Method:** Quantitative, exploratory-descriptive research, in the form of a single case study. The non-probabilistic convenience sample consisted of records of initial and return “*in loco* inspections”, carried out by inspectors working at the Headquarters of The Regional Nursing Council of São Paulo, from January 13, 2020 to March 13, 2020. **Results:** The average direct cost of initial *in loco* inspection (N = 182) corresponded to BRL 331.67 (SD = 140.32), ranging from BRL 115.80 to BRL 1071.15, and that of return *in loco* inspection (N = 98) to BRL 256.16 (SD = 130.90), ranging from BRL 77.20 to BRL 694.80. Time and cost variables analysis of initial and return *in loco* inspections showed an alpha significance level of 0.05, and it was possible to statistically state that the time ($p \leq 0.001$) and the cost of initial *in loco* inspection ($p \leq 0.001$) are higher than those for return *in loco* inspection. **Conclusion:** the cost of the step of “*in loco* inspection” will support the Nursing Council in the decision-making process aiming at allocating efficiency of human resources required in the inspection process.

DESCRIPTORS

Professional Review Organizations; Health Care Coordination and Monitoring; Administrative Claims, Healthcare; Nursing Services; Nursing Staff; Costs and Cost Analysis.

Autor correspondente:

Vera Lucia de Souza Alves
Rua dos Tapes, 193, apto 104, Cambuci
01527-050 – São Paulo, SP, Brasil
vera.vencer@gmail.com

Recebido: 23/08/2021
Aprovado: 02/12/2021

INTRODUÇÃO

Os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) têm como missão tutelar as atividades realizadas pelos profissionais de Enfermagem no exercício da profissão, em cumprimento às legislações do sistema Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)/COREN. A Fiscalização do Exercício Profissional de Enfermagem, principal ação para o alcance desta missão, requer a atuação de recursos humanos, gerando custos que precisam ser identificados e eficientemente gerenciados⁽¹⁻²⁾.

A Fiscalização do Exercício Profissional da Enfermagem tem como intuito as concepções educativa, preventiva, disciplinadora e corretiva, visando à defesa da sociedade e à qualidade da assistência de Enfermagem, podendo ser exercida por meio de diversos procedimentos, entre eles, a inspeção, oitiva, reunião e palestras⁽³⁾.

A inspeção é um dos principais procedimentos e consiste no ato planejado antecipadamente e designado ao fiscal para se dirigir até uma instituição de saúde e inspecionar o funcionamento e a organização do Serviço de Enfermagem (SE), orientando o Enfermeiro Responsável Técnico (RT) e os demais profissionais de Enfermagem presentes, quando viável, sobre o cumprimento da legislação pertinente ao exercício profissional e à prestação da assistência de Enfermagem segura para o paciente e colaboradores, com intuito de prevenir a ocorrência de infração às legislações que regulam o exercício da Enfermagem⁽²⁾. Além disso, quando identificadas irregularidades e ilegalidades, são aplicadas notificações com prazo para regularização⁽³⁾.

O fiscal, agente capacitado para realizar a inspeção nas instituições de saúde, é contratado por meio de concurso público, deve ser graduado em Enfermagem e possuir, no mínimo, um curso de pós-graduação *lato sensu* na área de Enfermagem ou em administração em serviços de saúde e comprovada experiência profissional de, no mínimo, três anos. Dentre suas atividades está a realização de inspeções em instituições de saúde que contemplem profissionais de Enfermagem, com expedição de notificações e autos de infração, fornecimento de orientações específicas ao exercício profissional e emissão de pareceres técnicos, éticos e científicos^(1,3).

As inspeções são divididas em inicial e retorno sendo que, segundo documento normativo do COREN-SP, a inspeção *in loco* inicial é realizada em instituição que efetuou um novo cadastro no COREN-SP; aquelas com cadastro existente, mas cuja razão social e Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) foram alterados, ou com cadastro existente, mas que a última inspeção tenha ocorrido há mais de um ano, sendo necessário atualizar as atividades realizadas no SE e o cálculo de dimensionamento. A inspeção *in loco* de retorno é conduzida quando há encerramento de todos os prazos notificados na inicial, com a finalidade de averiguar a resolução das inconsistências técnicas, éticas e administrativas notificadas na inspeção inicial, as quais receberam um prazo para serem sanadas, corroborando com o rito estabelecido pela Resolução Cofen nº 617/2019⁽³⁾.

A viabilização da Fiscalização do Exercício Profissional de Enfermagem demanda o pagamento dos salários dos fiscais, de aluguel de carros (para o deslocamento do fiscal) e de diárias (nos casos em que o fiscal precisa comparecer a uma instituição de saúde localizada a mais de 100 km da subseção de origem);

além dos custos associados às despesas com papel, correios, entre outros. Ao buscarem-se informações sobre os custos relativos ao processo de fiscalização identificaram-se apenas registros isolados, esporádicos e descontinuados de custos parciais com os salários dos fiscais, aluguéis de carro e diárias, não havendo sistematização da obtenção de tais informações e documentação correspondente.

Tendo em vista a missão dos COREN de disciplinar e fiscalizar o Exercício Profissional da Enfermagem amparado por requisitos éticos e legais⁽³⁾ e a imprescindibilidade do adequado gerenciamento de custos objetivou-se identificar o custo direto médio (CDM) relativo à mão de obra direta (MOD) dos fiscais envolvidos na “inspeção *in loco*” do processo de fiscalização realizado na Unidade Sede do COREN-SP.

MÉTODO

TIPO DO ESTUDO

Pesquisa quantitativa, exploratório/descritiva, na modalidade estudo de caso único.

LOCAL

O estudo foi realizado na Gerência de Fiscalização (GEFIS) da Unidade Sede do COREN-SP, localizada na zona central da cidade de São Paulo. Inicialmente tinha sido prevista a apuração do CDM por meio de observações não participantes das inspeções *in loco* para a cronometragem do tempo despendido pelos fiscais. Entretanto, em março de 2020, as ações desses fiscais foram direcionadas, exclusivamente, para aspectos específicos relacionados à Pandemia do COVID-19, sendo suspensas todas as atividades relativas ao processo de fiscalização, sem previsão de retorno.

Então, para viabilizar a continuidade deste estudo, optou-se pela utilização das informações constantes do sistema informatizado do COREN-SP relativas às inspeções *in loco*, iniciais e de retorno, realizadas, conforme preconizado pela Resolução Cofen nº 617/2019⁽³⁾, em meses típicos.

AMOSTRA

Em 2019, os 72 fiscais atuantes no COREN-SP realizaram 6.415 inspeções⁽⁴⁾ correspondendo, em média, a sete inspeções/por fiscal/ao mês. A partir dessa série histórica, foi estabelecida uma amostra de conveniência, não probabilística, constituída pelos registros de “inspeções *in loco*”, iniciais e de retorno, ocorridas no período de 13/01, início das ações baseadas na Resolução Cofen nº 617/2019⁽³⁾, a 13/03/2020, último dia da realização das inspeções, antes do período da Pandemia de Covid-19, as quais foram realizadas por 13 Fiscais atuantes na Unidade Sede do COREN-SP.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada junto aos líderes da Gerência de Tecnologia da Informação (GTI) e da Gerência de Gestão de Pessoas (GGP), os quais forneceram as informações referentes às inspeções realizadas entre 13/01 e 13/03/2020 (código e nome da instituição; localização [nome da cidade]; tipo de estabelecimento; natureza jurídica [pública ou privada]; tipo

de inspeção [inicial ou retorno]; nome do fiscal; data, horário de início e fim da inspeção [convertido em minutos]) e à massa salarial dos fiscais atuantes na Unidade Sede do COREN-SP.

CÁLCULO DA MOD

A MOD diz respeito ao pessoal que trabalha diretamente para a obtenção de um produto ou serviço prestado, desde que haja a possibilidade de identificar o tempo despendido e quem executou o trabalho. É composta dos salários, encargos sociais, provisões para férias e 13º salário⁽⁵⁾. O CDM foi obtido multiplicando-se o tempo despendido pelos fiscais participantes da etapa “inspeção *in loco*” do processo de fiscalização pelo custo unitário da MOD⁽⁶⁾.

O cálculo da média ponderada da massa salarial mensal (144 horas/mês) dos fiscais correspondeu a R\$ 23.167,30/144 a partir da qual se obtiveram o custo médio por hora (R\$ 115,84) e por minuto (R\$ 1,93).

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado no ano de 2021, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob o Parecer substanciado número 4.655.626, atendendo às especificações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

No período de 13/01 a 13/03/2020, os fiscais da GEFIS realizaram 182 inspeções *in loco* iniciais e 98 de retorno, totalizando 280 inspeções. Nas iniciais, os tipos de estabelecimento inspecionados em maior quantidade foram Unidades Básicas de Saúde – UBS (42,9%), Ambulatórios Específicos (22,5%), Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs (7,7%), Clínicas Médicas (5,5%) e Pronto Atendimento/Pronto Socorro – PA/PS (3,8%); e nas de retorno foram UBS (27,6%), Hospitais (20,4%), ILPIs (13,3%), Ambulatórios Específicos (11,2%) e PA/PS (10,2%).

A maioria (169 – 60,0%) das instituições de saúde inspecionadas era pública, sendo as principais: UBS (62,1%), Ambulatórios Específicos (16%), PA/PS (6,5%) e Unidades Psiquiátricas (6,5%). Dentre as instituições privadas (111 – 40,0%), houve destaque para ILPI (23,4%), Ambulatórios Específicos (22,5%), Hospitais (16,2%) e Clínicas Médicas (11,7%).

De acordo com a Tabela 1, o tempo médio despendido para realização da inspeção *in loco* inicial foi de 171,85 (DP = 72,706) minutos e para a realização da inspeção *in loco* de retorno de 132,72 (DP = 67,82) minutos. O tempo médio da inspeção *in loco* inicial foi 1,29 vezes maior do que o da inspeção *in loco* de retorno.

Verifica-se, na Tabela 2, que o CDM da inspeção *in loco* inicial correspondeu a R\$ 331,67 (DP = 140,32) e o CDM da inspeção *in loco* de retorno a R\$ 256,16 (DP = 130,90). Nota-se que o CDM da inspeção *in loco* inicial é 1,29 vezes maior do que o da inspeção *in loco* de retorno.

Quando analisadas as variáveis “tempo” e “custo” das inspeções *in loco* iniciais e de retorno, pode-se observar na Tabela 3, utilizando-se um intervalo de confiança de 95%, com aplicação

Tabela 1 – Distribuição do tempo em minutos das inspeções *in loco* iniciais e de retorno – São Paulo, SP, Brasil, 2021.

Variável	Tipo de inspeção <i>in loco</i>	Medidas de posição, de tendência central e de variabilidade	
Tempo em minutos	Inicial (N = 182)	Média	171,85
		Mediana	155
		Desvio padrão	72,71
	Retorno (N = 98)	Mínimo – Máximo	60 – 555
		Média	132,72
		Mediana	120
		Desvio padrão	67,82
		Mínimo – Máximo	40 – 360

Tabela 2 – Distribuição do custo das inspeções *in loco*, iniciais e de retorno – São Paulo, SP, Brasil, 2021.

Variável	Tipo de inspeção <i>in loco</i>	Medidas de posição, de tendência central e de variabilidade	
Custo	Inicial (N = 182)	Média	331,67
		Mediana	299,15
		Desvio padrão	140,32
	Retorno (N = 98)	Mínimo – Máximo	115,80 – 1071,15
		Média	256,16
		Mediana	231,6
		Desvio padrão	130,9
		Mínimo – Máximo	77,20 – 694,8

do teste não paramétrico *Wilcoxon-Mann-Whitney*, que o nível de significância alfa foi de 0,05, considerado estatisticamente significativo, isto é, o tempo ($p \leq 0,001$) e o custo da inspeção *in loco* inicial ($p \leq 0,001$) são maiores do que na inspeção *in loco* de retorno.

DISCUSSÃO

No período estudado foram inspecionados 280 SE inseridos em diversas instituições de saúde, as quais estavam contempladas no Planejamento Anual da Fiscalização, visando atender as diretrizes do Plano Plurianual do COFEN, considerando a alocação dos recursos orçamentários do COREN-SP. A classificação de estabelecimentos de saúde fundamenta-se nas diretrizes do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)⁽⁷⁾, que considera o tipo de estabelecimento conforme a sua finalidade:

- Ambulatório Específico: Instituições destinadas à assistência ambulatorial específica (apenas uma especialidade ou área assistencial), tais como: moléstias infecciosas, oftalmologia, reabilitação;
- Centro de Diagnósticos: Instituições que realizam exames diagnósticos ou complementam o tratamento, tais como, tomografia, ressonância magnética, entre outros;
- Clínicas Médicas: Instituições destinadas ao tratamento clínico de diversas especialidades;

Tabela 3 – Distribuição do tempo e custo das inspeções *in loco* iniciais e de retorno inspections – São Paulo, SP, Brasil, 2021. (N = 280)

Variáveis		Total de inspeções N = 280	Inspeção <i>in loco</i> inicial N = 182 (65%)	Inspeção <i>in loco</i> de retorno N = 98 (35%)	p-value
Tempo em minutos	Média ± DP	158,2 ± 73,3	171,9 ± 72,5	132,7 ± 67,8	
	Mediana	142,5	155	120	≤0,001
	Min – Máx	40 – 555	60 – 555	40 – 360	
Custo em Reais	Média ± DP	305,24 ± 141,54	331,67 ± 140,32	256,16 ± 130,90	
	Mediana	275,03	299,15	231,6	≤0,001
	Min – máx	77,20 – 1071,15	115,80 – 1071,15	77,20 – 694,80	

Teste U de Mann-Whitney.

- Cooperativa: Empresa que oferece profissionais cooperados para prestarem atendimento em estabelecimento de saúde;
- Hospital: Instituição que propicia atendimento em diversas especialidades médicas, bem como serviços especializados, como serviço de hemodiálise, quimioterapia, laboratório, entre outros;
- PA/PS: Unidade destinada ao atendimento de casos, com ou sem risco de morte, cujos agravos à saúde precisam de assistência imediata; e
- UBS/Estratégia de Saúde da Família/Centro de Saúde: Instituições voltadas para o atendimento de atenção básica e integral a uma determinada população e em alguns casos oferecendo serviço de apoio diagnóstico terapêutico e PA 24 horas.

Diante deste cenário diverso, o fiscal precisa (re)conhecer as principais atividades realizadas nos SE, conforme o tipo de estabelecimento, e verificar se estão em obediência aos preceitos legais do sistema COFEN/COREN, além do atendimento às legislações específicas a cada serviço, como exemplos, as ILPI⁽⁸⁾ e serviços de diálise⁽⁹⁾, direcionando as orientações pertinentes ao tipo de complexidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem, a qual está diretamente associada ao cálculo de dimensionamento de pessoal.

Neste estudo, quanto à natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde, evidenciou-se que 60% dos SE estavam inseridos em instituições públicas e 40% em instituições privadas. Ressalta-se que, no COREN-SP, há mais de 20.000 instituições de saúde cadastradas, sendo 46% públicas e 54% privadas, sendo feitas, ainda, as seguintes distinções: Hospitais, UBS, PA, e outros tipos de instituições públicas (federais, estaduais e municipais); filantrópicas e privadas, fundamentadas pela classificação sugerida aos CORENs por meio da Resolução COFEN nº 617/2019⁽³⁾.

Na prática profissional de um dos autores deste artigo foi possível verificar que a gestão de hospitais públicos estaduais, municipais e UBS de administração direta ou mediante parceria público-privada (modelo híbrido), gerenciada por Organizações Sociais de Saúde (OSS), sofre impactos diferentes nos resultados organizacionais e, consecutivamente, nos SE, principalmente na tomada de decisão, estruturação dos processos de trabalho e na previsão e provisão do quadro de pessoal de enfermagem, impactando também no tempo empregado pelo fiscal na inspeção *in loco*, ao encontrar realidades distintas, com inconsistências

e fragilidades, o que gera mais análise e orientações quanto às irregularidades identificadas.

Por um lado, as instituições com Parcerias Público-Privadas, com as OSS, demonstram viabilidade e celeridade aos processos do serviço público, à luz da contratação de recursos humanos, reorganização e compra dos recursos materiais e adequação dos recursos físicos, potencializando o desenvolvimento assertivo do trabalho da enfermagem. Por outro, as instituições com administração direta apresentam, na sua maioria, *déficit* de pessoal de enfermagem, os quais são contratados apenas por meio de concurso público, fazendo com que, muitas vezes, a insuficiência de pessoal não seja resolvida com a brevidade que a situação requer; materiais e equipamentos sucateados; recursos físicos negligenciados; falhas no planejamento e avaliação dos serviços, comprometendo a eficiência e a efetividade do atendimento e, conseqüentemente, a qualidade gerencial e assistencial do SE.

Esse cenário faz com que o fiscal agregue às atividades realizadas na inspeção *in loco* inicial e de retorno outras ações, como: treinamento direcionado à RT sobre a elaboração do cálculo de dimensionamento de pessoal, organização e gestão de documentos e controle dos processos; capacitação da equipe sobre registros de enfermagem e reunião com os gestores, visando apresentar as irregularidades encontradas e acordar prazos para regularização.

Segundo estudo realizado com sete gestores de OSS, as principais potencialidades desse modelo são: celeridade em resolver problemas relacionados aos recursos humanos (incluindo os profissionais de Enfermagem) e compras, emprego do orçamento de forma assertiva, diminuindo custos, e definição, organização e monitoramento dos processos de trabalho, de acordo com as metas estabelecidas⁽¹⁰⁾. Esse resultado, ratifica-se com a pactuação de contratos, considerando a gestão híbrida e abrangendo 23 áreas geográficas no Estado de São Paulo⁽¹¹⁾.

Ainda, em consonância com os estudos anteriores, pesquisa realizada para analisar o desempenho da gestão realizada pela Administração Direta, versus OSS, no Estado de São Paulo, quadriênio de 2013 a 2016, demonstrou que as instituições administradas pelo segundo modelo tiveram resultados superiores relativos ao tempo médio de permanência hospitalar, taxa de ocupação, taxa de cesáreas, infecção hospitalar e gastos em relação à produção⁽¹²⁾.

Revisão narrativa da literatura, ao analisar 33 publicações, indicou resultados divergentes dos apresentados precedentemente. Concluiu que não há consenso entre os poucos estudos

comparativos, pois hospitais públicos geridos por OSS, quando comparados a hospitais geridos pela Administração Direta, no Estado de São Paulo, evidenciaram maior eficiência econômica e melhor gestão de recursos humanos. Em contrapartida, serviços públicos de Curitiba (Paraná) apresentaram desempenho similar sob gestão da Administração Direta⁽¹³⁾.

Para a realização das 182 inspeções *in loco* iniciais os fiscais utilizaram um roteiro, contido no Termo de Fiscalização (TF)⁽³⁾, no qual foram registradas as ações, constatações, notificações e recomendações da ação. Os principais pontos que foram verificados/analísados nas ações foram: inspeção em todos os setores onde há atuação da Enfermagem; caracterização da instituição e do SE (carga horária, quantitativo das categorias, distribuição dos profissionais e atividades realizadas); cumprimento das legislações, ressaltando aspectos relativos ao Processo de Enfermagem, ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e ao artigo 10 da Resolução 509/2016⁽¹⁴⁾; orientação das irregularidades e/ou ilegalidades identificadas, notificação com prazo para regularização e a proposição de ações educativas, como exemplo, orientar o enfermeiro do passo a passo de como elaborar o cálculo de dimensionamento de pessoal de Enfermagem.

Em propósito semelhante, os conselhos de Medicina e Fisioterapia e Terapia Ocupacional realizam fiscalização, tendo em vista identificar se o exercício profissional está sendo desempenhado em consonância com as legislações vigentes, notificando as irregularidades, estabelecendo prazos para adequações, além de desenvolverem ações de caráter educativo⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Quando detectadas irregularidades sanitárias, estruturais e trabalhistas que causem prejuízos à assistência de Enfermagem prestada e das quais o COREN-SP não tem prerrogativa de resolução, o fiscal registra-as no TF e, posteriormente, são encaminhadas pelo COREN às autoridades competentes para averiguação, tais como a Vigilância Sanitária e o Ministério Público Estadual⁽³⁾.

Cabe ressaltar que o roteiro utilizado pela GEFIS do COREN-SP é único para todos os tipos de SE, pois o foco principal é verificar o atendimento às legislações do Sistema COFEN/COREN-SP, a partir da análise das atividades realizadas. Num mesmo direcionamento, estudo realizado sobre as especificidades da fiscalização do exercício profissional do Assistente Social demonstra a utilização de um único roteiro para levantamento de dados relativos aos procedimentos operativos e condições de trabalho desses profissionais⁽¹⁷⁾.

Neste aspecto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) diverge do Sistema COFEN/COREN-SP e do Conselho Federal de Serviço Social, pois utiliza roteiros específicos para determinadas instituições/serviços. Em 2020, lançou oito documentos contemplando um roteiro e uma avaliação de risco destinados a analisar as atividades desenvolvidas no centro cirúrgico, centro de material e esterilização, diálise e unidade de terapia intensiva, tendo como objetivo uniformizar os processos de fiscalização em serviços de saúde⁽¹⁸⁾. O Conselho Federal de Medicina assemelha-se à ANVISA, uma vez que também utiliza roteiros distintos nas vistorias realizadas em hospitais, PS e outros tipos de estabelecimentos de saúde⁽¹⁵⁾.

Entende-se que a utilização de um roteiro único para todos os tipos de estabelecimentos de saúde traz como vantagem a

celeridade no desenvolvimento da inspeção *in loco* inicial ou de retorno dos SE, à medida que o fiscal deve ater-se a cumprir os questionamentos legais contidos no TF e, como desvantagem, o não aprofundamento de algum questionamento mais específico de determinado SE, devido ao fato de o fiscal não possuir experiência prévia ou conhecimento peculiar naquela área, incorrendo em suposto prejuízo à assistência.

Foram realizadas 98 inspeções *in loco* de retorno, após o encerramento de todos os prazos notificados, com a finalidade de averiguar a resolução das inconsistências técnicas, éticas e administrativas constatadas e notificadas na inspeção *in loco* inicial, as quais receberam um prazo para serem sanadas, corroborando com o rito estabelecido pela Resolução Cofen nº 617/2019⁽³⁾. Se os fiscais constatassem novas situações irregulares e/ou ilegais, relacionadas ao exercício profissional da Enfermagem, no decorrer da inspeção *in loco* de retorno, poderiam notificá-las estabelecendo novos prazos para a sua resolução.

Verificou-se, no presente estudo, que o tempo médio despendido para realização da inspeção *in loco* inicial foi maior (171,85 minutos) do que o da inspeção *in loco* de retorno (132,72 minutos). Pode-se justificar essa diferença pelo fato de que, para executar a inspeção *in loco* inicial, o fiscal precisa solicitar informações e avaliar todos os questionamentos contidos no TF, além de vistoriar os setores em que há atuação da Enfermagem. Na inspeção *in loco* de retorno, o fiscal tem como cerne verificar se as inadequações notificadas na inspeção *in loco* inicial foram sanadas e preencher o TF, em questões pontuais.

Ressaltam-se, ainda, outros elementos que podem colaborar para que o tempo da inspeção *in loco* inicial seja maior que o da inspeção *in loco* de retorno, particularmente o porte da instituição; complexidade dos serviços oferecidos e, consecutivamente, das atividades realizadas pelos trabalhadores de enfermagem; quantitativo de profissionais de enfermagem, o conhecimento específico e experiência prévia na área de formação de cada fiscal.

Pesquisa realizada para levantar o CDM das atividades realizadas por profissionais de enfermagem quanto à documentação do Processo de Enfermagem, em uma Unidade de Clínica Médica de um hospital universitário resultou em tempo médio despendido pelos enfermeiros de 39,40 (DP = 14,61) minutos nas atividades relacionadas à admissão (entrevista, exame físico, impressão de relatórios), e 19,13 (DP = 8,36) minutos para as atividades referentes ao seguimento de pacientes internados (organização da documentação do Histórico de Enfermagem e anotações realizadas)⁽¹⁹⁾.

Estudos brasileiros⁽¹⁹⁻²³⁾ que buscaram identificar o CDM de procedimentos realizados por profissionais de enfermagem, em unidades assistenciais, tais como unidade de terapia intensiva (pacientes grandes queimados e com lesão renal aguda), central de material e esterilização (reprocessamento de campos cirúrgicos) e clínica médica e cirúrgica (pacientes com incidência para desenvolvimento de lesões por pressão), verificaram que os tempos de duração dos procedimentos realizados por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem apresentaram similaridade quanto à variabilidade, devido à complexidade dos procedimentos e ao conhecimento e destreza do profissional.

Pesquisa inédita realizada em 27 Unidades de Saúde da Família, abrangendo 10 estados do Brasil, determinou os padrões

de tempo médio das intervenções/atividades realizadas por profissionais de enfermagem. Quanto às atividades realizadas pelo enfermeiro, o tempo médio variou entre 75,0 (reunião administrativa) e 63,0 minutos (avaliação dos cuidados profissionais) e 13,0 (desenvolvimento de processo/rotinas administrativas) e 11,0 minutos (organização do processo de trabalho)⁽²⁴⁾.

Conforme esperado, o CDM relativo à MOD dos fiscais para viabilizar a inspeção *in loco* inicial foi mais elevado que o CDM da inspeção *in loco* de retorno. Apesar de buscas recorrentes à literatura, nacional e internacional, não foram encontrados estudos semelhantes que possibilitassem a discussão sobre os resultados financeiro-econômicos específicos obtidos, indicando a lacuna de conhecimento que precisa ser incrementado e verticalizado a partir de pesquisas desenvolvidas por outros CORENS, incluindo as atividades executadas pré e pós-inspeção *in loco*. Entretanto, verifica-se a existência de pesquisas que custearam a MOD de profissionais de enfermagem envolvidos na realização de processos e procedimentos⁽²⁵⁻²⁸⁾.

Pesquisa realizada para identificar o CDM total dos procedimentos realizados por profissionais de enfermagem a pacientes grandes queimados em uma unidade de terapia intensiva indicou a variação do tempo de duração do procedimento “curativo” entre sete e 264 minutos, com média de 72,52 (DP = 54,37) minutos, e obteve o CDM com MOD de enfermeiros correspondente a US\$ 26.00 (DP = 24.90), com variação de US\$1.75 a US\$ 115.50⁽²⁰⁾.

Quando analisadas as variáveis tempo e custo das inspeções *in loco* iniciais e de retorno, foi observada significância estatística, a saber, o tempo ($p \leq 0,001$) e o custo da inspeção *in loco* inicial ($p \leq 0,001$) são maiores do que na inspeção *in loco* de retorno. Indica-se que o presente estudo, inédito no Brasil, ao propiciar destaque aos aspectos econômico-financeiros relativos à MOD dos fiscais envolvidos na realização das inspeções *in loco*, inicial e de retorno, contribuiu com o Sistema COFEN/CORENs por gerar conhecimento que pode subsidiar as tomadas de decisão visando incrementar a eficiência e efetividade dos recursos humanos requeridos no processo de fiscalização.

Ressalta-se que um estudo realizado para identificar o custo direto da manutenção da permeabilidade de cateter

venoso central evidenciou que o desconhecimento dos custos dos processos executados nas organizações prejudica o processo decisório sobre onde e como alocar adequadamente os recursos requeridos à prestação de serviços de saúde⁽²⁸⁾.

Então, destaca-se ser imperioso ao gestor mapear os processos organizacionais visando identificar as atividades que agregam e as que não agregam valor, além de dominar os princípios e métodos de custeio e sua funcionalidade, e assim gerenciar os recursos de maneira eficiente e eficaz por meio da tomada de decisão assertiva em relação ao direcionamento dos seus pontos fortes e possíveis correções de distorções e desperdícios⁽²⁹⁾.

Por fim, como contribuição para o Sistema COFEN/COREN, este estudo evidenciou os aspectos econômico-financeiros relativos à MOD dos fiscais requeridos à realização das inspeções *in loco* inicial e de retorno. Pesquisas desta natureza podem auxiliar os gestores dos COREN na elaboração do planejamento anual das fiscalizações, considerando a previsão orçamentária, o estabelecimento de metas, o dimensionamento dos fiscais e a implementação de indicadores operacionais e estratégicos. Além disso, possibilitam projetar as oportunidades de alocação racional da MOD especializada do fiscal, em prol das atividades finalistas, aumentando o alcance das inspeções *in loco*, abrangendo um número maior de profissionais de Enfermagem e incrementando a realização de ações educativas frente às irregularidades encontradas.

CONCLUSÃO

O CDM da inspeção *in loco* inicial foi de R\$ 331,67 (DP = 140,32), com variação entre R\$ 115,80 e R\$ 1071,15 e mediana de R\$ 299,15, e o da inspeção *in loco* de retorno foi de R\$ 256,16 (DP = 130,90), variando de R\$77,20 a R\$ 694,80, com mediana de R\$ 231,60.

A análise das variáveis tempo e custo das inspeções *in loco* iniciais e de retorno evidenciou que o nível de significância alfa foi de 0,05, sendo possível afirmar estatisticamente que o tempo ($p \leq 0,001$) e o custo da inspeção *in loco* inicial ($p \leq 0,001$) são maiores do que os da inspeção de retorno.

RESUMO

Objetivo: Identificar o custo direto médio relativo à mão de obra direta dos fiscais envolvidos na etapa “inspeção *in loco*” do processo de fiscalização realizado na Unidade Sede do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Método:** Pesquisa quantitativa, exploratório-descritiva, na modalidade de estudo de caso único. A amostra de conveniência, não probabilística, foi constituída por registros de “inspeções *in loco*”, iniciais e de retorno, realizadas por fiscais atuantes na Unidade Sede, no período de 13/01/2020 a 13/03/2020. **Resultados:** O custo direto médio da inspeção *in loco* inicial (N = 182) correspondeu a R\$ 331,67 (DP = 140,32), variando de R\$ 115,80 a R\$ 1071,15, e da inspeção *in loco* de retorno (N = 98) a R\$ 256,16 (DP = 130,90), variando entre R\$77,20 e R\$ 694,80. A análise das variáveis tempo e custo das inspeções *in loco* iniciais e de retorno evidenciou nível de significância alfa de 0,05, sendo possível afirmar estatisticamente que o tempo ($p \leq 0,001$) e o custo da inspeção *in loco* inicial ($p \leq 0,001$) são maiores do que os da inspeção *in loco* de retorno. **Conclusão:** o custeio da etapa “inspeção *in loco*” subsidiará o Conselho no processo decisório visando à eficiência alocativa dos recursos humanos requeridos no processo de fiscalização.

DESCRITORES

Organizações de Normalização Profissional; Regulação e Fiscalização em Saúde; Processos Administrativos dos Serviços de Saúde; Serviços de Enfermagem; Recursos Humanos de Enfermagem; Custos e Análise de Custo.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el coste medio directo relacionado con la labor directa de los inspectores involucrados en la etapa de “inspección *in loco*” del proceso de inspección realizado en la Unidad Sede del Consejo Regional de Enfermería de São Paulo. **Método:** Investigación cuantitativa, exploratoria-descriptiva, en forma de estudio de caso único. La muestra de conveniencia no probabilística consistió en registros de “inspecciones *in loco*”, iniciales y de retorno, realizadas por inspectores que trabajan en la Sede, desde el 13/01/2020 al 13/03/2020. **Resultados:** El coste

medio directo de la inspección inicial (N = 182) correspondió a R\$ 331,67 (DP = 140,32), con un rango de R\$ 115,80 a R\$ 1071,15, y el de la inspección de retorno (N = 98) a R\$ 256,16 (DP = 130,90), oscilando entre R\$ 77,20 y R\$ 694,80. El análisis de las variables tiempo y coste de las inspecciones inicial y de retorno indicó un nivel de significancia alfa de 0.05, y fue posible afirmar estadísticamente que el tiempo ($p \leq 0.001$) y el costo de la inspección inicial ($p \leq 0,001$) son mayores que los de la inspección de retorno. **Conclusión:** el costo de la etapa de “inspección in loco” subsidiará el Consejo en el proceso de toma de decisiones buscando la eficiencia en la asignación de los recursos humanos requeridos en el proceso de inspección.

DESCRIPTORES

Organizaciones de Normalización Profesional; Regulación y Fiscalización en Salud; Reclamos Administrativos en el Cuidado de la Salud; Servicios de Enfermería; Personal de Enfermería; Costos y Análisis de Costo.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 374/2011. Normatiza o Sistema de Fiscalização do exercício profissional da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2020 Jan 25]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-3742011_6590.html
2. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 518/2016. Altera o Item XII – “Situações Previsíveis e Condutas a Serem Adotadas” do Manual de Fiscalização do Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, que passa a chamar-se “Quadro de Irregularidades e Ilegalidades”, anexo da Resolução Cofen n. 374/2011 [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2020 Jan 25]. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05182016_42566.html
3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 617/2019. Atualiza o Manual de Fiscalização do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, o quadro de Irregularidades e Ilegalidades e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2019 [citado 2020 Jan 25]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-617-2019_74627.html
4. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Relatório da transparência [Internet]. São Paulo; 2019 [citado 2021 Out 13]. Disponível em: <http://ouvidoria.cofen.gov.br/coren-sp/transparencia/36227/download/PDF>
5. Martins E. Contabilidade de custos. 11ª ed. São Paulo: Atlas; 2018.
6. Lima AFC, Castilho V. Body mobilization for prevention of pressure ulcers: direct labor costs. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(5):930-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680523i>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de Saúde (TABNET) [Internet]. Brasília; s.d. [citado 2021 Abr 21]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.html
8. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução-RDC n. 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial [Internet]. Brasília; 2021 [citado 2021 Abr 23]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-502-de-27-de-maio-de-2021-323003775>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução-RDC n. 11, de 13 de março de 2014. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2014 [citado 2021 Out 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0011_13_03_2014.pdf
10. Rodrigues CT, Spagnuolo RS. Organizações Sociais de Saúde: potencialidades e limites na gestão pública. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2014;16(3):549-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.22319>
11. São Paulo. Secretaria da Saúde. Contratos de Gestão com Organizações Sociais de Saúde [Internet]. São Paulo; 2021 [citado 2021 Abr 21]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/aceso_a_informacao/index.php?p=178347
12. Mendes JDV, Bittar OJNV. Hospitais Gerais Públicos: Administração Direta e Organização Social de Saúde. BEPA – Boletim Epidemiológico Paulista [Internet]. 2017 [citado 2021 Abr 21];14(164):33-47. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/BEPA182/issue/view/2287/109>
13. Ravioli AF, Soárez PC, Scheffer MC. Health services management modalities in the Brazilian Unified National Health System: a narrative review of research production in Public Health (2005-2016). *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018 [citado 2021 Abr 21];34(4):e00114217. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/tJLW4RqLMHXy4ZtcfxWHkVq/?lang=pt>
14. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 509, de 15 de março de 2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2021 Jun 13]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html
15. Conselho Federal de Medicina. Fiscalização: CFM estabelece regras mínimas para serviços de assistência médica [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2021 Jun 13]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/fiscalizacao-cfm-estabelece-regras-minimas-para-servicos-de-assistencia-medica>
16. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Departamento de Fiscalização [Internet]. Brasília; s.d. [citado 2021 Abr 18]. Disponível em: <https://crefiteo12.org.br/departamento-de-fiscalizacao/>
17. Lima MM. Fiscalização do Exercício Profissional dos/as Assistentes Sociais e Suas Peculiaridades. *Temporalis* [Internet]. 2018 [citado 2021 Abr 18];18(36):320-35. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/19678>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Documentos orientam ações de inspeção e fiscalização [Internet]. Brasília; 2020 [citado 2021 Abr 23]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/documentos-orientam-acoes-de-inspecao-e-fiscalizacao>
19. Lima AFC, Ortiz DR. Direct cost of development and documentation of the nursing process. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(4):683-9. DOI: <https://doi.org/doi/10.1590/0034-7167.2015680416i>
20. Melo TO, Lima AFC. Cost of nursing most frequent procedures performed on severely burned patients. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(3):481-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0034>
21. Lima AFC. Direct costs of integrated procedures of conventional hemodialysis performed by nursing professionals. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018;26:e2944. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1812.2944>

22. Pires ABM, Lima AFC. Direct cost of peripheral catheterization by nurses. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(1):88-94. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0250>
23. Lima AFC, Castilho V, Rogenski NMB, Baptista CMC, Rogenski KE. Direct cost of dressings for pressure ulcers in hospitalized patients. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(2):290-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690212i>
24. Bonfim D, Fugulin FMT, Laus AM, Peduzzi M, Gaidzinski RR. Time standards of nursing in Primary Health Care: an observational study. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(1):121-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000100016>
25. Ruiz PBO, Nobrega CR, Vigna CP, Lima AFC. Costs of nursing procedures/interventions: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm.* 2020;73 Suppl 6:e20190351. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0351>
26. Azevedo BL de, Melo ACT de, Lima AFC. Direct cost of central venous catheter insertion for conventional hemodialysis. *Cogitare Enfermagem.* 2021;26:e73651. DOI: <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.73651>
27. Ruiz PBO, Vilela RPB, Ruiz PBO, Rafaldini BP, Lima AFC, Perroca MG, et al. Profissionais de Enfermagem Recém-Admitidos em Um Hospital Escola: Custos Diretos dos Treinamentos e da não Produtividade. *Revista Paulista de Enfermagem.* 2020;31. DOI: <https://doi.org/10.33159/25959484.repen.2020v31a7>
28. Homo RFB, Lima AFC. Direct cost of maintenance of totally implanted central venous catheter patency. *Rev Lat Am Enferm.* 2018;26:e3004. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2263.3004>
29. Nogueira DNG, Castilho V. Resíduos de serviços de saúde: mapeamento de processo e gestão de custos como estratégias para sustentabilidade em um centro cirúrgico. *REGGE – Revista de Gestão.* 2016;23(4):362-74. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rege.2016.09.007>





ERRATA

No artigo “Custos da inspeção *in loco* da fiscalização do exercício profissional de Enfermagem em uma realidade brasileira”, com o número de DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0382>, publicado no periódico Revista da Escola de Enfermagem da USP [online], v. 56: e20210382, na página 3:

Onde se lia:

“O cálculo da média ponderada da massa salarial mensal (144 horas/mês) dos fiscais correspondeu a R\$ 23.167,30/144 a partir da qual se obtiveram o custo médio por hora (R\$ 115,84) e por minuto (R\$ 1,93).”

Leia-se:

“O cálculo da média ponderada da massa salarial mensal (200 horas/mês) dos fiscais correspondeu a R\$ 23.167,30/200 a partir da qual se obtiveram o custo médio por hora (R\$ 115,84) e por minuto (R\$ 1,93).”

