

OS IMPACTOS DECORRENTES DA PANDEMIA OCACIONADOS PELA COVID-19 NOS CUSTOS HOSPITALARES DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI).

Natieli Panisson Brollo

Graduada em Ciências Contábeis pela Universidade de Caxias do Sul - UCS
npbrollo@ucs.br

Orientador Prof. Dr. Sergio Cavagnoli Guth

Doutor em Economia pela Universidade Federal de Aveiro – Portugal/ UFGM
scguth@ucs.br

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar e comparar os custos diretos, indiretos e com paciente-dia de uma UTI COVID e uma UTI normal em uma unidade de média complexidade, localizado nos Campos de Cima da Serra do Rio Grande do Sul, o qual atende a região e mais oito municípios vizinhos. Visto o impacto econômico causado pela pandemia no preço de venda de materiais e equipamentos essenciais para combate ao vírus foi analisado o período de junho de 2019 a junho de 2021. A metodologia utilizada foi por meio de pesquisas bibliográficas, utilizou-se uma pesquisa descritiva, de natureza aplicada e abordagem quantitativa, cujo enfoque está situado na coleta e análise de dados. Assim, através de uma análise comparativa, evidenciou-se o aumento dos custos nos setores de UTI clínica e UTI COVID-19 durante o período pandêmico abrangendo julho de 2020 a junho de 2021. Diante desses indicadores, conclui-se com este estudo que a pandemia afetou diretamente os custos totais e com pacientes na unidade hospitalar, registrando no período pandêmico um custo total na UTI clínica de R\$4.581.685,17 e um custo com paciente-dia de R\$1.744,08, da mesma forma a UTI COVID-19 registrou um custo total de R\$5.283.830,85 e um custo com paciente-dia de R\$2.785,36. Estes dados, quando comparados com o período de UTI clínica antes da pandemia, de julho/2019 a junho/2020, registram um aumento expressivo sendo que a principal característica desta variação, em ambos os setores, deve-se principalmente ao aumento nos preços dos insumos oferecidos pelos fornecedores e quantidade de equipamentos de proteção utilizadas para diminuir o risco de contaminação, o que é analisado através do aumento do custo com materiais e medicamentos registrando 140,37% quando comparado o período de UTI clínica antes da pandemia com o período de UTI COVID-19.

Palavras-chave: Custos hospitalares. Gestão hospitalar. UTI. COVID-19.

1 INTRODUÇÃO

As empresas, os serviços de saúde e toda a população enfrentam uma realidade totalmente inesperada e desafiadora: a pandemia provocada pela COVID-19. Com os primeiros casos de infecção registrados na cidade de Wuhan, na China, no final do ano 2019 (BRASIL, 2021), a população segue passando por mudanças de hábitos e o serviço de saúde encontra-se em seu momento de maior lotação e caos em dimensão nacional. (FREITAS, 2021).

O Ministério da Saúde (2020) relata que a COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas), e aproximadamente 20% dos casos detectados requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou em 11 de março de 2020 a pandemia do COVID-19, mas é após um ano desta declaração que os serviços de saúde registram a maior lotação de leitos. Segundo Moreira e Pinheiro (2021), o monitoramento do estado constatou que, mesmo após um ano de isolamento social, restrições e mudanças de hábitos para tentar conter esta disseminação, na data de 16 de março de 2021 o Rio Grande do Sul registra a taxa de ocupação de 109,6% dos leitos de UTI.

Ao tratar sobre os serviços de saúde, observa-se não somente o impacto que a pandemia ocasionou nos trabalhadores da área de forma psicológica, emocional e física, mas também nos próprios custos hospitalares. Vista a chegada desta nova doença, fez-se necessária a implementação de novas estratégias, capacitação das equipes, aquisição de equipamentos e medicamentos, em grande escala, para combate ao vírus. Com a produção destes equipamentos não suprindo a sua necessidade mundial, o preço oferecido pelos fornecedores aumentou e conseqüentemente impactou nas reservas hospitalares, mesmo com o auxílio de incentivos.

Para a formulação deste estudo serão observados os custos diretos e indiretos da UTI COVID-19 e da UTI normal, contemplando serviços médicos, de terceiros, consumos de medicamentos e materiais mais utilizados, custos de pessoal e demais custos para funcionamento do espaço destinado, utilizando o sistema de custeio por absorção adotado pela unidade hospitalar objeto de pesquisa, assim como os números de paciente-dia para constatar a diferença entre o custo arcado pelo hospital do paciente-dia em uma ala clínica em comparação com uma ala COVID. O período do estudo abrangerá de julho de 2019 à junho de 2021, em um hospital regional localizado nos Campos de Cima da Serra do Rio Grande do Sul, o qual atende a região e mais oito municípios vizinhos. Assim, tem-se por objetivo estudar a estrutura de custo de uma

UTI com cuidados especializados em combate a pandemia em comparação a uma UTI de atendimento clínico normal.

Diante desse contexto, pode-se haver pessoas que não têm o conhecimento dos custos que se aplicam em serviços de saúde e o impacto econômico que a pandemia causou para manutenção dessas instituições. Surge, então, a indagação como problema de pesquisa: Quais foram os impactos decorrentes da pandemia ocasionada pela COVID-19 nos custos hospitalares da unidade de terapia intensiva (UTI) entre 2019 e 2021?

Sendo assim, o objetivo geral deste estudo é analisar e comparar os custos incidentes em uma manutenção de UTI COVID e uma UTI normal em uma unidade de média complexidade, assim como comparar os valores de custo de paciente-dia para a unidade hospitalar quando analisado cada uma das UTI's, visto o impacto econômico causado pela pandemia no preço de venda de materiais e equipamentos essenciais para combate ao vírus.

A principal motivação para sustentar o presente estudo, é apresentar dados que transpareçam o quão caro é a manutenção de uma UTI especializada para combate de uma pandemia ocasionada por uma doença de alto grau de disseminação, pois muitos não têm conhecimento quando trata-se dos custos de uma unidade de saúde. Além de agregar conhecimento sobre este importante e atual assunto, o tema proposto também irá contribuir para a unidade de saúde analisar os custos estudados e traçar decisões futuras.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONTABILIDADE

Ainda que não visível, a contabilidade está constantemente presente na vida das pessoas, seja ao apurar seus gastos, preocupando-se com duas propriedades ou investindo em guardar algum dinheiro para planos futuros. Marion (2018, p.3) define a contabilidade como “o instrumento que fornece o máximo de informações úteis para a tomada de decisões dentro e fora da empresa”.

A contabilidade é praticada há anos, pela necessidade de controle de seus patrimônios, o homem primitivo começou a praticar uma contabilidade rudimentar por meio de contagem de seus rebanhos e de seus instrumentos de caça e de pesca (IUDICIBUS, 2021). Ainda, Hendriksen (2018) acrescenta que os agricultores egípcios pagavam pelo uso de água para irrigação com cereais e recebiam como recibo do pagamento um desenho nas paredes de sua casa, que esboçava

um recipiente de cereais. O autor explica também que arqueólogos acreditam que as argilas abundantes na Mesopotâmia eram usadas para fins contábeis.

Para Ribeiro e Ribeiro (2017), a contabilidade está presente em todas as atividades, seja oferecendo controle, ordens econômicas e financeiras do patrimônio, funções históricas e registros.

A contabilidade é dinâmica, seus métodos passaram por aperfeiçoamento ao longo dos anos e mantém-se acompanhando o desenvolvimento tecnológico. Conforme o avanço das necessidades, a contabilidade além de atuar na parte fiscal, orçamentária e patrimonial, tem como objetivo atuar na gestão da empresa e dar suporte às entidades para planejamento na tomada de decisões.

Marion (2018) classifica a contabilidade como um estudo de modo geral, passível de aplicação em todas as empresas, mas que quando aplicada em uma área específica recebe uma denominação classificatória. Dessa forma, quando aplicada em empresas industriais, denomina-se Contabilidade Industrial; em empresas públicas, Contabilidade Pública; em hospitais, da qual trata este estudo, denomina-se Contabilidade Hospitalar.

A gestão hospitalar, segundo Gonçalves (2006), corresponde a técnicas imprescindíveis para que a administração das unidades hospitalares propicie a perpetuação da entidade, a remuneração dos fatores trabalho e capital e a excelência dos serviços. O principal objetivo dessa prática é a obtenção e gerenciamento de recursos que viabilizem as atividades realizadas pela unidade e uma melhor aplicação de recursos por projeto. Com a incidência da pandemia, tornou-se imprescindível que uma análise mais crítica para distribuição de recursos fosse efetuada nos ambientes de saúde, objetivando sempre o alcance de mais métodos para combate ao vírus.

2.2 PANDEMIA DO COVID-19

O surgimento dos primeiros coronavírus varia entre 10.000 anos e 300 milhões de anos atrás. O SARS-CoV-2, classificado como o novo coronavírus, é responsável pelo ataque às vias aéreas superiores, podendo causar casos graves de pneumonia e insuficiência respiratória. (CORREIA et al. 2020). Os autores ainda explicam que a doença possui três fases que se associam à reação imunológica do paciente, sendo elas: fase de viremia, fase aguda (pneumonia) e fase de recuperação. É importante ressaltar que na fase aguda da doença, pessoas saudáveis e sem presença de comorbidades apresentam uma melhor resposta do sistema imunológico se comparado a pacientes obesos, idosos, diabéticos entre outros, apresentando, estes, uma maior incidência de casos graves.

Segundo a CNN BRASIL foi realizada uma pesquisa pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) que, desde março de 2020, coletou informações de mais de 50 UTIs do Brasil. O estudo contou com uma análise de 3.034 pacientes com COVID-19 e 341 suspeitos, constatou-se que 56% deles precisaram de ventilação mecânica e a média de internação foi de 22 dias, sendo em média 11,6 dias de UTI (COUTO, 2021).

Para os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados, conforme o Conselho Federal de Farmácia (2020), os EPIs e cuidados considerados essenciais são: higienização das mãos com utilização do álcool, gorro, óculos de proteção ou protetor facial, máscara, avental impermeável de mangas longas e luvas de procedimento. Neste contexto, Martins (2000) explica que o uso destes recursos deve ser otimizado e isto acontece baseado no planejamento, base essencial para organização e controle de um serviço hospitalar.

2.2.1 SERVIÇOS HOSPITALARES E A CONTABILIDADE

A história da evolução dos conhecimentos medicinais permite observar que em 1854, durante a Guerra da Criméia, a enfermeira britânica Florence Nightingale e mais alguns voluntários idealizaram um projeto de atendimento aos soldados hospitalizados que fizeram a mortalidade cair de um índice de 40% para apenas 2%. Em condições precárias, Florence separou os soldados de acordo com o grau de dependência, possibilitando que os que se encontravam em condições mais graves possuíssem maior vigilância, neste momento surge o projeto do que conhecemos hoje pelas UTI (SCHLINZ, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde (2020), a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma estrutura hospitalar que caracteriza-se pela monitorização contínua e atendimento a pacientes potencialmente graves que com o suporte e tratamento intensivo apresentam possibilidade de recuperação. A resolução 2.271/2020 do Conselho Federal de Medicina (CFM) ressalta que a UTI visa oferecer suporte vital de alta complexidade de múltiplas monitorizações e suportes 24 horas para manter a vida durante condições de extrema gravidade e risco de morte.

Como mencionado, neste período de transmissão da COVID-19, fez-se necessário a separação da UTI clínica e UTI disponibilizada para pacientes diagnosticados com o vírus, sendo nomeada neste estudo como UTI COVID-19. O Ministério da Saúde (2020) orienta que em casos graves da doença o paciente será admitido na UTI se apresentar insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva ou ter instabilidade hemodinâmica ou choque (hipotensão arterial).

Segundo Duarte e Oliveira (2020), em casos de pandemia, ocorre a adaptação de outros setores e o racionamento de leitos para atendimento de cuidados intensivos. Os autores ainda destacam que a decisão de internação do paciente em uma UTI considera a disponibilidade de leitos e a opinião do médico assistente, assim como a individualidade de cada caso.

Para Ribeiro e Ribeiro (2017), o gestor de uma organização hospitalar deve preocupar-se, principalmente, com dois fatores: controle dos custos de aquisição de medicamentos e materiais; e custos incorridos na prestação de serviços. Os autores reforçam que quando o gestor tem o conhecimento de custos e do sistema de custeio da organização, torna-se possível estabelecer padrões e analisar as variações, reduzindo ao máximo os custos da prestação de seus serviços.

Ao tratar dos custos de aquisição de medicamentos e materiais, automaticamente se associa com a necessidade de realizar uma pesquisa de preço entre os fornecedores, visto que é priorizado o menor custo mas também a melhor qualidade oferecida.

Para as entidades hospitalares, a busca por um aumento de lucratividade com a redução de custos e maior eficiência das prestações de seus serviços é essencial. Os custos da prestação de serviços, segundo Ribeiro e Ribeiro (2017), podem ser compostos por três elementos:

- a) Materiais, que incluem medicamentos e objetos aplicados/consumidos durante a prestação do serviço;
- b) Mão de obra, inclui o trabalho de todos os profissionais da saúde.
- c) Gastos gerais de prestação de serviços, incluem depreciações, aluguéis, energia elétrica.

A análise dos custos incorridos auxilia a gestão da organização a esclarecer quais suas principais fontes de receita e despesa, dando suporte para as próximas tomadas de decisões. Desta forma, a correta classificação dos custos é de extrema importância e, segundo Padoveze (2013), as classificações objetivam agrupar os custos com natureza semelhantes, facilitando a observação para análises e apurações posteriores.

2.3 CLASSIFICAÇÃO DOS CUSTOS

Teoricamente, a separação é fácil: os gastos relativos ao processo de produção são custos, e os relativos à administração, às vendas e aos financiamentos são despesas. (MARTINS, 2018).

Nas unidades hospitalares, os custos são representados pelos gastos com pessoal utilizados na prestação de serviços, no consumo de materiais, medicamentos e equipamentos, ou seja, estão ligados diretamente à realização do serviço. Já as despesas estão representadas, como Martins descreveu, na parte administrativa e comercial, que não participa diretamente no serviço hospitalar

principal prestado, mas é necessário para a manutenção da organização, como a contabilidade, financeiro, atendimento ao cliente, recursos humanos.

Após identificar os custos, há a divisão entre custos diretos e indiretos que, Martins (2018), os custos diretos são denominados como aqueles que podem ser diretamente apropriados aos produtos, bastando haver uma medida de consumo, já os custos indiretos são aqueles que não oferecem condição de uma medida objetiva e qualquer tentativa de alocação tem de ser feita de maneira estimada e muitas vezes arbitrária na área hospitalar. Na área hospitalar, pode-se caracterizar os custos diretos como os materiais de consumo, medicamentos, exames e recursos humanos específicos. No caso dos custos indiretos, esses não tem possibilidade de identificação direta com o serviço prestado e são representados pelo consumo de energia elétrica, água, manutenção e outros.

Outro aspecto são os custos fixos que, para Martins (2018) são aqueles cujo valor independe de aumentos ou diminuições do volume elaborado de produtos no período, existem mesmo que não haja produção, exemplificados pelo pagamento de contas, fornecedores, funcionários. Martins (2018) classifica ainda os custos variáveis como aqueles que o valor total do custo com tais materiais varia de acordo com o volume de produção, e refere-se a tudo que é gasto para produzir ou comercializar o serviço.

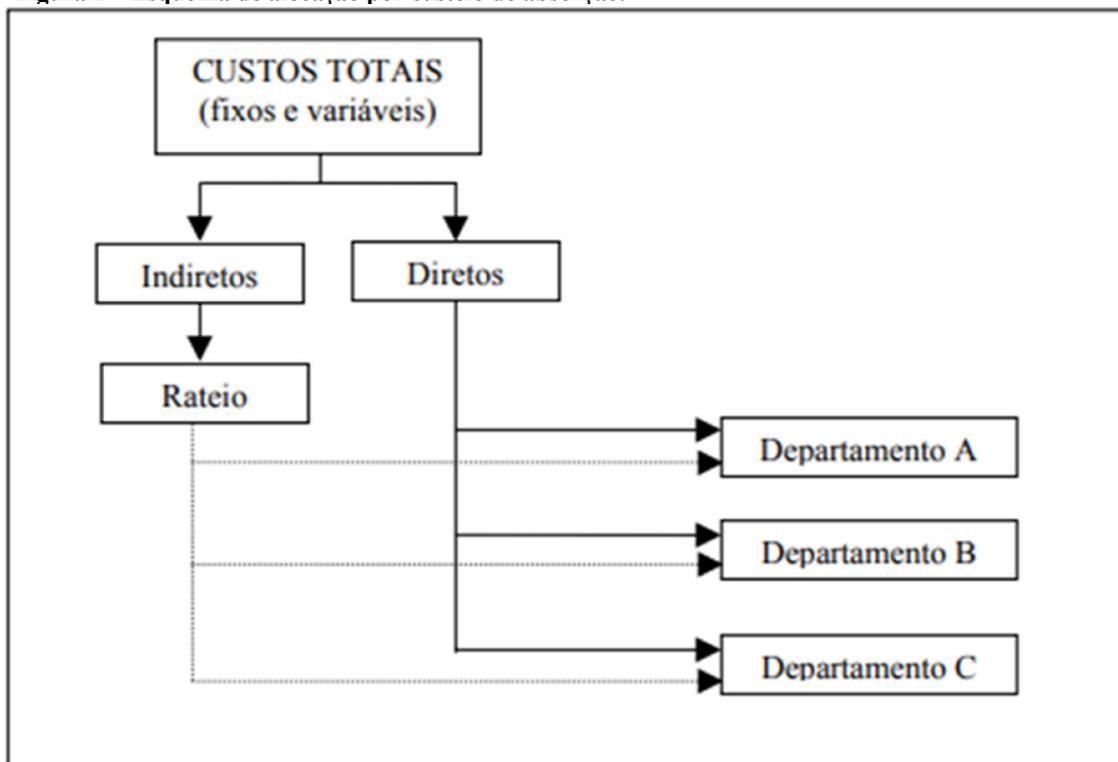
2.3.1 CUSTEIO POR ABSORÇÃO

Enquanto os custos diretos são alocados diretamente aos serviços e produtos, os custos indiretos são alocados conforme o sistema de custeio e pelo critério de rateio.

Para Martins e Rocha (2015), o sistema de custeio refere-se à estruturação do valor de custo da entidade objeto de interesse do gestor. Diferentes métodos têm surgido através do tempo: absorção, variável, Activity Based Costing (ABC), no entanto, pela Legislação Fiscal, apenas o sistema de custeio por absorção é aceito por estar alinhado com os princípios da contabilidade.

No Custeio por Absorção, a atribuição de custos aos produtos geralmente é realizada por meio da sua segregação em grupos, denominados centros de custos; trata-se de entidades contábeis nas quais os custos dos recursos humanos, materiais, tecnológicos etc. são acumulados, elemento a elemento. (MARTINS; ROCHA, 2015). Neste método de custeio todos os custos são alocados, seja eles fixos, alocados aos departamentos conforme utilização, ou variáveis, alocados conforme critério de rateio.

Figura 1 – Esquema de alocação por custeio de absorção.



Fonte: Martins (1998 apud Lagioia et al., 2002), com adaptações.

Já foram realizados alguns estudos sobre custos hospitalares, como de Lagioia et al. (2002) que trata sobre os métodos de custeio em instituições hospitalares. No estudo, os autores destacam as três bases de rateio mais utilizadas em hospitais.

Método do número de pacientes: Faz-se necessário que o hospital tenha uma uniformidade de procedimentos para se analisar o custo por Ordem de Serviço Médico (OSM).

Figura 2 – Fórmula da base de rateio por número de pacientes.

$$\frac{\text{Custo indireto hospitalar}}{\text{Quantidade de OSM}} = \text{Custo indireto hospitalar por OSM}$$

Fonte: Lagioia et al. (2002)

Método dos custos dos materiais médicos e medicamentos: Este método não é tão simples, visto que pode existir uma variação no valor dos medicamentos e materiais utilizados por um paciente e outro, causando distorções na determinação do custo.

Figura 3 – Fórmula da base de rateio por custos de materiais e equipamentos.

$$\frac{\text{Custo indireto hospitalar}}{\text{Custos dos materiais médicos e medicamentos}} = \text{Custo indireto hospitalar por OSM}$$

Fonte: Lagioia et al. (2002)

Método de dias de permanência do paciente no hospital (diárias): quanto mais tempo o paciente permanece no hospital, mais será beneficiado com os custos indiretos.

Figura 4 – Fórmula da base de rateio por diárias.

$$\frac{\text{Custo indireto hospitalar}}{\text{Quantidade de diárias}} = \text{Custo indireto hospitalar por diária}$$

Fonte: Lagioia et al. (2002)

Segundo Martins (2000, apud Lagioia et al. 2002), as bases de rateio são utilizadas para que as ordens de serviço médico contenham a quantidade adequada de custos indiretos incidentes. Desta forma, é necessário que seja observado quesitos como: relação do item do custo indireto com o procedimento, volume de cada procedimento e oscilação da quantidade de itens de acordo com a quantidade de produção médica.

A base de rateio aplicada varia de hospital para hospital, sendo os fatores que influenciam para o critério de rateio a quantidade de pacientes, conforme Figura 2, que calcula seu custo indireto incidente dividindo o custo hospitalar pela quantidade de ordens de serviço, o custo de materiais médicos e medicamentos, conforme Figura 3, que obtém o custo indireto através da divisão do custo indireto hospitalar pelo custo de materiais e medicamentos e as diárias, conforme Figura 4, que contabilizam o custo indireto por diária dividindo o custo indireto hospitalar pela quantidade de dias de permanência do paciente no hospital.

Segundo Andrade (2000, apud Lagioia et al. 2002), independente do método escolhido pela unidade hospitalar sempre será passível de críticas, visto que a definição do método é o que caracteriza o rateio e a mudança do mesmo pode influenciar diretamente no valor dos custos.

3 METODOLOGIA

Lakatos (2021) define método como um conjunto de atividades que permite-se ter a visão do caminho a ser seguido detectando seus erros e auxiliando em suas tomadas de decisões, produzindo, por fim, conhecimento verdadeiro.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O presente estudo, quanto aos seus objetivos, trata de uma pesquisa descritiva que, para Gil (2009, apud MATIAS-PEREIRA 2019) contempla as características de uma população e determina relações entre as variáveis, o autor ainda menciona que este tipo de pesquisa faz uso de técnicas padronizadas como a observação sistemática e geralmente é caracterizada como levantamento.

Quanto ao procedimento, será realizada uma pesquisa bibliográfica, que, para Cervo e Bervian (2002, apud GUTH e PINTO, 2007 p.47 e 48) é realizada uma coleta de informações prévias e utiliza-se de referências publicadas em documentos para explicar um determinado problema ou hipótese. Guth e Pinto (2007) ainda mencionam que a pesquisa bibliográfica tem como finalidade o contato direto do pesquisador com o assunto.

No que se refere à natureza, esta pesquisa se classifica como aplicada, que segundo Gil (2018), são as pesquisas voltadas a uma situação específica com aquisição de conhecimento. Para Gerhardt e Silveira (2009, p.35), a pesquisa aplicada tem por finalidade “gerar conhecimento para aplicação prática”. Ao contrário da pesquisa básica que busca interesses universais, a pesquisa aplicada envolve verdades e interesses locais.

3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO E/OU POPULAÇÃO E AMOSTRA (ESTUDO QUANTITATIVO)

A abordagem da pesquisa será quantitativa, cujo enfoque está situado na coleta de dados, as quais testam hipóteses baseando-se na medição numérica e na análise estatística para estabelecer padrões (SAMPIERI, 2013).

O participante da amostra de estudo, solicitando que seu nome não fosse revelado, é uma unidade de saúde de média complexidade que localiza-se na região da Serra do Rio Grande do Sul, considerada uma unidade regional que atende a cidade local e a mais oito municípios dos Campos de Cima da Serra.

3.3 PROCESSO DE COLETAS E ANALISE DE DADOS

A coleta de dados foi desenvolvida através de pesquisas bibliográficas, com instrumentos de pesquisa: livros, artigos, legislação e documentos e informações contábeis fornecidos pela unidade objeto de estudo. O período de coleta será de 2 anos, sendo o primeiro exercício de julho

de 2019 à junho de 2020 quando os leitos COVID ainda não eram disponibilizados pela unidade, e julho de 2020 à junho de 2021 com os leitos já presentes na grade hospitalar.

O estudo será feito através da utilização da contabilidade de custos no setor hospitalar, buscando analisar e evidenciar o impacto causado pela pandemia do COVID-19. Será utilizado o método de custeio adotado pela unidade hospitalar em estudo, aplicado na Unidade de Terapia Intensiva COVID e clínica, posteriormente será feito uma análise comparativa entre os dois exercícios estabelecidos com o principal objetivo de destacar as oscilações de custos sofridas neste período.

Assim, este estudo se classifica como um estudo de caso documental, de abordagem quantitativa, quanto a sua natureza é de caráter aplicado, de objetivo descritivo e quanto aos procedimentos de caráter bibliográfico utilizando de livros, artigos e informações contábeis fornecidas pela entidade.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

4.1 APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO OBJETO DE ESTUDO

A unidade hospitalar que serviu de objeto de estudo para essa pesquisa é de média complexidade, atuante há mais de 80 anos, é uma instituição filantrópica que destaca-se no atendimento de urgência e emergência e em realizações cirúrgicas ortopédicas, obstétricas e gerais, sendo classificada na categoria de caráter geral.

Sendo filantrópica, a entidade não tem fins lucrativos e obtém recursos para sua manutenção através de incentivos, Sistema Único de Saúde (SUS), de convênios, remunerações de serviços prestados particulares e subvenções.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) trata-se de uma unidade de suporte avançado em que os pacientes recebem cuidados 24 horas. A instituição disponibiliza de uma UTI tipo 2, equipada com monitores de controles de sinais vitais, ventiladores e bombas de infusão.

O período analisado foi de julho de 2019 à junho de 2021, totalizando dois exercícios, sendo que a UTI COVID-19 começou a operar em julho de 2020. A análise dos custos foi realizada por meio dos dados obtidos referente à quantidade de pacientes, consumos materiais e médicos, serviços médicos e de terceiros, folha de pagamento dos funcionários do setor, depreciação e demais custos indiretos incidentes nos setores de Unidade de Terapia Intensiva. Custos incidentes nos demais setores da unidade hospitalar foram desconsiderados, visando o objetivo deste estudo.

A instituição adota o sistema de custeio por absorção e faz a apropriação dos custos por centro de custos. Dentro desta estrutura, as UTI's classificam-se como centro de custo produtivo, que segundo Martins (2000) são os departamentos que há circulação de pacientes e que realizam serviços geradores de receita.

Com base nos dados fornecidos pela entidade, a seguir, faz-se uma análise durante o período pré e durante a pandemia dos custos incidentes nos setores de UTI clínica e UTI COVID-19 e posteriormente uma análise comparativa, afim de evidenciar o impacto da pandemia nos custos totais incidentes nestes setores.

4.2 SISTEMATIZAÇÃO DOS CUSTOS: UTI CLÍNICA

A UTI clínica é caracterizada pelo atendimento aos pacientes graves, os quais necessitam de atendimento e observação 24 horas, a entidade de estudo dispõe de 10 leitos, sendo 8 destinados à pacientes SUS e 2 particulares, durante todo o período em análise manteve-se a mesma quantidade de leitos no setor.

Estão destacados como custos diretos a folha de pagamento, serviços médicos, serviços de terceiros, materiais e medicamentos, despesas gerais incluindo água, luz e telefone e depreciação. Ao tratar dos custos indiretos, a unidade hospitalar calcula por meio de rateio.

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), o número de paciente-dia é a unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia, para o cálculo do total de paciente-dia no período soma-se o número de pacientes internados em cada dia durante o período delimitado para a análise. Sendo assim, conforme fórmula apresentada na Figura 5 e considerando que a UTI clínica disponibiliza de 10 leitos, o máximo de paciente-dia que poderia ser registrado no período de 1 ano é de 3.650 diárias, de forma que a capacidade estaria 100% ocupada.

Figura 5 – Fórmula para cálculo do paciente-dia.

$\text{N}^\circ \text{ paciente-dia} = \text{Soma dos pacientes internados em cada dia durante o período}$
--

Fonte: Elaborado pela autora.

Para o cálculo do custo de um paciente-dia, conforme Figura 6, é utilizado o valor da despesa total dividido pelo número de paciente-dia do período, sendo que este unifica a quantidade de pacientes e os dias que cada um ficou internado utilizando da estrutura hospitalar, possibilitando identificar quanto custa um paciente-dia pra a entidade no período que calculado.

Figura 6 – Fórmula custo paciente-dia.

$\text{Custo paciente-dia} = \frac{\text{Despesa total}}{\text{Total de paciente-dia}}$

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 1- Custos Incidentes UTI clínica período pré pandemia.

CUSTOS UTI CLÍNICA JUL/19 A JUN/20	TOTAL ANUAL	MÉDIA MENSAL	% SOBRE A DESPESA
Serv. Médicos	1.429.044,00	119.087,00	36%
Custo Pessoal	1.056.340,70	88.028,39	27%
Serviços de Terceiros (- serv. Médicos)	311.749,67	25.979,14	8%
Material e medicamento	651.040,76	54.253,40	17%
Despesas Gerais	36.659,57	3.054,96	1%
Depreciações	80.625,16	6.718,76	2%
DESPESA CUSTOS DIRETOS	3.565.459,86	297.121,66	
Custos Indiretos	356.545,99	29.712,17	9%
DESPESA TOTAL	3.922.005,85	326.833,82	100%
Total de paciente-dia (jul/19 a jun/20)	2435	202,92	
Custo Paciente-dia	1.610,68		

Fonte: Dados da unidade hospitalar (2021), elaborado pela autora.

Na Tabela 1, pode-se observar os custos incidentes na UTI clínica no período pré pandemia durante 12 meses. Durante este período contabilizou-se um custo total de R\$3.922.005,85, sendo a maior parte concentrada nos custos com serviços médicos, folha de pagamento e materiais e medicamentos, os quais totalizam 80%. A unidade hospitalar registrou neste setor 2.435 pacientes-dia entre julho/2019 a junho/2020, tendo uma média de ocupação diária de 6,67 e gerando, neste período, um custo por paciente-dia de R\$1.610,68.

Tabela 2 – Custos incidentes na UTI clínica no período de pandemia.

CUSTOS UTI CLÍNICA JUL/20 A JUN/21	TOTAL ANUAL	MÉDIA MENSAL	% SOBRE A DESPESA
Serv. Médicos	1.581.056,10	131.754,68	35%
Custo Pessoal	959.729,70	79.977,48	21%
Serviços de Terceiros (- serv. Médicos)	451.256,14	37.604,68	10%
Material e medicamento	1.005.430,64	83.785,89	22%
Despesas Gerais	41.405,44	3.450,45	1%
Depreciações	126.290,32	10.524,19	3%
DESPESA CUSTOS DIRETOS	4.165.168,34	347.097,36	
Custos Indiretos	416.516,83	34.709,74	9%
DESPESA TOTAL	4.581.685,17	381.807,10	100%
Total de paciente-dia (jul/20 a jun/21)	2627	218,92	
Custo Paciente-dia	1.744,08		

Fonte: Dados da unidade hospitalar (2021), elaborado pela autora.

No período pandêmico, como observado na Tabela 2, estão destacados os mesmos custos que no exercício anterior. Ao final do período totalizou-se um custo total de R\$4.581.685,17 na UTI clínica.

Ao analisar-se os custos de paciente, foram registrados 2.627 atendimentos de paciente-dia entre julho/2020 e junho/2021 no setor, uma média diária de ocupação de 7,19 dos leitos, resultando em um custo com paciente-dia de R\$1.744,08 no período.

Tabela 3 - Comparação aumento de custos na UTI clínica entre jul/19 e jun/21.

COMPARAÇÃO DE CUSTOS UTI CLÍNICA	JUL/19 A JUN/20	JUL/20 A JUN/21	VARIAÇÃO
Serv. Médicos	1.429.044,00	1.581.056,10	10,64%
Custo Pessoal	1.056.340,70	959.729,70	-9,15%
Serviços de Terceiros (-serv. Médicos)	311.749,67	451.256,14	44,75%
Material e medicamento	651.040,76	1.005.430,64	54,43%
Despesas Gerais	36.659,57	41.405,44	12,95%
Depreciações	80.625,16	126.290,32	56,64%
DESPESA CUSTOS DIRETOS	3.565.459,86	4.165.168,34	16,82%
Custos Indiretos	356.545,99	416.516,83	16,82%
DESPESA TOTAL	3.922.005,85	4.581.685,17	16,82%
Custo Paciente-dia	1.610,68	1.744,08	8,28%

Fonte: Dados da unidade hospitalar (2021), elaborado pela autora.

Em uma comparação para evidenciar os impactos da pandemia no setor de UTI clínica, conforme Tabela 3, nota-se um aumento de custos totais em 16,82% durante a pandemia, período de jul/20 a jun/21. Há, também, como um reflexo do aumento dos custos totais, um aumento de 8,28% com relação ao custo de paciente-dia.

É evidente o aumento nos custos com material e medicamento que, como citado anteriormente, tiveram uma ampliação de preços exuberante no período pandêmico, com os dados analisados pode-se observar um aumento de 54,43% nos custos com estes recursos de um período para o outro.

O custo com pessoal não apresentou aumento nesta comparação devido, principalmente, a divisão da equipe de trabalho no período de jul/20 a jun/21 entre os setores de UTI clínica e UTI COVID-19. Outros fatores como a volatilidade de funcionários e afastamentos devido a pandemia também contribuíram para este resultado.

4.3 SISTEMATIZAÇÃO DOS CUSTOS: UTI COVID-19

Com a pandemia fez-se necessário a adaptação da unidade hospitalar para recebimento dos pacientes infectados com o vírus, desta forma, foi aberta a ala de Unidade de Terapia Intensiva COVID-19, espaço isolado para disponibilizar especificamente do cuidado e tratamento dos pacientes testados positivos para o COVID.

Durante o período observado, na UTI COVID-19 constatou-se uma variação no número de leitos disponíveis de acordo com a disseminação do vírus e o aumento do número de casos, conforme consta na Figura 7. A variação de leitos é apenas um dado figurativo e não se aplica para o cálculo do custo do paciente-dia pois o objetivo deste dado é constatar quanto cada paciente custou para a unidade hospitalar utilizando destes serviços no período analisado.

Figura 7- Número de leitos disponíveis na UTI COVID-19.

2020						2021					
JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
8	8	8	5	5	8	5	8	8	8	8	8

Fonte: Dados da unidade hospitalar (2021), elaborado pela autora.

Por tratar-se de uma nova ala, os custos referentes a estes cuidados são separados dos custos da UTI clínica, na Tabela 4 pode-se observar os custos incidentes na UTI COVID-19 durante o período de julho de 2020 a junho de 2021, totalizando 12 meses. O início do período deve-se ao momento de abertura da ala de UTI COVID na unidade objeto de estudo, visto que a pandemia teve início em março, mas a ala para cuidados intensivos só compôs a grade hospitalar no mês de julho.

Tabela 4 – Custos incidentes na UTI COVID.

CUSTOS UTI COVID-19 JUL/20 A JUN/21	TOTAL ANUAL	MÉDIA MENSAL	% SOBRE A DESPESA
Serv. Médicos	1.835.934,52	152.994,54	35%
Custo Pessoal	854.017,55	71.168,13	16%
Serviços de Terceiros (- serv. Médicos)	471.453,79	39.287,82	9%
Material e medicamento	1.564.914,08	130.409,51	30%
Despesas Gerais	41.405,44	3.450,45	1%
Depreciações	35.757,21	2.979,77	1%
DESPESA CUSTOS DIRETOS	4.803.482,59	400.290,22	
Custos Indiretos	480.348,26	40.029,02	9%
DESPESA TOTAL	5.283.830,85	440.319,24	100%
Total de paciente-dia (jul/20 a jun/21)	1897	158,08	
Custo Paciente-dia	2.785,36		

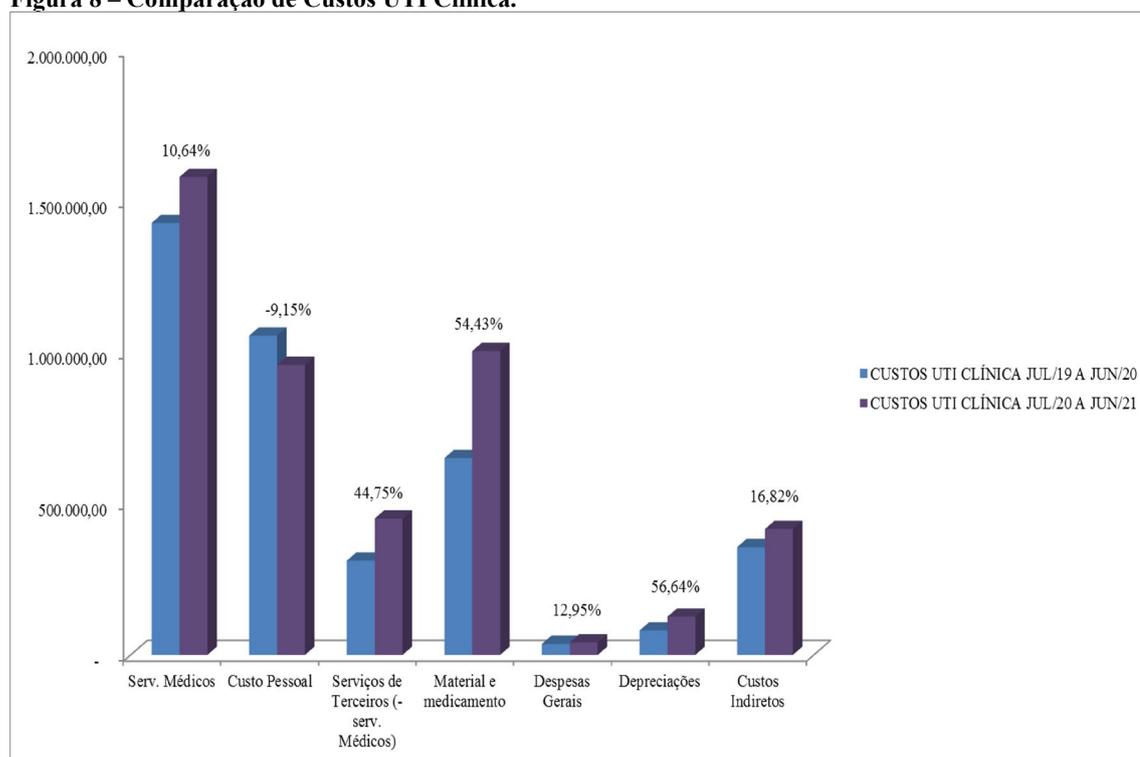
Fonte: Dados da unidade hospitalar (2021), elaborado pela autora.

No período analisado pode-se observar que a UTI COVID apresentou um custo total de R\$5.283.830,85, sendo estes concentrados principalmente em custos com serviços médicos, folha de pagamento e materiais e medicamentos, totalizando 81% dos custos no período. A ala COVID registrou o atendimento de 1.897 pacientes-dia durante julho/2020 e junho/2021, com uma média diária de 5,19 dos leitos ocupados, que gerou um custo de R\$2.785,36 por paciente-dia no período.

4.4 COMPARAÇÃO E IMPACTO NOS CUSTOS

A seguir constam as análises comparativas dos custos incidentes em ambas as UTI's e seus diferentes períodos.

Figura 8 – Comparação de Custos UTI Clínica.

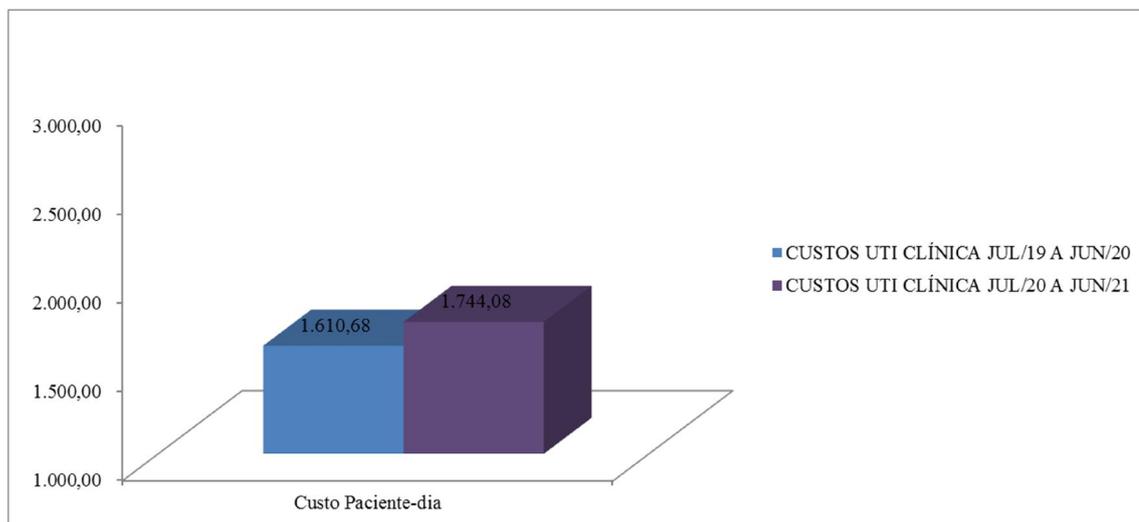


Fonte: Dados da unidade hospitalar (2021), elaborado pela autora.

Ao comparar os dois exercícios de UTI clínica, conforme Figura 8, nota-se o impacto da pandemia ao observar que os aumentos mais expressivos estão localizados nos serviços de terceiros, materiais e medicamentos e depreciações. Sendo, respectivamente, 44,75%, 54,43% e 56,64%.

O único custo que não apresentou aumento neste setor, considerando os períodos analisados, foi o custo com pessoal, que justifica-se pela realocação da equipe de trabalho para o setor da UTI COVID no segundo período, diminuindo os funcionários da UTI clínica e, conseqüentemente, o custo com o pessoal do setor.

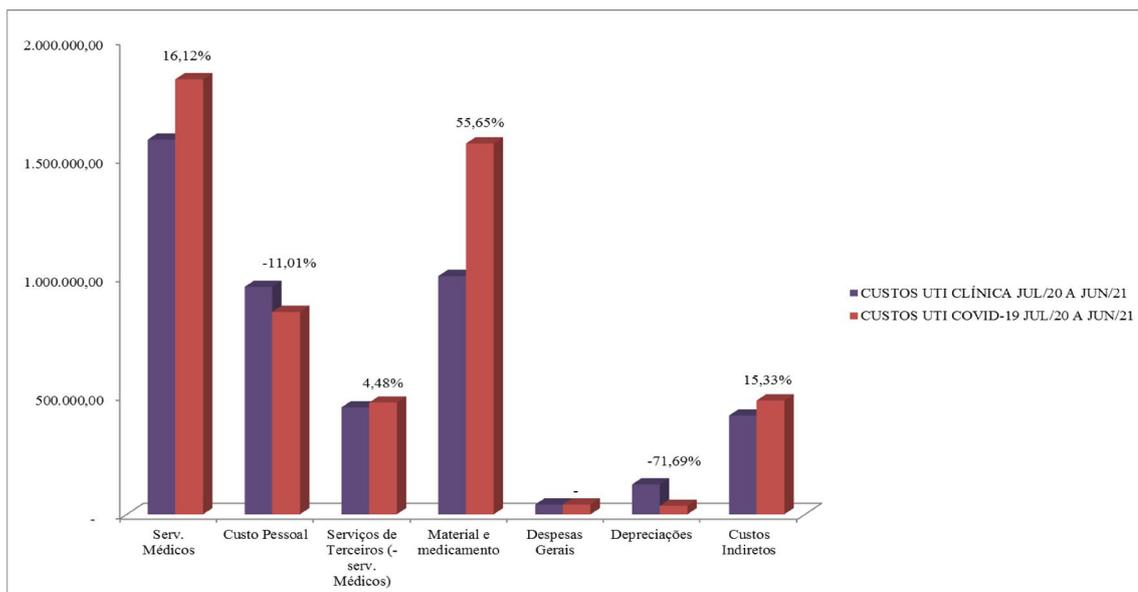
Figura 9 – Custo paciente-dia UTI Clínica jul/19 a jun/20 e jul/20 a jun/21.



Fonte: Dados da unidade hospitalar (2021), elaborado pela autora.

Ao tratar do custo com paciente-dia apresentado na UTI clínica antes e durante pandemia, conforme Figura 9, ocorre uma variação de 8,28% no ano pandêmico. O aumento é caracterizado pelo aumento de preços incidentes nos insumos necessários para o setor, os quais refletem diretamente no aumento dos custos totais e, conseqüentemente, no custo do paciente-dia que utiliza da estrutura.

Figura 10 – Comparação de custos UTI Clínica jul/20 a jun/21 e UTI COVID.

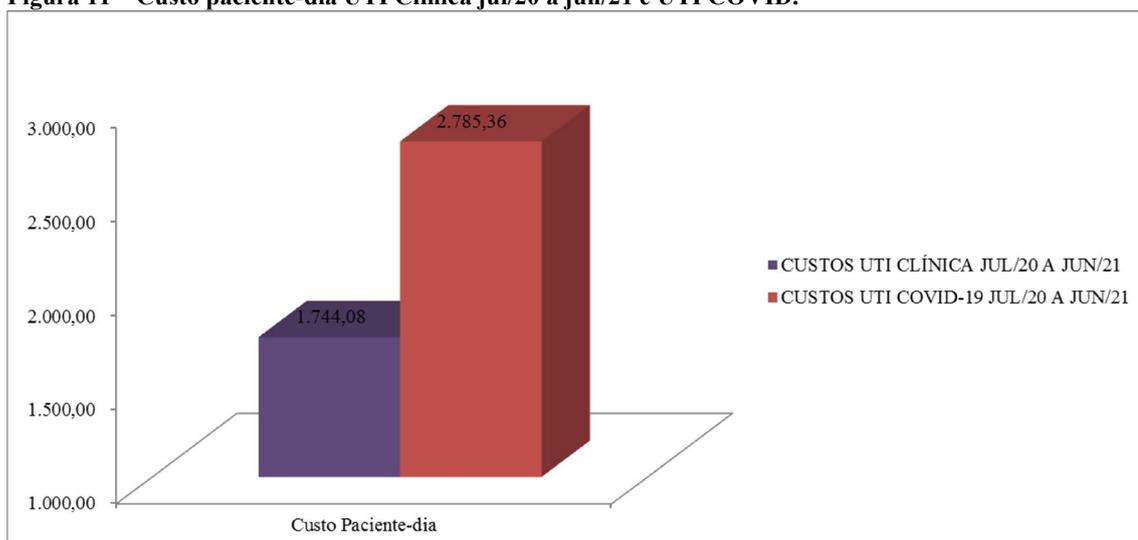


Fonte: Dados da unidade hospitalar (2021), elaborado pela autora.

Quando comparado o segundo exercício da UTI clínica (jul/20 a jun/21) com o mesmo período da UTI COVID-19, em pandemia, os custos totais são respectivamente R\$4.581.685,17 e R\$5.283.830,85, apresentando uma diferença superior de 15,33% na ala COVID.

A diferença de custos para manutenção de uma área especializada e isolada é evidenciada, conforme Figura 10, no aumento de 55,65% com os custos de materiais e medicamentos para a ala COVID com relação a UTI clínica, visto que a utilização desses insumos apresenta-se em maior quantidade por terem prazos curtos de substituição, para redobrar os cuidados com a disseminação e contágio pelo vírus e a escassez dos medicamentos no mercado por uma necessidade mundial dos mesmos insumos.

Figura 11 – Custo paciente-dia UTI Clínica jul/20 a jun/21 e UTI COVID.



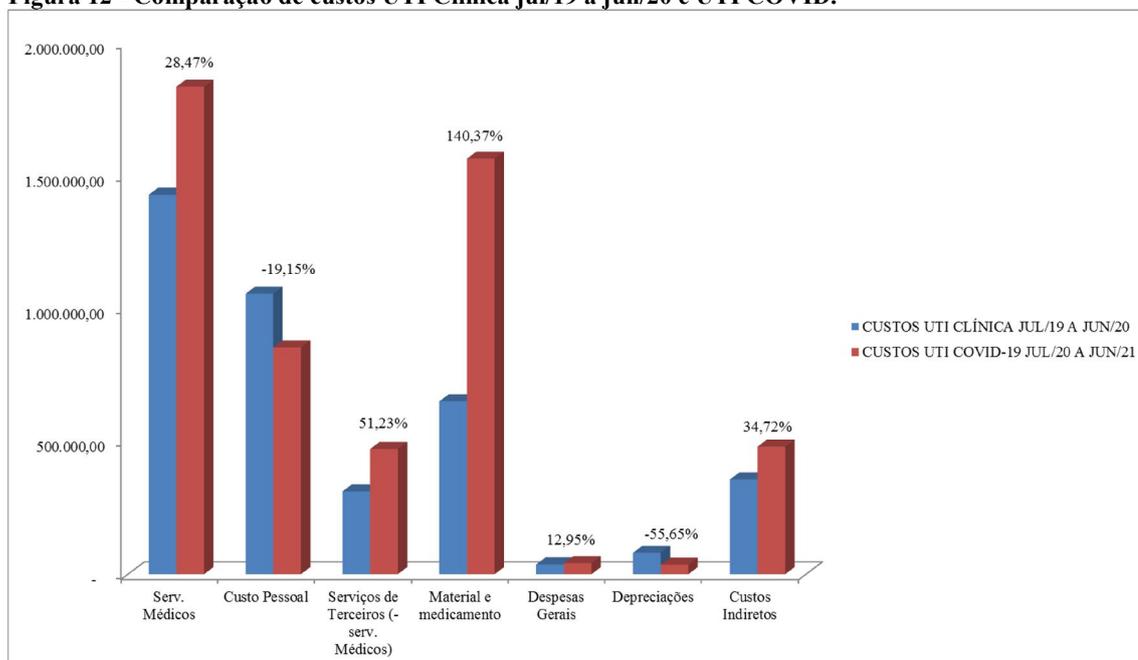
Fonte: Dados da unidade hospitalar (2021), elaborado pela autora.

Para fins de custos de paciente-dia, comparando o mesmo período no setor clínico e setor COVID conforme Figura 11, destaca-se um aumento de 59,70% para os que utilizaram do espaço destinado ao tratamento dos infectados.

A principal característica desta variação a maior para pacientes na ala COVID é por ser um setor insalubre. Uma vez que o período analisado é o mesmo, têm-se que o aumento de preços impactou em ambos os setores, logo a principal característica do aumento no custo do paciente-dia deste período deve-se a insalubridade e a quantidade de equipamentos e insumos utilizados para o tratamento do paciente e pela equipe de trabalho com o intuito de reduzir a chance de contágio dos funcionários, refletindo diretamente nos custos totais do setor.

Desta forma, o custo do paciente-dia também torna-se maior, posto que é calculado sobre o custo total do setor e a quantidade de paciente-dia no período.

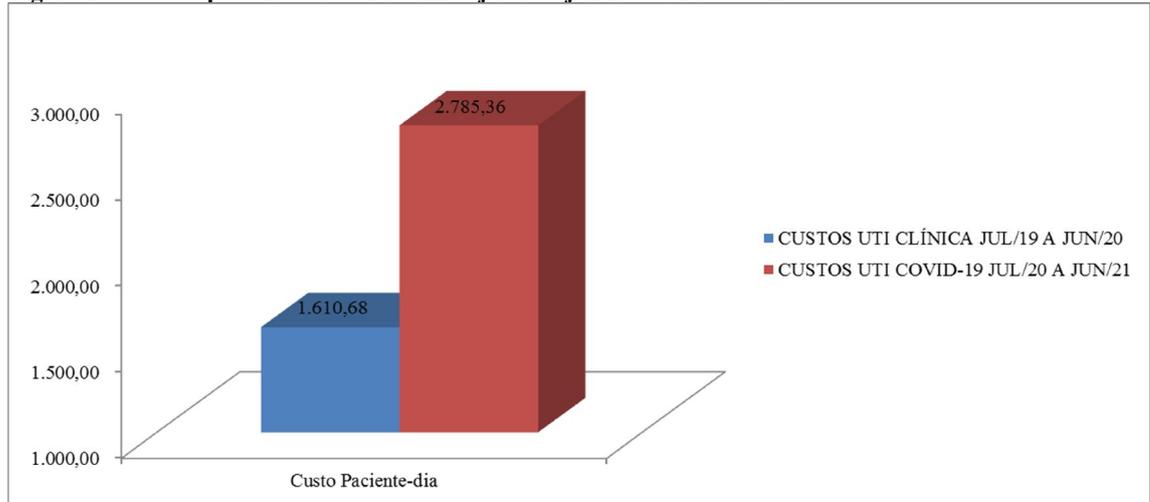
Figura 12 - Comparação de custos UTI Clínica jul/19 a jun/20 e UTI COVID.



Fonte: Dados da unidade hospitalar (2021), elaborado pela autora.

É evidente, principalmente, o impacto da pandemia quando compara-se os custos da UTI clínica no primeiro exercício (jul/19 a jun/20), quando ainda não havia o vírus, com os custos da UTI COVID-19. Observa-se na Figura 12 a diferença de custos com materiais e medicamentos, totalizando R\$651.040,76 na clínica e R\$1.564.914,08 na ala COVID, o aumento expressivo de 140,37% é justificado devido ao aumento de preços dos insumos utilizados, conforme exemplos na Figura 14, e também à quantidade adquirida pela entidade no período pandêmico. O impacto nos custos com serviços médicos deve-se, entre outros fatores, pela incidência da insalubridade no setor da UTI COVID.

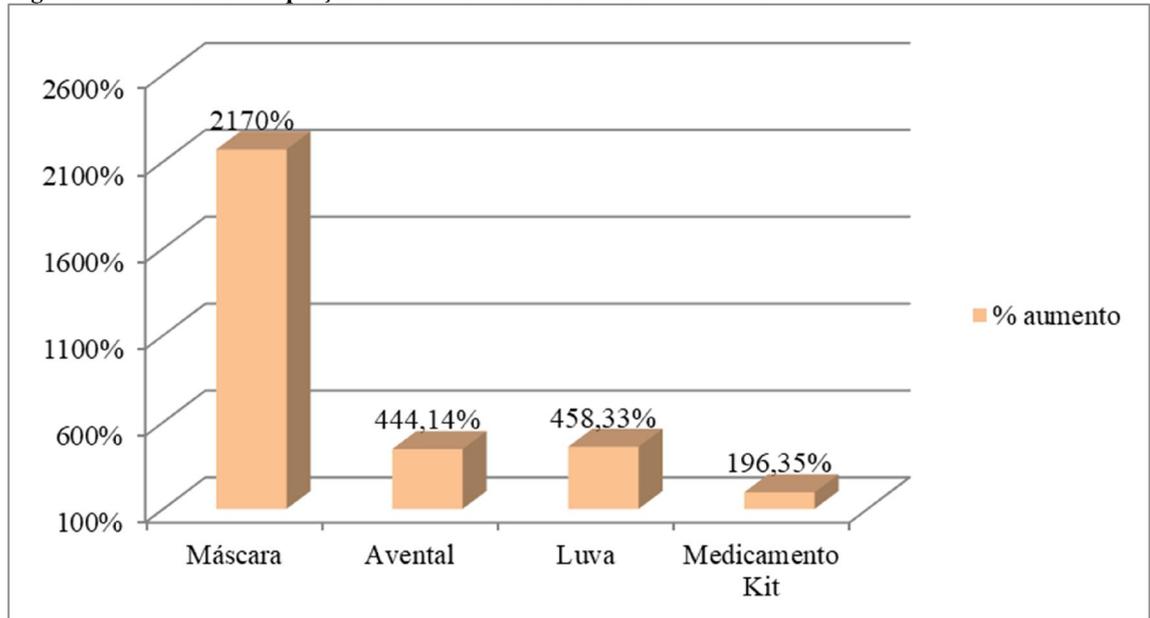
Figura 13 – Custo paciente-dia UTI Clínica jul/19 a jun/20 e UTI COVID.



Fonte: Dados da unidade hospitalar (2021), elaborado pela autora.

Na variação do custo com paciente-dia ao comparar o período pré pandêmico na UTI Clínica, de julho/2019 a junho/2020, com a UTI COVID, conforme Figura 13, destaca-se um aumento de 72,93%. O aumento caracteriza todos os impactos que a pandemia acompanhou, sendo eles: aumento de preços dos materiais e medicamentos pela grande procura e pouca oferta devido à necessidade mundial, aumento de quantidades de equipamentos de proteção utilizados pela fácil contaminação e por ser um setor insalubre para os funcionários que ali atuam.

Figura 14 – Aumento nos preços de EPI's e medicamentos entre 2019 e 2020.



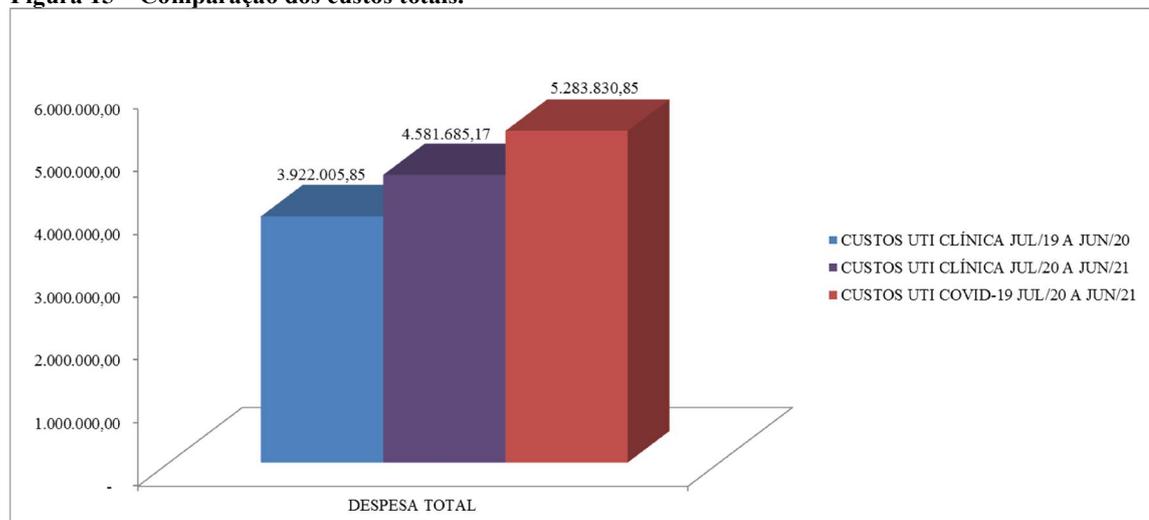
Fonte: Dados da unidade hospitalar (2020), elaborado pela autora.

Ao tratar da variação de preços, mencionada nas comparações, dos EPI's utilizados na unidade hospitalar, destacaram-se três equipamentos de proteção e um medicamento que registraram um aumento expressivo de preços quando analisado seus valores no ano de 2019 em comparação com 2020, ano pandêmico. Os dados apresentados na Figura 14 são da Unidade Hospitalar objeto de estudo e foram alocados na pesquisa para agregar o conhecimento e sustentar a análise dos aumentos de custos nas comparações que caracterizam-se pela variação do preço dos insumos.

Conforme Figura 14, as máscaras, indispensáveis para combate à disseminação da COVID, registraram um aumento de 2.170% de custo no preço unitário ofertado pelos fornecedores quando comparado o valor pré e durante pandemia, assim como as luvas descartáveis registraram um aumento de 458,33% e, por seqüência, os aventais descartáveis impermeáveis com 444,14% de aumento.

Ao analisar o custo gerado pelos medicamentos de sedoanalgesia que continham no kit intubação para tratamento do vírus, neste mesmo período, um deles registrou aumento de 196,35%.

Figura 15 – Comparação dos custos totais.



Fonte: Dados da unidade hospitalar (2021), elaborado pela autora.

Desta forma, com base nas análises realizadas e na Figura 15, é evidente que a necessidade da abertura de uma ala especializada e isolada impactou nos custos da unidade hospitalar estudada. Nota-se, também, após as comparações realizadas que os custos incidentes na ala da UTI COVID-19 são, em sua maioria, significativamente maiores e que além de registrar um grande custo com a

ala de cuidados próprios para infectados com o vírus, a pandemia afetou os custos dos outros setores da unidade hospitalar, neste estudo tem-se o exemplo da UTI clínica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo tem como proposta trazer uma comparação de custos diretos, indiretos e com o paciente-dia nos setores de UTI clínica e UTI COVID-19, com o intuito de evidenciar o reflexo da pandemia nestes custos e considerando o quão caro é a manutenção de uma área especializada para combate de uma pandemia.

Este estudo dedicou-se a analisar o impacto da pandemia nos custos de uma unidade hospitalar de média complexidade situada nos Campos de Cima da Serra do Rio Grande do Sul com período abrangendo entre julho/2019 à junho/2021, onde buscou-se evidenciar os principais aumentos incorridos nos custos e suas características. Para apuração destes dados utilizou-se informações contábeis fornecidas pela entidade e pesquisas bibliográficas em livros e documentos. Após o levantamento destes dados pode-se realizar as comparações para apurar os valores referentes ao objetivo do estudo.

Este estudo teve como problemática identificar quais foram os impactos decorrentes da pandemia ocasionada pela COVID-19 nos custos hospitalares da unidade de terapia intensiva (UTI) entre 2019 e 2021, pôde-se observar, na primeira comparação entre os dois períodos de UTI clínica, que a pandemia afetou nos custos desse setor principalmente pelo aumento de preços, o que é evidenciado no aumento de 54,43% com materiais e medicamentos. Já na UTI COVID-19, por ter apenas um exercício para análise, nota-se que o principal impacto que a pandemia ocasionou foi no aumento de quantidade de EPI's utilizados devido à insalubridade do setor, dessa forma com a necessidade mundial e a falta de oferta pelos fornecedores gera-se automaticamente um aumento de preços que também impacta no setor. Ao alocar o aumento dos valores de alguns dos EPI's mais utilizados para prevenção do vírus têm-se que as máscaras apresentaram um aumento exorbitante de 2.170% no ano pandêmico, assim como os aventais registraram uma variação de 444,14%, as luvas de 458,33% e um dos medicamentos utilizados no tratamento dos infectados registrou aumento de 196,35%. Assim conclui-se que a pandemia, além de aumentar os custos da unidade hospitalar pela necessidade de uma setorização separada e isolada, impactou nos custos de outros setores devido a readequação da equipe da unidade hospitalar com a utilização diária dos equipamentos de proteção e ao aumento dos preços dos materiais e medicamentos essenciais oferecidos pelos fornecedores, dado que registrou aumento em todas as comparações realizadas nesta pesquisa.

O estudo teve por objetivo analisar e comparar os custos incidentes na UTI clínica e UTI COVID-19 com a incidência da pandemia, observando custos com a manutenção dos leitos e custos com paciente-dia nestas duas alas no decorrer de 2019 a 2021 através de dados contábeis disponibilizados pela unidade hospitalar, logo verifica-se que pelos resultados apresentados é possível identificar os custos totais incidentes nestes setores e o custo com o paciente-dia durante o período analisado, assim como as características dos aumentos ocorridos. Após a alocação dos dados constatou-se que a UTI clínica no período pré pandemia, abrangendo julho/2019 a junho/2020, registrou um custo total de R\$3.922.055,85 para manutenção dos leitos e uma média de R\$1.610,68 de custo com paciente-dia. O mesmo setor, com a incidência da pandemia em julho/2020 a junho/2021, registrou um custo total de R\$4.581.685,17 e uma média de R\$1.744,08 com paciente-dia. Sendo assim, com a pandemia houve um aumento de 16,82% nos custos totais e de 8,28% no custo com paciente-dia. Ao analisar a UTI COVID-19 no período de julho/2020 a junho/2021 registrou-se um custo total de R\$5.283.830,85 e um custo médio com paciente-dia de R\$2.785,36. Na comparação entre estes dados da ala isolada com os do mesmo período na UTI clínica pode-se observar a diferença de custos que um setor especializado gera para a unidade hospitalar. Observa-se, assim, que os custos totais e o custo com paciente-dia registraram, respectivamente, um aumento de 15,33% e de 59,70% na UTI COVID-19, sendo que o principal aumento de custos registrado foi com materiais e medicamentos de 55,65%. Quando comparado os custos do período pré pandemia da UTI clínica, abrangendo julho/2019 a junho/2020, com os custos da UTI COVID-19 observa-se a influência da pandemia ao registrar um aumento de 34,72% nos custos totais e de 72,93% no custo médio de paciente-dia no que tange os custos da UTI COVID-19. Estes dados caracterizam-se pelo aumento de preços dos insumos oferecidos pelos fornecedores, os quais por diversas vezes foram de difícil aquisição visto a necessidade mundial dos mesmos produtos. Após a comparação dos dados, conclui-se que a pandemia impactou diretamente com a necessidade de abertura de um novo setor de UTI destinado especificamente para casos de infecção com o vírus, mas também nos custos totais dos outros setores, sendo analisado neste estudo os custos da UTI clínica.

Através deste estudo foi possível fazer uma análise de quais foram os custos mais impactados com a pandemia nos setores de UTI clínica e UTI COVID-19 no período delimitado. O estudo mostra a importância da correta alocação dos custos para realização de análises com o intuito de identificar seus aumentos e causas, assim como auxilia a gestão a tomar decisões futuras para atuar na redução destes custos.

Tendo em vista a dificuldade do entendimento dos custos hospitalares e a atualidade do proposto, o presente estudo poderá ser utilizado pela unidade hospitalar para análise dos custos no

período abrangente entre julho/2019 e junho/2021 nos setores de UTI clínica e UTI COVID-19, assim como por outras entidades que busquem analisar os impactos da pandemia em seus custos para tomadas de decisões futuras. Além disso, o estudo também poderá servir como base para futuros estudos acadêmicos e realizações de pesquisa na área de custos hospitalares.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. **Introdução à gestão de custos em saúde**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/introducao_gestao_custos_saude.pdf Acesso em: 04 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2020 Disponível em: <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Covid19-OrientacoesManejoPacientes.pdf> Acesso em: 31 mai, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2021a Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>. Acesso em: 19 mar. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. 2021b. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/linha-do-tempo/> Acesso em: 27 mar. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf Acesso em: 06 out. 21.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Disponível em: <http://covid19.cff.org.br/equipamentos-de-protecao-individual-epis/> Acesso em: 03 jun. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2020/2271_2020.pdf Acesso em: 03 jun. 2021.

CORREIA, Vinícius Machado et al. **Manual de conduta na COVID-19**. – 1. ed. – Barueri, SP: Manole, 2020. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555760767/cfi/6/20!/4/2/10@0:79.2> Acesso em: 01 jun. 2021.

COUTO, Camille; PUENTE, Beatriz. Internações por Covid-19 duram, em média, 22 dias, aponta pesquisa. **CNN Brasil**, Rio de Janeiro, 15 mar. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/03/15/internacoes-por-covid-19-duram-em-media-22-dias-aponta-pesquisa> Acesso em: 03 jun. 2021.

FREITAS, Carlos Machado de et al. Boletim Observatório Covid-19. **Fio Cruz**. São Paulo, 16 mar. 2021. Disponível em:

https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-marco-16-red-red-red.pdf Acesso em: 27 mar. 2021

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf> Acesso em: 21 jun. 2021.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2018. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788597012934/cfi/6/10!/4/8@0:0> Acesso em: 21 jun. 2021.

GONÇALVES, Ernesto Lima. **Gestão Hospitalar: administrando o hospital moderno**. São Paulo : Saraiva, 2006. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788502088580/cfi/5/1/4/2@100:0.00> Acesso em: 19 jun. 2021.

Governo do Brasil. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/unidade-de-terapia-intensiva> Acesso em: 31 mai. 2021.

GUTH, Sergio Cavagnoli; PINTO, Marcos Moreira. **Desmistificando a produção de textos científicos com os fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Scortecci, 2007.

HENDRIKSEN, Eldon S.; BREDÁ, Michael F. Van; **Teoria da contabilidade**. 1. ed. São Paulo : Atlas, 2018. Acesso em: 28 mai. 2021.

IUDICIBUS, Sérgio de. **Teoria da contabilidade**. 12. ed., atual. São Paulo : Atlas, 2021. Acesso em: 27 mai. 2021.

LAGIOIA, Umbelina Cravo Teixeira et al. Estudo sobre métodos de custeio em instituições hospitalares. **IX Congresso Brasileiro de Custos**, São Paulo, out. 2002. Disponível em: <file:///C:/Users/Acer/Downloads/2736-2736-1-PB.pdf> Acesso em: 03 jun. 2021.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788597010770/cfi/6/14!/4@0:0> Acesso em: 10 abr. 2021.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 9. ed. - São Paulo: Atlas, 2021. Acesso em: 23 mai. 2021.

MARION, José Carlos. **Contabilidade básica**. 12. ed. São Paulo : Atlas, 2018. Acesso em: 26 mai. 2021.

MARTINS, Domingos. **Custos e Orçamentos Hospitalares**. São Paulo: Atlas, 2000. Acesso em: 01 set. 2021.

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de Custos**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2018. 381 p. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788597018080/cfi/6/30/4/96/2@0:51.3>. Acesso em: 20 mar. 2021.

MARTINS, Eliseu; ROCHA, Welington. **Métodos de Custeio Comparados**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2015. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788522498314/cfi/3!/4/4@0.00:0.00> Acesso em: 04 abr. 2021.

MATIAS-PEREIRA, José. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 4. ed. – São Paulo: Atlas, 2019. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788597008821/cfi/6/36!/4/2/4@0:0> Acesso em: 19 jun. 2021.

MOREIRA, Ardilhes; PINHEIRO, Lara. **OMS declara pandemia de coronavírus**. G1, 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/11/oms-declara-pandemia-de-coronavirus.ghtml> Acesso em: 19 mar. 2021.

PADOVEZE, Clóvis Luís. **Contabilidade de custos: Teoria, Prática, Integração com Sistemas de Informações (ERP)** – São Paulo : Cengage Learning, 2013. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788522113835/pageid/4> Acesso em: 20 out. 2021.

RIBEIRO, Osni Moura; RIBEIRO, Natália Moura. **Gestão organizacional: com ênfase nas organizações hospitalares**. 1.ed. São Paulo: Saraiva, 2017. Acesso em: 28 mai. 2021.

SAMPIERI, Roberto Hernández et al. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre : Penso, 2013. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788565848367/cfi/1!/4/2@100:0.00> Acesso em: 04 jun. 2021.

SCHLINZ, Marcos Paulo. O que é unidade de terapia intensiva? **IESPE**, Juiz de Fora, 5 abr. 2016. Disponível em: <https://www.iespe.com.br/blog/o-que-e-unidade-de-terapia-intensiva/#:~:text=A%20Unidade%20de%20Terapia%20Intensiva,Florence%20Nightingale>. Acesso em: 31 mai. 2021.