

**Classificação institucional por serviços de enfermagem como alicerce para a fiscalização
do exercício profissional brasileiro**

**Institutional classification by nursing services as a foundation for Brazilian professional
exercise's inspection**

**Clasificación institucional por servicios de enfermería como fundación para lá
fiscalización de lo ejercicio profesional brasileño**

Recebido: 19/08/2020 | Revisado: 28/08/2020 | Aceito: 02/09/2020 | Publicado: 03/09/2020

Katia Maria dos Santos Calegario

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9641-7246>

Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: katiacalegario@gmail.com

Ana Caroline Arouche Gomes de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7595-8991>

Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: arouche.caroline@gmail.com

Danielle Costa Carvalho Bartoly

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4309-7186>

Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: danibartoly@yahoo.com.br

Ana Lucia Telles Fonseca

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1651-7293>

Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: donanatelles@hotmail.com

Resumo

A pesquisa teve como objetivos formular a classificação dos estabelecimentos com base no número de serviços de enfermagem da instituição e dispor os tempos para realização das inspeções de fiscalização do exercício profissional da Enfermagem pelos fiscais do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Tratou-se de um estudo de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, subsidiado pela epidemiologia descritiva e estatística. O Departamento de Fiscalização constituiu-se local de estudo; a coleta dos dados numéricos e análise documental foram realizadas a partir de documentos lavrados pelos fiscais do

Conselho Regional entre os anos de 2017 e 2018. Resultados: Após apreciação e tratamento de 1321 documentos, efetivados por meio de estatística bivariada, e confecção de gráficos de dispersão foi possível classificar as instituições por porte, associando-os ao número de serviços de enfermagem, a saber: A3, A2, A1, B e C, tanto quanto o tempo necessário para a inspeção fiscal / vistoria de cada estabelecimento. Conclusão: A formulação de parâmetros sistematizados e cientificamente embasados subsidia o processo de fiscalização assertivo e resolutivo e a gestão do Departamento de Fiscalização, com vistas à geração de indicadores de qualidade e produtividade parametrizados. Os modelos propostos no estudo foram desenvolvidos com a finalidade de contribuir para a melhoria e otimização dos processos de trabalho e progresso da gestão dos serviços de fiscalização do exercício profissional da enfermagem.

Palavras-chave: Instituições de saúde; Recursos humanos; Serviços de enfermagem; Pesquisa em enfermagem; Regulação e fiscalização em saúde; Organização e administração.

Abstract

The research had as objectives formulate an institutional classification based on the number of nursing services at the health institutions and present the real periods in time to performing the inspection of nursing exercise by the Rio de Janeiro Regional Council of Nursing's inspection officers. It's a descriptive and quantitative study based on descriptive epidemiology and statistics. The site of study was the Inspection Department of Regional Council of Nursing; the numerical data collection and documental analysis have been realized from documents issued by officers of Regional Council between the years of 2017 and 2018. Results: after investigation and statistic treatment by bivaried statistics of 1321 documents, and dispersion graphics elaboration was possible classify the institutions by size, using the association with the number of nursing services (A3, A2, A1, B e C), and also the time needed for each health establishment's inspection. Conclusion: the formulation of systematized and scientifically based parameters can support an assertive and solute inspection process and the management of Inspection Department, so as to generate quality and productivity indicators. The models proposed in the current study were developed in order to contribute the work processes improvement and optimization, and inspection services management's progress.

Keywords: Health facilities; Workforce; Nursing services; Nursing research; Health care coordination and monitoring; Organization and administration.

Resumen

La investigación tuvo como objetivos formular una clasificación institucional basada en el número de servicios de enfermería en las instituciones de salud y presentar los periodos reales de tiempo para realizar las inspecciones del ejercicio de enfermería por los oficiales del Consejo Regional de Enfermería de Rio de Janeiro. Este es un estudio descriptivo y cuantitativo basado en la epidemiología descriptiva y estadística. El sitio del estudio fue el Departamento de Inspección del Consejo Regional de Enfermería; la colección de datos numéricos y análisis de documentos se realizaron a partir de documentos emitidos por funcionarios del Consejo Regional entre los años de 2017 y 2018. Resultados: después de la investigación y el tratamiento estadístico por estadísticas bivariadas de 1321 documentos, y la elaboración de gráficos de dispersión fue posible clasificar las instituciones por tamaño, utilizando la asociación con el número de servicios de enfermería (A3, A2, A1, B e C), y también el tiempo necesario para la inspección de cada establecimiento de salud. Conclusión: la formulación de parámetros sistematizados y con base científica puede apoyar un proceso de inspección asertivo y soluto, y la gestión del Departamento de Inspección, a fin de generar indicadores de calidad y productividad. Los modelos propuestos en el presente estudio fueron desarrollados para contribuir a la mejora y optimización de los procesos de trabajo, y al progreso de la gestión de los servicios de inspección.

Palabras clave: Intituciones de salud; Recursos humanos; Servicios de enfermería; Investigación en enfermería; Regulación y fiscalización en salud; Organización y administración.

1. Introdução

O exercício profissional da Enfermagem foi regulamentado no Brasil pela Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, e promulgada pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem possuem como atribuição legal, respectivamente, a regulamentação e a fiscalização do exercício da profissão.

Em 2011, houve o início da sistematização nacional da fiscalização com a publicação da Resolução Cofen nº 374, que normatiza o funcionamento do Sistema de Fiscalização do exercício profissional da Enfermagem. No primórdio legislativo, a atividade profícua era realizada pela inspetoria do exercício da Medicina, ligada ao Departamento Nacional de Saúde Pública, que inspecionava cumulativamente a atuação dos médicos, dentistas,

farmacêuticos, massagistas, parteiras, optometristas e enfermeiros.

Na literatura nacional e internacional há poucas pesquisas sobre o papel dos Conselhos de Enfermagem, principalmente no que diz respeito ao entendimento das autarquias como entidade organizacional, que possuem a fiscalização como atividade finalística.

Em busca sistematizada na Biblioteca Virtual em Saúde e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, em 04 de julho de 2019, pelos descritores combinados “conselhos de fiscalização + enfermagem”, “Coren + enfermagem” e “fiscalização do exercício profissional + enfermagem” no título e/ou resumo, foram encontrados menos de 10 estudos específicos sobre a fiscalização do exercício profissional da enfermagem. Trata-se de um campo de pesquisa pouco explorado no Brasil.

O processo de fiscalização no Sistema Cofen / Conselhos Regionais é realizado com base normativa, alicerçado na concepção de métodos educativos que visam estimular os valores éticos, e proporcionar a valorização do processo de trabalho da enfermagem. A compreensão de que a fiscalização do serviço de enfermagem deve ser vista pelo aspecto pedagógico ocorreu de forma coletiva nos últimos 10 anos, como resultado do processo de redemocratização dos Conselhos Regionais de Enfermagem.

Anteriormente, o método de fiscalização do sistema era executado, predominantemente, com visão e ações punitivas e de maneira não sistematizada. Foi um avanço sem precedentes para a categoria.

Com o advento da sistematização nacional da fiscalização do exercício profissional da enfermagem em 2011, surgiu a necessidade de padronizar as atividades realizadas pelos Departamentos de Fiscalização, determinar indicadores, estipular metas, entretanto não havia unificação no que se referia ao tempo decorrido para realizar as inspeções de fiscalização, nem tampouco para a confecção de relatórios circunstanciados que sucedem os atos fiscais.

Aliado a isso, as referências existentes que versavam sobre os portes das instituições fiscalizáveis (todas que possuem profissionais de enfermagem em seu corpo técnico) não eram apropriadas para a consignação do planejamento de ações fiscais e implementação de indicadores gerenciais e de produtividade. Havia, portanto, uma lacuna a ser compreendida, de modo que o padrão de tempos de fiscalização pudesse ser concebido a partir da prática.

Quando se trata de desenvolvimento de tecnologias por profissionais de enfermagem, há de se ter em mente, também, a confecção de ferramentas de gestão. Já existem estudos, como o de SILVA *et al* (2020) que tratam das produções tecnológicas voltadas ao ambiente hospitalar. Todavia, ainda há carência de revisões sistemáticas e metanálises associadas a instrumentos de gestão.

O desenvolvimento dos objetos deste estudo é inédito no cenário científico nacional. Portanto, as informações advindas dos resultados foram fundamentais para a confecção de um planejamento anual de fiscalização factível, metas alcançáveis e tempo para o alcance de 100% da cobertura fiscal no Estado do Rio de Janeiro.

Assim, os objetivos do estudo foram: formular a classificação dos estabelecimentos com base no número de serviços de enfermagem de cada instituição, e dispor os tempos para realização das inspeções de fiscalização do exercício profissional da Enfermagem pelos fiscais do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, apoiado na epidemiologia descritiva e estatística. Utilizou-se a pesquisa descritiva que, segundo Gil (2002) visa delinear características de determinada população ou fenômeno (processo de fiscalização) e relações entre as variáveis (tempos de início e término das vistorias), e envolvem uso de técnicas padronizadas de coletas de dados como questionário e observação sistemática (Gil, 2002, p. 42).

De acordo com Leser et al (2000), as pesquisas descritivas apresentam relações entre as variáveis para explicar um fenômeno ou visam descobrir a existência de associações entre variáveis, para determinar a natureza dessa relação ou proporcionar uma nova visão. Assim como a epidemiologia descritiva, que busca descrever o evento que se quer estudar.

A abordagem quantitativa apresenta como finalidade o esboço ou análise das características de fatos ou fenômenos e a avaliação de programas caracterizados pela precisão e controle estatísticos, tendo por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, de acordo com o exposto por Lakatos e Marconi (2001).

O método quantitativo envolve a coleta sistemática de informação numérica, além dos delineamentos de dimensão temporal, das técnicas de controle, validades interna e externa. Segundo Polit e Hungler (1995), a pesquisa quantitativa detém-se à mensuração, atributos e relações em uma população e, por esta razão, uma amostragem representativa é necessária para garantir que as medidas reflitam a realidade e possam, desta forma, ser generalizadas e replicadas em estudos posteriores.

O estudo foi desenvolvido no Departamento de Fiscalização (DEFIS) do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN-RJ), com aprovação do Plenário (2018-2020), sob o número da 557ª ata de Reunião Ordinária de Plenária.

Foram respeitados os aspectos éticos, conforme determina o Conselho Nacional de Saúde (Resolução n. 580, 2018). Destaca-se que a pesquisa foi de análise documental com base do acervo do DEFIS. Assim, cumpriram-se os princípios de autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, descritos na referida resolução.

A coleta dos dados numéricos, feita em seis dias consecutivos distintos no mês de junho de 2019, e a análise documental foram realizadas a partir de 1321 documentos lavrados pelos fiscais do Conselho Regional entre os anos de 2017 e 2018. O levantamento descreve relações entre variáveis como: tempo de deslocamento, distância percorrida, tempo de inspeção, classificação das instituições de saúde por número de serviços de enfermagem e planejamento dos atos fiscalizatórios.

Para validação do método, realizou-se um teste piloto com a interpretação de 100 (cem) instrumentos de fiscalização, que não foram incluídos na amostra. As informações obtidas foram correlacionadas com a classificação das instituições previamente estabelecida, de acordo com o número de serviços de enfermagem.

Para a análise dos dados quantitativos coletados na pesquisa foi utilizado o programa Microsoft® Excel® para Office 365 MSO (versão 16.0.11727.20222). O benefício na utilização do Excel é que o programa permite a realização de testes estatísticos, e gera gráficos analíticos, ideal para a demonstração dos resultados da pesquisa.

Optou-se pelo tratamento estatístico a partir da análise estatística bivariada, já que esta consiste em examinar simultaneamente os tempos de inspeção anotados nos instrumentos e o tipo de classificação da instituição, com o objetivo de pesquisar influências, causalidades ou coincidências.

Os dados foram alinhados em gráficos de dispersão, que permitiram depreender os limites mínimo e máximo dos tempos de fiscalização, e determinar o tempo adequado para inspeção de cada tipo de unidade classificada.

3. Resultados e Discussão

O Estado do Rio de Janeiro possui 26.383 instituições de saúde listadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Ministério da Saúde, 2019). No entanto, com a utilização do filtro “profissionais de enfermagem” foram isoladas 4092 instituições.

Tendo como base esse universo, observou-se que o Município do Rio de Janeiro concentra grande quantidade de hospitais de nível terciário (alta complexidade), redes

especializadas e hospitais gerais, fato que colaborou para a elaboração estratificada da Classificação Institucional por Número de Serviços de Enfermagem.

Cabe salientar que as instituições de longa permanência para idosos (ILPI) não são contempladas no CNES, uma vez que são classificadas como “instituições de assistência social”. Esclarece-se, nesse sentido, que tais unidades foram incorporadas ao número total de estabelecimentos fiscalizáveis, haja vista a existência de profissionais de enfermagem em exercício nos mesmos.

Em listagem encaminhada pelas Promotorias de Justiça de Proteção ao Idoso do Estado do Rio de Janeiro, constava um total de 552 instituições de longa permanência para idosos no Estado. Portanto, o número de estabelecimentos fiscalizáveis no Estado do RJ foi fixado em 4644 instituições.

Considerando a série histórica de inspeções de fiscalização no Rio de Janeiro, outros nichos de mercado foram incluídos no cadastro interno de instituições fiscalizáveis, porém não quantificados; isto ocorreu pela inexistência de banco de dados para o levantamento do quantitativo total de estabelecimentos.

Trata-se de empresas que possuem serviços de saúde do trabalhador, ambulatórios escolares, a área *offshore*, indústrias, condomínios, eventos culturais, eventos esportivos e shoppings centers, que dispõem de posto médico em obediência às leis estaduais.

O Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro dispõe de 34 (trinta e quatro) enfermeiros fiscais concursados, sendo duas fiscais em funções de gerência e coordenação. A capacidade operacional do Departamento de Fiscalização é de 29 (vinte e nove) fiscais.

Atualmente, encontram-se vigentes regimes distintos na autarquia. Alguns enfermeiros fiscais desempenham as atividades laborais em 30 horas, outros em 40 horas, e há também os que desempenham no regime de dedicação exclusiva. No Estado do Rio de Janeiro existem nove subseções, além da sede do Regional, todas lotadas com enfermeiros fiscais para cobertura de 92 municípios.

O Sistema de Classificação Institucional por Número de Serviços de Enfermagem (CINSE), conforme mostra o Quadro 1, dispõe de 5 (cinco) tipos de instituições e (02) duas modalidades: inspeção de fiscalização padrão e diligência.

Entende-se como inspeção de fiscalização padrão (IFP) aquela em que todos os setores da instituição são vistoriados pelo fiscal, com vistas a conhecer o perfil do serviço de enfermagem e analisar os aspectos relacionados com o exercício profissional da enfermagem e padrão ético. Em via de regra, é o primeiro contato do fiscal com a unidade de saúde.

A inspeção de fiscalização de retorno ou diligência busca verificar o cumprimento de notificações lavradas durante a IFP e depreender a adequação institucional frente às normativas técnico-legais.

Quadro 1 – Classificação institucional por número de serviços de enfermagem (CINSE) vigente no período de março/2012 a junho/2019. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.

Porte	Número de serviços de enfermagem	Tempo de IF 2012	Tempo de IF 2019	Diligência
A3	Mais de 40	60 horas	24-30 horas	10 horas
A2	31 a 40	30 horas	16-24 horas	8 horas
A1	21 a 30	16 horas	8-16 horas	6 horas
B	11 a 20	8 horas	6-8 horas	4 horas
C	Até 10	4 horas	3-4 horas	2-3 horas

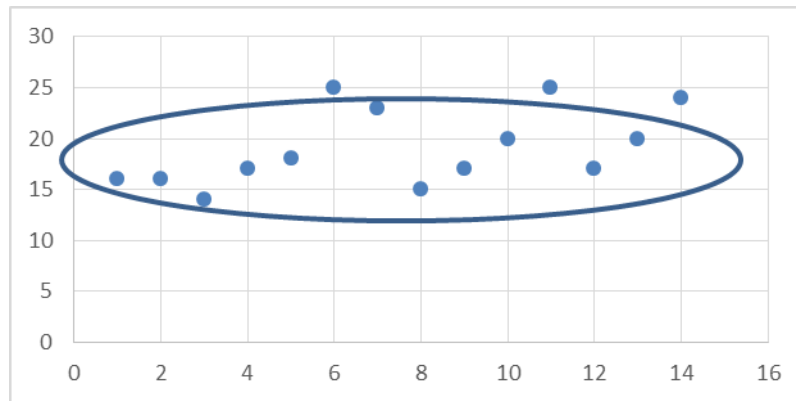
Legenda: IF – Inspeção de Fiscalização. Fonte: Departamento de Fiscalização. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (2019).

Os tempos de fiscalização foram determinados no ano de 2012, no primeiro estudo realizado sobre a temática em território nacional. No ano de 2019, com os padrões estabelecidos pelo Conselho Federal de Enfermagem, pelo tempo de expertise dos fiscais e otimização dos processos de trabalho de fiscalização, obteve-se tempos de inspeção menores.

Assim sendo, após a análise de 1.321 instrumentos de fiscalização, chegou-se à conclusão de que uma fiscalização padrão (inicial) em uma instituição com mais de 40 serviços de enfermagem (A3) leva, em média, 30 (trinta) horas, quando realizada por um único fiscal. É feita, em cerca de 10 horas, se for uma fiscalização de retorno (diligência).

As instituições que possuem entre 31 e 40 unidades (A2) necessitam de, no mínimo, 16 horas e no máximo 24 horas para inspeção padrão por um fiscal, e 08 (oito) horas para diligência. O Gráfico 1 mostra os limites mínimo e máximo, e o intervalo médio de tempo dispendido para fiscalização de unidades do tipo A2.

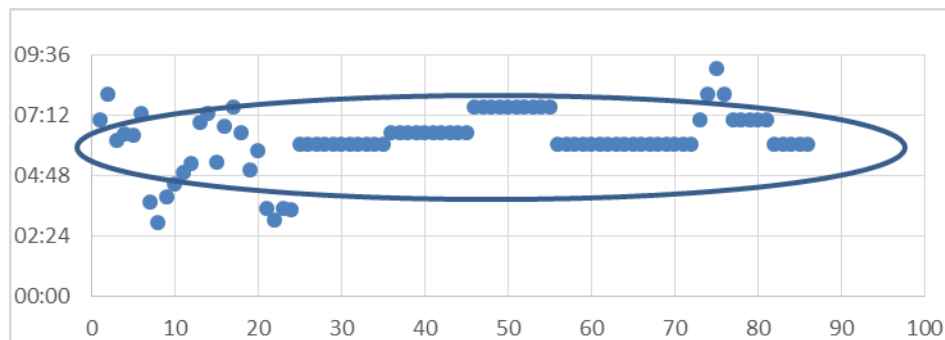
Gráfico 1 – Tempo decorrido para a realização de inspeção de fiscalização padrão inicial para instituições do tipo A2. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.



Fonte: Departamento de Fiscalização. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (2019).

Já as instituições que possuem entre 21 e 30 unidades de enfermagem (A1) demandam entre 08 (oito) e 16 (dezesesseis) horas para inspeção padrão, e 06 (seis) horas para diligência. As instituições que possuem entre 11 (onze) e 20 (vinte) serviços de enfermagem (B) demandam entre 06 e 08 horas de fiscalização para inspeção padrão, como explicita o Gráfico 2, e 04 horas para diligência.

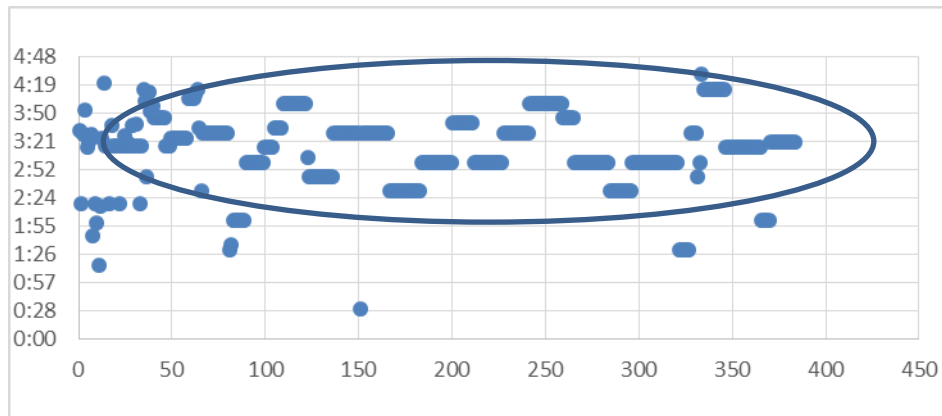
Gráfico 2 – Tempo decorrido para a realização de inspeção de fiscalização padrão inicial para instituições do tipo B. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.



Fonte: Departamento de Fiscalização. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (2019).

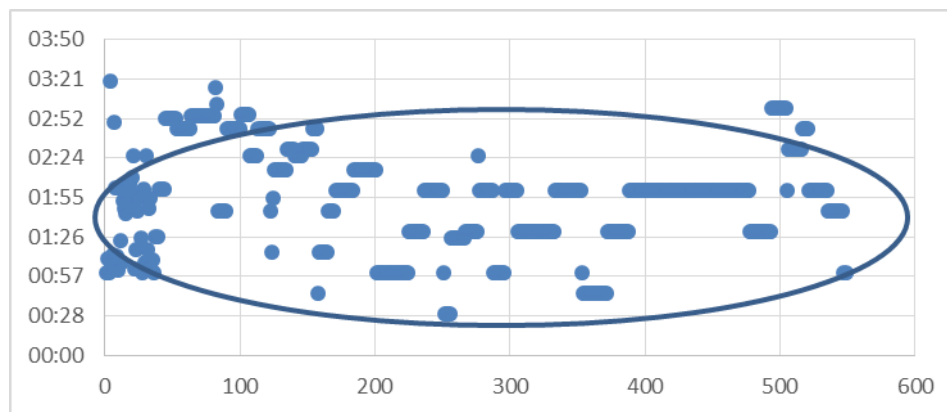
As instituições que possuem até 10 serviços de enfermagem (C) - a maioria no Estado - demandam, no máximo, 04 (quatro) horas para uma fiscalização padrão, e de 2 a 3 horas para a feitura da diligência, segundo especifica os Gráficos 3 e 4.

Gráfico 3 – Tempo decorrido para a realização de inspeção de fiscalização padrão inicial para instituições do tipo C. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.



Fonte: Departamento de Fiscalização. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (2019).

Gráfico 4 – Tempo decorrido para a realização de inspeção de fiscalização de retorno (diligência) para instituições do tipo C. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.



Fonte: Departamento de Fiscalização. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (2019).

Conforme discorre Cherubin e Santos (1997) e Gonçalves e Aché (1999), vários motivos organizacionais fazem com que as instituições de saúde sejam classificadas pelos estudiosos na área de gestão e hospitalar, e tais rótulos administrativos podem ser obtidos sob aspectos distintos aplicáveis às instituições de saúde.

Quanto à finalidade ou tipo de assistência, as instituições podem ser de ordem: a) Geral: assiste pacientes de várias especialidades, tanto clínicas quanto cirúrgicas, podendo ser limitados a grupos etários (como os infantis ou geriátricos) ou grupos da comunidade (militar), ou ainda apresentar uma finalidade específica (hospital de ensino); b) Especializada: assiste predominantemente pacientes com alguma patologia (doença) específica; entre eles estão os psiquiátricos, câncer, HIV, de órgãos, etc.

Existe também a classificação quanto à administração ou entidade mantenedora, sendo: o Público, administrado por entidade governamental municipal, estadual ou federal; e o Particular, pertencente à pessoa jurídica de direito privado.

Quanto ao porte, a instituição pode ser denominada da seguinte forma: a) Pequeno: tem capacidade menor ou igual a 50 leitos; b) Médio: possui de 51 a 150 leitos; c) Grande: oferece de 151 até 500 leitos; e d) Porte especial ou extra: dispõe de quantidade superior a 500 leitos (Calvo, 2002).

Durante o processo de fiscalização tanto a finalidade da instituição é verificada quanto o tipo de administração, no sentido de compor o perfil dos nosocômios. Detectou-se, ao longo dos anos, que a classificação por porte disposta por Calvo (2002) possui uma grande amplitude no que tange ao número de leitos, e por esta razão não se mostrava adequada às perspectivas do processo fiscalizatório, como planejamento e cumprimento de metas.

Quanto ao objetivo financeiro, pode ser classificado como: 1) Não lucrativo: os gestores não recebem remuneração ou benefícios, não há lucro, mas se houver, é revertido em projetos, manutenção e desenvolvimento; 2) Filantrópico: entidade particular e não lucrativa; 3) Beneficente: associação particular e não lucrativa voltada à assistência de grupos específicos e se mantém de contribuições de associados e de usuários; ou 4) Lucrativo: particular, objetiva lucro, compensa o emprego de seu capital com distribuição de dividendos.

Quanto à disposição (estrutura física), os estabelecimentos podem ser: a) Monobloco: oferece serviços concentrados em uma única edificação; b) Multibloco: serviços distribuídos em edificações de médio ou grande porte, interligados ou não; c) Pavilhonar: dividem os serviços em prédios isolados de pequeno porte, interligados ou não; d) Horizontal: estrutura predominantemente disposta na horizontal; ou e) Vertical: apresenta estrutura principalmente na dimensão vertical.

No que se refere à competência (nível de capacitação de recursos humanos e sofisticação tecnológica de seus equipamentos), dividem-se em: Primário: profilaxia (práticas preventivas) e clínica básica; Secundário: clínica básica, não possui avançados recursos tecnológicos; Terciário: apresenta desenvolvido nível tecnológico, ou Quaternário: unidade altamente especializada.

A estrutura física dos estabelecimentos influencia diretamente nos tempos de fiscalização, tanto quanto as distintas competências, uma vez que se relaciona de maneira intrínseca com o tamanho da unidade. Instituições pavilhonares e horizontais normalmente possuem mais serviços de enfermagem e são, por conseguinte, classificadas como A3, A2 ou

A1. Hospitais de grande aparato tecnológico e especializados podem variar entre unidades do tipo B até A3, ou seja, com mais de 40 serviços de enfermagem.

Esclarece-se, nesse íterim, que todo o setor onde há profissional de enfermagem é entendido como um serviço de enfermagem, a exemplo de um centro cirúrgico, ambulatório, centro de terapia intensiva, hemodinâmica, serviço de saúde do trabalhador, hemoterapia, comissão de controle de infecção hospitalar e outras comissões, hemodiálise, dentre outros. Destaca-se que, nos casos onde há quartos e enfermarias, cada local onde acontece o planejamento e execução total ou parcial do exercício profissional de enfermagem é considerado um serviço.

Existem também classificações por tipos:

a) Posto de Saúde: unidade simplificada de até 60 m² de área construída que cobre regiões geralmente agrícolas e população inferior a dois mil habitantes; oferece supervisão médica periódica e presta assistência médica-sanitária, primária e preventiva;

b) Centro Municipal de Saúde: com 100 m² de área construída, atende população entre dois mil e dez mil habitantes com assistência médica permanente, preventiva e ambulatorial, pode ter leitos para emergência e até a remoção do paciente para outra unidade de saúde;

c) Unidade Mista ou Unidade Integrada de Saúde: estabelecido em locais de população entre dez mil e vinte mil habitantes, presta assistência médica permanente, preventiva e ambulatorial, apoia postos e centros de saúde; caracteriza-se pela introdução de leitos para internação de urgência médico-pediátrica ou obstétrica.

Outros que não dispensam citação são os Hospitais Rurais, Hospitais Regionais ou Distritais, destinados a polos de aproximadamente cem mil habitantes. São unidades que apresentam capacidade física para dispor entre 100 e 200 duzentos leitos para internação de caráter geral.

Calvo (2002) dispõe que, os hospitais de base prestam assistência médico-cirúrgica, devem ser capazes de realizar procedimentos mais especializados, e dispor fisicamente de área para cerca de 300 a 350 leitos. Os hospitais de ensino são ligados às Universidades, como centro de formação profissional e de pesquisa. Deve preferencialmente oferecer o quantitativo de 400 e 500 leitos, aproximadamente.

De acordo com a CINSE, os postos de saúde e centros municipais de saúde são do Tipo C, ou seja, com até 10 serviços de enfermagem e as unidades integradas de saúde podem ser do Tipo B – entre 11 e 20 unidades com serviços de enfermagem. Hospitais regionais

usualmente são classificados como Tipo B, e os hospitais de base e de ensino como tipo A1 ou A2.

A pesquisa realizada, que abrangeu a determinação dos tempos de fiscalização das unidades inspecionadas pelos fiscais do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro entre 2017 e 2018, e criou a CINSE, é inédita no cenário nacional e acrescentou ao rol administrativo-gerencial uma nova classificação direcionada não somente ao órgão fiscalizador e disciplinador, mas também e sobretudo ao maior contingente profissional do Sistema Único de Saúde e da rede privada, os profissionais de enfermagem.

4. Considerações Finais

A pesquisa, conduzida por enfermeiras fiscais do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro e pesquisadoras na área de gestão, teve como objetivos a formulação da classificação dos estabelecimentos de saúde que possuem estruturas de assistência e profissionais de enfermagem com base no número de serviços de enfermagem de cada instituição e a identificação dos tempos decorridos para a realização das inspeções de fiscalização do exercício profissional da Enfermagem pelos fiscais do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro.

A necessidade de entendimento acerca dos portes das unidades de saúde a serem fiscalizadas pelo Coren-RJ e os respectivos tempos de inspeção das mesmas levou as pesquisadoras e fiscais a estudar as variáveis envolvidas e a constituir a CINSE.

Assim, os estabelecimentos de saúde foram categorizados em unidades do Tipo A3 (com mais de 40 serviços de enfermagem), A2 (possui entre 31 e 40 serviços de enfermagem), A1 (tem entre 21 e 30 serviços de enfermagem), B (apresenta de 11 a 20 unidades de enfermagem) e C (tem até 10 serviços de enfermagem).

A partir dos registros mantidos pelos fiscais do Regional junto aos instrumentos de fiscalização no que se refere aos horários de início e término das fiscalizações foi realizada a correlação dos mesmos com os tipos de instituição classificadas para obtenção dos tempos de fiscalização de cada unidade, conforme apontado nos resultados da pesquisa.

A formulação de parâmetros sistematizados e cientificamente embasados subsidia o processo de fiscalização assertivo e resolutivo e a gestão do Departamento de Fiscalização, com vistas à geração de indicadores de qualidade e produtividade parametrizados.

Os modelos propostos no estudo foram desenvolvidos com a finalidade de contribuir para a melhoria e otimização dos processos de trabalho e progresso da gestão dos serviços de

fiscalização do exercício profissional da enfermagem. Dessa forma, sugere-se como contribuição, a validação do estudo primário pelos Conselhos Regionais de Enfermagem da federação, e replicação da CINSE nos respectivos Estados.

Referências

Calvo, M. C. (2002). *Hospitais públicos e privados no Sistema Único de Saúde do Brasil: o mito da eficiência privada no Estado do Mato Grosso em 1998*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, SC, Brasil.

Cherubin, N. A., & Santos, N. A. Administração hospitalar: Fundamentos. São Paulo: Cedas; 1997. p.154

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

Gonçalves, E. L., & Aché, C. A. (1999). O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. *ERA-Revista de Administração de Empresas*. 39(01), 84-97.

Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2001). *Fundamentos da metodologia científica*. São Paulo: Atlas.

Lei n. 2.604, de 17 de setembro de 1955. Regula o exercício profissional da enfermagem. *Diário Oficial da União*. 21 de set 1955. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L2604.htm.

Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 1986. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm.

Leser, W. (2000). *Elementos de epidemiologia geral*. São Paulo: Atheneu.

Ministério da Saúde. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. (2019, maio 26). Recuperado de: <http://cnes.datasus.gov.br/>.

Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Resolução CNS n. 580, de 22 de março de 2018. Estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. Recuperado de: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>.

Resolução COFEN n. 374, de 23 de março de 2011. Normatiza o funcionamento do sistema de fiscalização do exercício profissional da enfermagem e dá outras providências. Recuperado de: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n3742011_6590.html.

Silva, S. S. F., Monteiro, J. de A. S., Silva, L. R., Francisco, M. R., Brasil, Y. Z., & Paula, D. G. (2020). Produções tecnológicas desenvolvidas por Enfermagem: revisão sistemática. *Research, Society and Development*, 9(8), e224985721. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5721>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Katia Maria dos Santos Calegari – 25%

Ana Caroline Arouche Gomes de Souza – 25%

Danielle Costa Carvalho Bartoly – 25%

Ana Lucia Telles Fonseca – 25%