







CUSTO DA INTERNAÇÃO DE PACIENTES COM BRONQUIOLITE: UM ESTUDO DE CASO EM HOSPITAL PRIVADO

COST OF HOSPITALIZATION FOR PATIENTS WITH BRONCHIOLITIS: A CASE STUDY IN PRIVATE HOSPITAL

COSTO DE LA HOSPITALIZACIÓN PARA LOS PACIENTES CON BRONQUIOLITIS: UN ESTUDIO DE CASO EN HOSPITAL PRIVADO

Jacira Doralice Paccez

Universidade Federal de São Paulo Jc.ispm@gmail.com

Maykon Anderson Pires de Novais

Universidade Federal de São Paulo maykon@cpes.org.br

Chennyfer Dobbins Paes da Rosa

Universidade Nove de Julho hennyferr@yahoo.com.br

Mario Ivo Serinolli

Universidade Nove de Julho mserinolli@gmail.com

Paola Zucchi

Universidade Federal de São Paulo pzucchi@cpes.org.br

Submetido em: 29/06/2015 Artigo aceito em:20/10/2015

DOI 10.21450/rahis.v13i1.2950

Resumo

A análise de custos hospitalares tem sido um desafio para os gestores de saúde; serve de instrumento de gestão e de acompanhamento da qualidade assistencial, subsidia as tomadas de decisão, negociações e a política estratégica de investimentos. Este artigo analisa o comportamento dos custos em relação as abordagens clínicas e terapêuticas em pacientes internados com diagnóstico de bronquiolite. O método utilizado foi um estudo de caso cuja unidade de análise trata-se de um hospital privado do município de São Paulo. Utilizados 103 prontuários: 65% pacientes com bronquiolite internados em apartamento e 35% Unidades de Terapia Intensiva. O custo médio com oxigênio foi de R\$1.125,17; inalação de R\$481,75 e medicamentos de R\$307,00. O tempo de internação foi em média 4,55 dias, com o valor por internação foi de R\$6.607,45 (R\$ 1.452,18/dia). Concluiu-se que a determinação do custo da diária de internação de pacientes com diagnóstico de bronquiolite é útil para propor pacotes; determinando margens de lucro e de negociação entre os hospitais privados e as fontes pagadoras, além de ofertar informações atualizadas do valor faturado versus a receita líquida dos pacientes estudados.

Palavras chaves: Contabilidade de custos; Gestão de custos; Administração hospitalar.

Abstract

The hospital cost analysis has been a challenge for health managers; It serves as a management and monitoring quality of care instrument, subsidizes decision-making, negotiations and strategic investment policy. This article analyzes the behavior of costs in relation to clinical and therapeutic approaches in patients admitted with the diagnosis of bronchiolitis. The method used was a case study whose unit of analysis was a private hospital in São Paulo. Used 103 charts: 65% patients with bronchiolitis admitted to apartment and 35% in intensive care units. The average cost of oxygen was R\$ 1,125.17; inhalation was R\$ 481.75 and medications was R\$ 307.00. The length of stay was 4.55 days on average, with the value per hospitalization was R\$ 6,607.45 (R\$ 1,452.18/day). It was concluded that the determination of the daily cost of hospitalization of patients diagnosed with bronchiolitis is useful to propose packages; determining profit margins and trading among private hospitals and payers, and provides updated information from the billed amount versus net income of the patients.

Key words: Cost Accounting; Cost Management; Administration hospital.

Resumen

El análisis de los costos del hospital ha sido un reto para los gerentes de salud; Sirve como una calidad de la gestión y seguimiento de instrumentos de atención, subsidia la toma de decisiones, las negociaciones y la política de inversión estratégica. En este artículo se analiza el comportamiento de los costos en relación con los enfoques clínicos y terapéuticos en pacientes ingresados con diagnóstico de bronquiolitis. El método utilizado fue el estudio de un caso cuya unidad de análisis fue un hospital privado de São Paulo. Usado 103 cartas: 65% de los pacientes con bronquiolitis ingresados en apartamento y 35% en unidades de cuidados intensivos. El costo promedio de oxígeno fue de R\$ 1,125.17; inhalación fue de R\$ 481,75 y medicamentos fue de R\$ 307,00. La duración de la estancia fue 4,55 días de media, con el valor de hospitalización de R\$ 6,607.45 (R\$ 1,452.18/día). Se concluyó que la determinación del coste diario de la hospitalización de los pacientes diagnosticados con bronquiolitis es útil para proponer paquetes; la determinación de los márgenes de beneficio y el comercio entre los hospitales privados y los contribuyentes, y proporciona información actualizada de la cantidad facturada en comparación con los ingresos netos de los pacientes.

Palabras-clave: Contabilidad de Costos, Gestión de Costes, Hospital de la Administración.

INTRODUÇÃO

Os setores hospitalares demandam grande quantidade de recursos para sua implantação e operação, sendo que, os equipamentos acabam tendo vida útil relativamente curta e os gastos são demasiadamente altos pela própria característica dos pacientes atendidos (BEULKE & BERTÓ, 2008).

Atualmente, os hospitais têm buscado controlar seus gastos, pois o ambiente moderno tem se mostrado a favor das transformações e a competitividade não só por qualidade, mas por menor custo tem sido considerada. Indiscutivelmente, a resolutividade em relação aos quesitos tempo e eficácia dos atendimentos, a qualidade médico-assistencial e administrativa, e o custo baixo, são os maiores indicadores de desempenho de hospitais que visam a excelência dos seus serviços (MARTINS, 2010).

Para Martins 2010, a eficácia em custos, um dos elementos da excelência hospitalar, "corresponde à produção dos serviços hospitalares com o menor custo possível, em comparação com outros hospitais semelhantes, mesmo que o hospital opere com base que não sejam seus custos". Todavia, para que o hospital trabalhe com o menor custo e ao mesmo tempo atenda as prerrogativas da qualidade, é imprescindível o conhecimento da construção destes custos, não somente o quanto foi gasto, mas como, porque e para que foi gasto. Assim sendo, o custo passa a ser visto não apenas como um resultado fim, mas também como um meio de mensuração da eficiência da utilização dos recursos e do tempo.

Estas informações e sua acurácia podem subsidiar tomadas de decisão referentes a objetos de custo e objetivos da organização, assim como basear estimativas e previsões. Principalmente em se tratando de hospitais que optam pelo trabalharem com complexidade (diversidade de especialidades médicas e pacientes graves), onde os geradores de custos serão, obrigatoriamente, a tecnologia necessária à verticalização dos processos assistenciais, a contratação de mão-de-obra qualificada e as terceirizações, devido a todos custos fixos e/ou

indiretos serem crescentes nessas organizações hospitalares. Outra situação que torna a problemática dos custos ainda mais preocupante é a escalada dos custos fixos e indiretos. Também as empresas prestadoras de serviços em saúde, assim como no setor industrial, têm evidenciado um aumento das despesas indiretas com equipamentos e com desenvolvimento tecnológico (BEULKE & BERTÓ, 2008).

Os custos de um processo produtivo devem ser estudados, pois, os mesmos consistem em investimento de recursos no presente e que após sua transformação em bens ou serviços irão gerar recursos no futuro. Eles podem ser classificados conforme sua utilização no processo produtivo de um bem ou serviço, podendo ser diretos e indiretos (SOUZA, 2013).

Custo direto são todos os custos de matéria-prima, materiais e mão-de-obra diretamente ligados ao produto ou serviço final.

Custo indireto são os custos de materiais, pessoal e insumos que não podem ser atribuídos diretamente ao produto e precisam ser definidos critérios de rateio para integrarem o custo do produto ou do serviço (SOUZA, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, o controle de custos em saúde serve como instrumento eficaz de gestão e monitoramento dos serviços. O acompanhamento dos custos dos serviços permite entender e avaliar a eficiência da operação. Quando existe um entendimento adequado do comportamento da estrutura de custos envolvida, é possível promover a implantação de melhorias nos processos envolvidos, com o objetivo de alavancar o desempenho dos serviços públicos em saúde (BRASIL, 2006).

Na área da saúde é também crescente a tendência de aumento com mão-de-obra especializada e qualificada, os recursos tecnológicos não executam serviços independentes da presença dos profissionais (MARTINS, 2010).

Cogan em 1998, relata que as elevadas despesas hospitalares ficam por conta dos custos indiretos e dos custos fixos, principalmente em salários e encargos de mão-de-obra.

É fundamental um programa de conhecimento e controle de custos para a área de prestação de serviços em saúde. Conforme a Associação Americana de Hospitais, existem duas classificações do processo de controle de gastos: (1) um sistema básico de informações de custos e (2) um sistema de contabilidade de custos. O primeiro apenas aloca as despesas nos departamentos ou centros consumidores (Centros de Custos) e o segundo individualiza as despesas, analisando os custos por pacientes, diagnósticos, médicos pagadores (MARTINS, 2010).

Refletindo sobre a importância do controle dos custos nas instituições hospitalares, buscou-se na literatura como é o comportamento dos gastos com as internações de pacientes internados com quadro de bronquiolite e pouco se descreve sobre o assunto. No Brasil não foram divulgados estudos específicos avaliando o custo direto desta doença. Portanto, pretende-se responder a seguinte questão: Qual o custo direto dos pacientes internados com diagnóstico de bronquiolite em uma instituição privada?

Escolheu-se essa patologia pois é uma das principais doenças infecciosas das vias aéreas inferiores que acomete crianças nos primeiros dois anos de idade, com pico de incidência em bebês menores de 12 meses, sendo um diagnóstico frequente de internação hospitalar em pediatria, principal foco de atendimento do hospital estudado.

A bronquiolite nada mais é que a inflamação dos bronquíolos. Estima-se que 2/3 dos bebês desenvolvem essa doença no primeiro ano de vida sendo a justificativa principal o fato das vias aéreas serem menores, os pulmões e sistema imunológico ainda não estão completamente desenvolvidos.

Dentre os sintomas mais comuns são falta de ar com sibilos (algo semelhante a asma) a secreção nasal e pulmonar, tosse, eventualmente febre.

Dentre os estudos sobre os custos da internação por bronquiolite, encontrou-se o de Pelletier e colaboradores (2006), em Massachucets (Estados Unidos), que identificaram um

custo anual total de hospitalização desta patologia em cerca de 543 milhões de dólares, com custo médio de 3799 mil dólares por internação e na análise constataram que associada à pneumonia os custos praticamente eram o dobro.

Domingo et al (2006), em Valência estudaram a hospitalização por bronquiolite e outras infecções pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) em crianças abaixo de 2 anos e encontraram um custo hospitalar anual de 3.618.000 euros. Outros trabalhos vem analisando o alto custo da internação de crianças com diagnóstico de bronquiolite, agravado ao uso de medicações sem evidência de melhora na evolução da doença, realização de exames laboratoriais e radiológicos por vezes desnecessários ao acompanhamento da evolução da doença, justicando os objetivos deste estudo (PARAMORE et al, 2004; WEGNER et al, 2004; EHLKEN et al, 2005; CREERY et al, 2005; ROBINSON, 2008).

1.1 Objetivos

Pretende-se responder como objetivo geral: identificar o custo direto dos pacientes internados com diagnóstico de bronquiolite em uma instituição privada, e os objetivos específicos: descrever o comportamento da hospitalização por bronquiolite segundo as seguintes variáveis: tempo de internação, internação em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e existência de complicações.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Elementos básicos para a Apuração de Custos

A contabilidade é o método de identificar, mensurar e comunicar a informação econômica, a fim de permitir decisões e julgamentos adequados entre os gestores (IUDÍCIBUS, citado em NAKAGAWA, 1995).

A contabilidade mensura o custo, que nada mais é que a utilização normal de bens ou serviços no processo de produção de outros bens ou serviços, buscando a ocorrência de utilização de um recurso econômico e objetivo de produzir bens ou serviços.

Para ser considerado custo a utilização do recurso tem que ser normal e previsível dentro do processo produtivo. Se a utilização ocorrer de maneira anormal, em decorrência de um incêndio, por exemplo, a literatura contábil o classifica como perda, pois não é necessário à produção (MARTINS & ROCHA, 2010).

Os custos ocorrem tanto em indústrias de manufatura como em empresas de prestação de serviços. Na prestação de serviços a produção e o consumo ocorrem simultaneamente, pois os serviços não são estocáveis (MARTINS & ROCHA, 2010).

Existe o custo operacional que envolve os custos incorridos nas atividades produtivas da empresa em seu processo de produção ou de serviços finais, sendo acrescentados como despesas administrativas, financeiras e tributárias que existirem no período (MARTINS, 2010).

A evolução histórica da proporção (ou desproporção) entre os custos operacionais e o conjunto das demais despesas da empresa pode permitir que a avaliação de distorções globais em seus processos operacionais ou administrativos. Este método de demonstração também pode ser utilizado no cálculo do preço ou lucro unitário do produto (MARTINS, 2010).

Já quando se fala de custo padrão, deve ser entendido como a melhor proporção possível ou a proporção ideal entre os grupos de custos. Seria ideal, por exemplo, que os maiores grupos de custos fossem os custos diretos, consumidos diretamente no processo produtivo, e que os custos indiretos, representantes da infra-estrutura necessária à produção, fossem os menores possíveis (NAKAGAWA, 1995).

A despesa é a utilização de bens ou serviços nos processos administrativos, de comercialização e de geração de receita, com o objetivo de manter a atividade da empresa

como um todo e gerar receita. Em geral, podem ser administrativas, de vendas e marketing, financeiras e fiscais (MARTINS & ROCHA, 2010).

Pode-se citar como exemplo de despesas administrativas as instalações e os equipamentos de escritório utilizados nas seções da administração, todos os gastos relacionados ao consumo de energia elétrica, manutenção das máquinas e instalações, depreciação das máquinas e instalações, leasing, seguros, material de escritório etc. Também os salários, encargos sociais e benefícios do pessoal próprio ou terceirizado da administração geral. Para despesas de vendas e marketing pode-se exemplificar fretes, comissões de vendedores, salários encargos sociais e benefícios do pessoal do setor, depreciação e manutenção da área de vendas, inclusive veículos, gastos de publicidade, seguros de veículos; quanto as despesas financeiras tem-se os gastos referentes à remuneração do capital, próprio ou de terceiros, juros, variações monetárias e cambiais e em relação as despesas fiscais tributos, taxas, contribuições compulsórias, licenciamentos (MARTINS & ROCHA, 2010).

O dispêndio ou gasto é a compra de bens ou serviços. Gera necessariamente a obrigação de pagar, porém gasto e pagamento (ou desembolso) são eventos distintos, pois geralmente ocorrem em momentos diferentes (MARTINS & ROCHA, 2010).

Já investimento são os gastos havidos pela aquisição de bens ou serviços, que serão estocados nos Ativos da empresa, para baixa ou amortização por ocasião de sua venda, do seu consumo, do seu desaparecimento ou de sua desvalorização (MARTINS, 2010).

Assim, os recursos adquiridos e estocados dentro do hospital apenas serão custos se forem utilizados nos processos internos de atendimento dos pacientes, pois os medicamentos poderão ter sua data de validade vencida, constituindo perdas, ou poderão ser emprestados ou doados a outras instituições, diretamente do almoxarifado, constituindo transferências (MARTINS, 2010).

A unidade de produto refere-se a cada exemplar individual do produto. O conceito conduziria à idéia de custo unitário, considerando-se que o mercado é movido por meio de transações em torno da unidade. Destaca assim a importância da informação do custo unitário ao vendedor e à empresa. Complementa que o grande problema é determinar que elementos computar, pois cada método de custeio leva a um custo unitário diferente (KAPLAN & COOPER, 1998).

Os métodos de custeio diferem entre si no que consideram custo do produto, em contraposição ao que consideram encargos do período ou as despesas. As principais categorias de custo são os custos fixos, custos variáveis, custos diretos e custos indiretos. Estas categorias principais podem ser combinadas entre si, gerando subcategorias que possuem características mistas (MARTINS & ROCHA, 2010).

Em economia, estuda-se principalmente os custos fixos e variáveis, como componentes do custo total, sendo considerado custo total a soma do custo total fixo mais o custo total variável (MARTINS & ROCHA, 2010).

Os custos fixos são aqueles custos que não variam em relação à taxa de produção (capacidade produtiva máxima das instalações). Estes custos geralmente permanecem inalterados em qualquer nível de utilização da capacidade produtiva instalada, considerando apenas o curto prazo. Assim, até se a empresa estiver com suas atividades paralisadas, estes custos permanecem existindo, já as despesas fixas estruturais são necessárias para dar sustentação administrativa e de apoio à empresa como um todo, poderão aumentar no médio ou longo prazos se houver investimento no aumento da capacidade produtiva (FALK, 2001).

Os custos fixos podem ser afetados pela quantidade produzida e pelo volume de produção além de poderem ser alterados por mudanças nas decisões táticas da organização. Seus valores podem ser ajustados aos diferentes níveis de atividade, dentro dos limites da capacidade instalada. Pode-se citar os salários e encargos, depreciação de ferramentas, desgaste e reposição de equipamentos operacionais, gastos com gerência da produção e

treinamento operacional. Podem ser ajustados no curto prazo de acordo com as variações das necessidades da produção (FALK, 2001).

Os custos fixos, por referirem-se geralmente ao período de aquisição, podem gerar perdas nas parcelas não consumidas ou não utilizadas durante o período de contratação, a exemplo dos aluguéis (KAPLAN & COOPER, 1998).

Já considera-se como custos variáveis os que incorrem pela utilização de insumos variáveis no processo de produção, incluem-se matérias-primas, materiais, medicamentos, energia elétrica, dentre outros. Para os economistas o que importa é a visão agregada do processo produtivo, envolvendo tudo o que foi gasto para produzir a mercadoria ou o serviço, diferentemente da técnica contábil (FALK, 2001).

O valor do custo variável unitário não é necessariamente constante e exato, a quantidade de insumos utilizada pode ser afetada por variações na composição dos materiais, por oscilações na eficiência de sua aplicação, pela manutenção e aferição dos equipamentos ou pela variação dos preços dos insumos (MARTINS & ROCHA, 2010). Por exemplo, se dividir o valor do aluguel mensal do andar pela quantidade de dias do mês e pela quantidade de leitos diários existentes temos: aluguel mensal do andar = R\$ 10.000,00 dividido por 30 dias para 20 leitos diários disponíveis = R\$ 33,33 por dia. Se a quantidade de leitos/dia disponíveis aumentar para 40, este valor cai para R\$ 8,33. No caso acima possivelmente estão ocorrendo perdas. Esta diferença de valor pode ser tratada como custo de ociosidade.

Conforme Martins e Rocha, 2010, a classificação dos custos em diretos e indiretos identifica o nível de precisão da mensuração de cada elemento de custo em relação a determinada entidade de objeto de custeio.

Para os mesmos autores, para o custo direto é necessário que haja um fator ou medida de consumo por meio do qual seja possível mensurar a quantidade de recursos consumidos, por exemplo, os salários dos supervisores de produção são custos diretos em determinado departamento produtivo. Se o departamento possui apenas uma linha de produção, estes custos de supervisão também serão atribuídos diretamente ao produto final. Porém, se a linha de produção gerar produtos diferentes, A e B, os custos de supervisão terão de ser divididos e rateados entre os diversos tipos de produtos gerados, constituindo custos indiretos, pois nem são atribuíveis direta e integralmente a cada produto ou serviço.

Por isso, deixa-se claro que os custos diretos são caracterizados pela identificação direta, a apropriação ser objetiva; mensuração precisa; não ter alocação subjetiva nem arbitrária e não realizar estimativas ou aproximações (FALK, 2001). Pode-se citar como custos diretos em hospitais, os medicamentos ministrados aos pacientes, os materiais de enfermagem, curativos, exames solicitados, gases medicinais e os honorários médicos contratados com base em procedimentos médico-hospitalares.

Os custos indiretos por sua vez, são alocados a cada objeto de custeio por meio de estimativas, rateios e aproximações. Sua precisão é inferior à dos custos diretos e também pode conter certo grau de subjetividade ou juízo de valor (NAKAGAWA, 1995).

Existem diferentes técnicas de cálculo e graus de precisão na apuração dos custos indiretos, o montante percentual desta categoria de custos tem aumentado gradativamente na atualidade e sua apuração incorreta pode ocasionar graves distorções nas informações contábeis.

2.2 Sistemas de Custeio

Cada organização possui características próprias de produção, podendo formar diversas proporções na distribuição entre os custos, sejam eles fixos e/ou variáveis; diretos e/ou indiretos. As necessidades de gerenciamento contábil também mudarão conforme a empresa utilize em seu processo produtivo maior ou menor quantidade de capital fixo, por

exemplo. Nestes casos, será necessária maior precisão na apuração dos custos fixos e/ou indiretos.

As principais diferenças entre os métodos consistem no que cada método considera como custo de produto em contraposição ao que é tratado como encargo de período e registrado diretamente na demonstração de resultados da organização (MARTINS & ROCHA, 2010).

Estes sistemas de custeio também conduzirão a resultados diferentes e possuem diferentes métodos de apuração — mais simples ou mais demorados; mais ou menos dispendiosos; mais amplos ou setorizados (FALK, 2001).

Dentre os sistemas mais comuns na área de prestação de serviços, pode-se destacar: Custeio por Absorção (integral ou pleno), Custeio Direto e Custeio por Atividades.

O custeio por absorção é uma metodologia decorrente do princípio contábil, diferenciando-se de outros métodos pois tem, como critério a apropriação de todos os custos de produção aos bens ou serviços (NAKAGAWA, 1995).

Oficialmente a legislação exige o custeio por absorção e obriga que todos os custos diretos e indiretos, ligados à produção, sejam incorporados ao produto. Desobriga a incorporação dos gastos relativos à administração da produção, ao setor de compra, à contabilidade e outros setores de difícil apropriação (NAKAGAWA, 1995).

Entende-se que as informações geradas pelo sistema de custeio por absorção serão de maior importância em instituições que não dispõem de qualquer método eficaz ou sistema básico contábil ou de controle de custos, pois estão impossibilitados de estabelecerem parâmetros precisos de definição dos seus preços finais (MARTINS & ROCHA, 2010).

Este sistema atribui ao produto todos os custos de produção (operacionais) e também os gastos fixos de administração e de vendas (MARTINS & ROCHA, 2010).

Do ponto-de-vista gerencial permite calcular o custo realmente pleno de se produzir, administrar, vender, e financiar todas as operações da empresa. O conhecimento da lucratividade final do capital empregado na operação ampla da empresa nem poderia omitir qualquer destes itens em seu cálculo (BRASIL, 2006).

O custeio direto trata-se de um sistema onde são considerados os custos individualmente mensuráveis e envolvidos especificamente na produção ou no serviço prestado, por exemplo, os salários dos supervisores de uma unidade de internação específica, os medicamentos ministrados aos pacientes e os materiais de enfermagem consumidos (NAKAGAWA, 1995).

O principal problema deste método constitui que os gastos indiretos (rateáveis) tem aumentado significativamente em proporção aos gastos diretos nos serviços de saúde, sendo que, se o hospital utilizar esse tipo de sistema de custeio poderá obter falhas de apuração de custos pois não irá contabilizar por exemplo rateio de energia elétrica, água, telefone, porém se for para ter um valor a curto prazo para fins de decisão e controle urgentes, esse é um método aconselhável, pois é simples, ágil, permite que as informações sobre o consumo dos insumos variáveis ou diretos, utilizados na linha de produção, sejam rapidamente obtidas e utilizadas a curto prazo (MARTINS & ROCHA, 2010).

Outro sistema de custeio muito utilizado pelos serviços de saúde é a *Activity Based Costing* (custeio ABC), trata-se de um método pelo qual os custos indiretos de fabricação e as despesas são atribuídos as atividades e depois são alocados aos produtos/serviços ou outros objetos de custo, por meio dos direcionadores de custos (FALK, 2001).

O sistema de custo ABC tem como finalidade obter informação mais apurada dos custos relacionados a produção de produtos ou execução de um serviço. Desse sistema de custo se identifica com mais exatidão o real custo de uma atividade realizada em relação a sua finalidade por meio de uma racionalização das atividades e onde foram empreendidas (KHOURY & ANCELEVICZ, 2000).

O ABC utiliza as atividades desenvolvidas nos processos de operação da empresa como ligação dos custos indiretos aos objetivos de custos aos objetivos de custos, definidos como produtos, linhas de produtos, serviços, clientes, dentre outros. Esse modelo determina através das atividades onde foram aplicadas as mesmas, onde e como os custos serão distribuídos, para qual produto quando se produz, ou para qual prestação de serviço quando esta for a atividade da empresa (KHOURY & ANCELEVICZ, 2000).

Neste modelo, fragmenta-se os processos de produção da empresa e analisa-se em detalhes sua eficácia, contribuindo para o aumento da sua competitividade no mercado. Permite decisões de rastreamento de processos, redução de custos, reengenharia administrativa ou da produção e melhoria da qualidade. Observa-se que sua importância é principalmente gerencial e estratégica (MARTINS & ROCHA, 2010).

3 METODOLOGIA

Estudo de caso, documental, retrospectivo com análise de prontuários de pacientes internados em hospital privado geral de médio porte, localizado na zona Sul de São Paulo. Capacitada de 133 leitos, 747 colaboradores, 151 colaboradores terceirizados e 350 corpos clínicos (médicos) esta instituição atende, assistência hospitalar e ambulatorial, nas especialidades de PS adulto e Infantil, Clínico Geral, Ortopedia, Pediatria com Unidade de Terapia Intensiva (UTI) nas 24 horas perfazendo uma média de 550 internações mensais e 170 cirurgias/mês.

De acordo com YIN (2005) o estudo de caso conta com muitas técnicas utilizadas pelas pesquisas históricas, mas acrescenta duas fontes de evidência importantes para o pesquisador: observação direta e as entrevistas das pessoas envolvidas. Nestes termos, o método de estudos de caso é indicado quando se procura responder a questões iniciadas com os termos "como" e "por que", quando o evento estudado é contemporâneo ao pesquisador e quando o mesmo não possui nenhum poder de inferência sobre o objeto estudado.

Neste mesmo sentido, a proposta de elaborar estudo de casos onde os dados levam a conclusões indutivas é uma das orientações metodológicas deste trabalho. Segundo Eisenhardt (1989), a flexibilidade teórica durante a condução dos estudos de caso deve ser um dos principais aspectos desta abordagem de análise, onde a pergunta de pesquisa e os constructos formulados antes da fase de coleta e entrada no campo de pesquisa possam ser maleáveis para que ideias que emergem da natureza empírica dos dados possam aprimorá-los. A atitude de permitir com que a teoria nasça da análise dos dados e, somente após essa etapa, deve-se comparar os resultados com a literatura segue as noções do método de teorização embasada (grounded theory). Conforme Eisenhardt (1989), ao realizar essa abordagem metodológica, o pesquisador deve se atentar para a escolha dos casos, a elaboração do instrumento de coleta, a entrada no campo, a análise dos dados, a comparação das evidências, a comparação com literatura consonante e também com a conflitante; e, por último, as conclusões finais.

YIN (2005, p. 32) explica que "A estratégia de estudo de caso começa com uma "lógica" de planejamento [...] uma estratégia que deve ser priorizada quando as circunstâncias e os problemas de pesquisa são apropriados, em vez de um comprometimento ideológico que deve ser seguido não importando as circunstâncias". Para Yin (2005, p.32-33) as características relevantes de planejamento de um estudo de caso podem ser expressas que um estudo de caso é uma investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos e a investigação enfrenta uma situação tecnicamente única em que haverá muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e, como resultado, baseia-se em várias fontes de evidências, com os dados precisando convergir em formato de triângulo e,

como resultado, beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados.

Desta forma, o estudo de caso como estratégia de pesquisa compreende um método que abrange tudo – tratando da lógica de planejamento, das técnicas de coleta de dados e das abordagens específicas à análise dos mesmos. Yin (2005, p.33) "o estudo de caso não é nem uma tática para a coleta de dados nem meramente uma característica do planejamento em si, mas uma estratégia de pesquisa abrangente". Yin (2005) argumenta que o método de estudo de caso permanece válido porque é útil para identificar características e ligações entre os fenômenos e nas construções teóricas (modelos), busca compreender, na maior parte das vezes, um conjunto de decisões, por que foram tomadas, formas de implantação adotadas e quais os resultados alcançados; e é possível verificar a sua validade e confiabilidade por meio de estudos estatísticos e experimentais que validarão ou não as conclusões alcançadas.

Portanto, a amostra constitui-se de prontuários de pacientes internados nas unidades de apartamento e UTI (considerado semi-intensiva também por tratar-se do mesmo local), no período de agosto 2013 a agosto de 2014, com diagnóstico de Bronquiolite, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) - J21.0. Bronquiolite aguda).

Para a identificação dos casos de bronquiolite, foram levantados todos exames de pesquisa em nasofaringe para Vírus Sincicial Respiratório (VSR), realizados pelo método ELISA, coletados pelo laboratório no período escolhido para este estudo. O período foi escolhido por uma conveniência dos pesquisadores, visto que, os exames estavam mais fáceis de coletar por terem neste período a implantação do sistema informatizado na instituição, facilitando a coleta dos dados. A partir destes exames separou-se os prontuários do pacientes com resultado positivo e também com o resultado negativo para a análise de prontuários.

Analisou-se tanto os prontuários cujo VSR teve positivo (VSR+) como também os negativos (VSR-) visto que, estes correspondem aos pacientes com bronquiolite de etiologia não definida.

Para os prontuários que tinham o resultado positivo e/ou negativo do teste de VSR porém não estava descrito o CID J21.0, pelo simples fato de não ser o CID primário da internação, foi considerado o diagnóstico clínico baseando-se nos critérios diagnósticos de McConnockie e Bronchiolitis (1983), que descreve a bronquiolite como sendo o primeiro episódio agudo de dificuldade respiratória com sibilância, precedido por quadro de infecção de vias aéreas superiores (rinite com ou sem febre) em crianças menores de dois anos de idade.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do hospital objeto deste estudo e pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Para os critérios de inclusão dos prontuários adotou-se além do CID e critérios diagnósticos de McConnockie e Bronchiolitis (1983), a criança ter idade menor que 3 anos e como critério de não inclusão crianças maiores de 46 meses, com doenças pulmonares prévias (broncodisplasia pulmonar, bronquiectasias, malformações, lactente sibilante, fibrose cística, dentre outras), pois freqüentemente apresentam quadros clínicos de maior gravidade e consequentemente tempo maior de internação e aumento de custos; foram também não incluídos pacientes provenientes de transferência de outros hospitais e ou para esta internação estudada ter apresentado 02 ou mais episódios de bronquiolite.

De acordo com os critérios descritos acima, foram estudados 103 prontuários, caracterizando-se a amostra com: sexo, idade, tempo de internação, local de internação (apartamento, UTI, semi-intensiva), divididos-os em dois grupos (VSR+ e VSR-), computando os custos diretos: medicamentos, oxigênio e inalação, sendo atribuídos em valores em reais conforme as tabelas acordados entre o prestador e o contratante do hospital pesquisado.

Para tanto, após a seleção dos prontuários classificados para este estudo, foi separado quais eram as fontes pagadoras ("convênios") eles pertenciam, no intuito de obter os contratos e quantificar corretamente o valor dos itens utilizados.

O sistema de custeio escolhido foi o sistema de custo direto visto que, atendeu o objetivo desta pesquisa. Para tanto, foi preciso considerar todos os custos variáveis diretos e os custos da mão-de-obra operacional exclusivos das unidades estudadas.

Ao transformarmos os custos fixos (ou indiretos, que exigem rateio) em valores unitários, por paciente, estamos convertendo estes custos em diretos ou variáveis, pois seus valores mudarão conforme o nível da atividade diminua ou aumente.

Podemos continuar fiéis ao sistema de custeio integral e trabalhar apenas com as categorias de custo operacional variável direto e custo operacional variável indireto. As demais despesas método geradas fora da seção em estudo poderão ser decompostas em despesas administrativas, tributárias, financeiras etc. e aparecerão em separado no demonstrativo de resultados da empresa. Também poderemos utilizar esta técnica para demonstrar o resultado dos serviços prestados dentro da Seção, transportando as despesas administrativas globais da empresa para o seu valor proporcional dentro da unidade em estudo. Teríamos que converter, por exemplo, todos os salários e encargos da diretoria e das gerências institucionais para o valor equivalente paciente/dia dentro da Seção.

A legislação vigente exige que a proporção entre os funcionários de plantão e os leitos existentes seja idealmente mantida de acordo com a capacidade instalada das unidades de internação, seja apartamento ou UTI, desta maneira, a mão-de-obra pode ser classificada como custo fixo, masse rateada pelo custo paciente/dia pode ser considerada, conforme revisão da literatura o custo variável indireto.

As análises estatísticas foram realizadas pelos programas Microsoft Office Excel 2003 e SPSS 13.0 (SPSS Inc). As variáveis categóricas foram descritas como frequência e percentual. As variáveis contínuas foram descritas como média e desvio padrão.

Para comparação dos dias de internação, receita, gasto com oxigênio, gasto com inalação e gasto com medicamentos entre os grupos das variáveis categóricas foi utilizado o Teste de *Mann-Whitney* quando a variável apresentava apenas duas categorias ou o Teste de *Kruskal-Wallis* para variáveis com 3 ou mais categorias. Para avaliar associação entre duas variáveis categóricas foram montadas Tabelas de Contingência e aplicado Teste Qui-Quadrado e/ou quando necessário o Teste Exato de *Fisher*. Os resultados foram considerados estatisticamente significantes quando p< 0,05.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

No período estudado foram atendidos no pronto socorro infantil 71590 pacientes com idade entre 0 a 16 anos, deste total foram internados 1429 pacientes (1,99%), sendo colhidos 346 exames de pesquisa para o Vírus Sincicial Respiratório (VRS). Pelos critérios estabelecidos de inclusão e exclusão foram selecionados 103 prontuários, o que corresponde a 7,2% dos bebês e crianças internadas.

Caracterizando a amostra, dos 103 prontuários incluídos, 68 (66%) do sexo masculino e 35 (34%) do feminino. Em relação a faixa etária, 45 (43,7%) tinham idade de 0 a 46 meses; 30 (29,1%) pacientes de 4 a 6 meses; 13 (12,6%) pacientes de 7 a 9 meses e 15 (14,6%) pacientes de 10 a 12 meses.

Shay e cols (1999) demonstrou um aumento progressivo no número de casos de hospitalização por bronquiolite em crianças menores de 5 anos, cerca de 2,4 vezes, passando de 22,2% de internações em 1980 para 47,4% em 1996.

Em relação ao tipo de acomodação, 67 (65%) foram internados em apartamento e 36 pacientes (35%) na UTI. Do total de pacientes internados em apartamento, 42 (40,8%) foram

em algum período transferidos para UTI. Dos pacientes internados 8 (7,5%) foram transferidos para unidade semi intensiva em algum momento (oriundos de apartamento ou da UTI).

Segundo Brasil (2006), os custos totais das UTIs têm sido estimados em aproximadamente 1,5% do PIB, ou mais de 60 bilhões de dólares são gastos por ano com os pacientes que necessitam de tratamento intensivo.

O tratamento intensivo representa uma fração desproporcional na relação com o volume de leitos, uma vez que consome mais de 20% dos gastos com aproximadamente apenas 5 a 10% dos leitos hospitalares (FALK, 2001).

Os custos das UTIs comprometem um valor de 20 a 50% das receitas geradas pelos hospitais. Num estudo recente, 23% das internações hospitalares deram-se em UTI, sendo responsáveis por metade dos custos de todas as internações (BITTENCOURT, 1999).

Por sua vez, nos setores de atendimento aos pacientes graves é extremamente variável o volume e a complexidade dos serviços. Numa UTI os recursos consumidos por um paciente que interna em estado grave são bem maiores em quantidade e intensidade que os recursos consumidos por um paciente que interna para monitoração ou em enfermaria comum. Podemos citar o exemplo de um paciente com Insuficiência Respiratória Aguda (paciente grave), precisando de ventilação mecânica, onde terá um custo maior pela própria demanda de serviços e equipamentos, do que outro com Infarto Agudo Miocárdio, que estaria na UTI para observação (MARTINS, 2010).

Sobre a positividade do VSR, 65 (63,1%) eram positivos e 38 (36,9%) negativos.

O tempo de internação teve uma variação entre 2 a 17 dias com uma média de permanência de 4,55 dias (desvio padrão 2,86 dias), próxima ao que encontraram Langley et al (1997) uma média de 6,7 dias (5,8 – 7,3 dias) e Crery et al (2005) que obtiveram média de 5,7 dias de internação. Não houve diferença estatística entre os pacientes com VSR positivo e os VSR negativo em relação ao tempo de internação com uma mediana de 5 dias, o mesmo vale em relação aos pacientes que necessitaram de internação em UTI, não houve diferença estatística entre os pacientes com VSR positivo e os VSR negativo (p= 0,062), embora podese observar uma tendência maior de internação em UTI em VSR+, conforme figura 1.

	VSR		
UTI	Positivo	Negativo	TOTAL
SIM	31 (47,7%)	11 (28,9%)	42 (40,8%)
NÃO	34 (52,3%)	27 (71,1%)	61 (59,2%)
TOTAL	65 (100%)	38 (100%)	103 (100%)

Figura 1 – Distribuição dos pacientes que internaram em UTI e positividade ao VSR. São Paulo, 2014 Fonte: Próprios autores.

Domingo et al (2006) em estudo constatou um tempo de internação maior nos pacientes com VSR+ (p<0,001) com média de 6,8 dias.

Quando analisado a evolução dos pacientes que apresentaram complicações clínicas durante a internação, os resultados obtidos foram 39 (37,9%) pacientes sem complicações, 49 (47,6%) apresentaram uma complicação, 13 (12,6%) apresentaram duas complicações e 2 (1,9%) pacientes apresentaram três complicações. As complicações encontradas na amostra estão ilustradas no quadro a seguir, sendo que a complicação mais encontrada foi

Broncopneumonia, justificando a questão do aumento do custo destes pacientes bem como o tempo de internação.

Complicação	N
Broncopneumonia	25
Atelectasia	5
Otite media aguda	3
Laringite	3
Broncoespasmo	1
Pneumotórax	1
Sepse	1
Urticária	1
Crise convulsiva	1

Figura 2 – Complicações associadas aos pacientes com Bronquiolite. São Paulo, 2014. Fonte: Próprios autores.

Em relação ao custo direto, considerado as variáveis inalação, oxigênio e medicamentos, sendo que, o custo médio com inalação do grupo VSR positivo foi maior que o VSR negativo (de R\$ 526,74 para R\$ 407,19, respectivamente), diferença estatisticamente significante (p = 0,0380). O mesmo para o uso de oxigênio onde os VSR+ foi maior que os VSR- (R\$ 917,54 e R\$ 503,21) e medicamentos (R\$ 314,13 enquanto aqueles com VSR-tiveram um custo médio de R\$ 295,02).

Quando analisamos a distribuição de valor médio de medicações, oxigênio e inalação em relação a receita, observa-se que o custo médio com oxigênio foi de R\$ 1125,17 perfazendo 12,84% da receita, com mediana de R\$ 937,94. O custo médio com inalação foi de R\$ 481,75 (8,71% da receita e mediana de R\$ 434,43); já em relação aos medicamentos foi de R\$ 307,00 cerca de 5,1% da receita, com mediana de R\$ 185,00. A figura baixo ilustra melhor essas comparações.

	Oxigênio (% receita)	Inalação (% receita)	Medicação (% receita)
N	70	101	103
Média	1125,17 (12,84%)	481,75 (8,71%)	307,08 (5,15%)
Mediana	937,94 (12,87%)	434,43 (8,78%)	185,61 (3,97%)
Desvio padrão	1206,38 (7,6 %)	309,21 (3,67%)	387,03 (4,8%)

Figura 3 - Distribuição das variáveis de custo direto: oxigênio, inalação e medicação em relação a receita total. São Paulo, 2014

Fonte: Próprios autores.

Analisando os custos em relação as terapêuticas, verifica-se que dentre os custos com medicamentos, o uso de corticosteróides foi maior, com um aumento estatisticamente significativo (p<0,001), veja no figura 4.

Corticóide	Sim (N=77)	Não (N=26)
	Média (desvio padrão)	Média (desvio padrão)
Dias de internação	5(2)	6 (2)
Receita	5788,89 (5452,11)	9031,64 (4877,31)
Oxigênio	594,00 (1088,92)	1269,86 (1092,15)
Inalação	458,98 (279,84)	547,47 (380,27)
Medicamentos	345,86 (427,99)	192,26 (189,68)

Figura 4 - Relação entre dias de internação, receita, custo com oxigênio, inalação e medicamentos com uso de corticosteroide. São Paulo, 2014.

Fonte: Próprios autores.

Em relação ao uso de antibióticos verificamos que houve um aumento significativo no número de dias de internação, os pacientes que utilizaram ficaram em média, mais tempo internados (p=0,023) e também houve diferença significativa no custo médio de medicamentos (p<0,001) e na receita (p=0,018), como verificamos abaixo.

Antibiótico	Sim (N=34)	Não (N=69)
	Média (desvio padrão)	Média (desvio padrão)
Dias de internação	6 (3)	5 (2)
Receita	8197,31 (6699,46)	5824,04 (4615,84)
Oxigênio	922,13 (1452,33)	687,10 (923,14)
Inalação	575,17 (383,15)	436,43 (257,31)
Medicamentos	617,16 (539,48)	154,30 (108,14)

Figura 5 - Relação entre dias de internação, receita, custo com oxigênio, inalação e medicamentos com uso de antibiótico. São Paulo, 2014.

Fonte: Próprios autores.

Quanto à associação do uso de corticosteróides e antibióticos, verifica-se apenas diferença estatística no custo total de medicamentos (p< 0,001), mas sem diferença estatística no total da receita.

Associação corticóide	Sim (N=28)	Não (N=75)
e antibiótico	Média (desvio padrão)	Média (desvio padrão)
Dias de internação	6 (3)	5 (2)
Receita	8086,81 (7246,55)	6055,16 (4585,86)
Oxigênio	941,60 (1592,09)	698,63 (894,21)
Inalação	530,71 (275,45)	463,90 (320,53)
Medicamentos	659,39 (577,19)	175,56 (142,93)

Figura 6 - Relação entre dias de internação, receita, custo com oxigênio, inalação e medicamentos com uso associado de corticóide e antibiótico. São Paulo, 2014. Fonte: Próprios autores

Em relação ao aumento de custos relacionados a presença de complicações observa-se que os pacientes que complicaram com broncopneumonia, apresentaram em média maior número de dias de internação (p = 0.034), maior gasto médio (p = 0.037) e maior gasto com medicamentos (p < 0.001). Verifica-se que a receita nos pacientes com broncopneumonia chega a ser em média 1,5 vezes maior que o grupo sem esta complicação, isso ocorre no custo com medicamento também (média 2,8 vezes maior) veja figura 7.

Broncopneumonia	Sim (N=25)	Não (N=78)
	Média (desvio padrão)	Média (desvio padrão)
Dias de internação	6 (3)	5 (2)
Receita	9006,48 (8024,36)	5838,53 (4144,87)
Oxigênio	1097,71 (1786,47)	657,94 (794,10)
Inalação	619,01 (434,95)	438,98 (246,48)
Medicamentos	603,91 (480,15)	211,95 (298,00)

Figura 7 - Relação entre dias de internação, receita, custo com oxigênio, inalação e medicamentos com Broncopneumonia associada a Bronquiolite. São Paulo, 2014.

Fonte: Próprios autores

Avaliando a presença de complicações, encontramos que 37,9% dos pacientes não apresentaram complicações, enquanto 62,1% apresentaram uma ou mais complicações. Os pacientes que desenvolveram Broncopneumonia permaneceram maior tempo internados (06 dias em média), maior custo médio da receita; com uma receita em média 1,5 vezes maior que

os pacientes sem Broncopneumonia e 2,8 vezes mais custos com medicamentos. Pelletier et al (2006) encontram um custo médio de U\$ 3.799/ hospitalização por bronquiolite e quando associado ao diagnóstico broncopneumonia um custo médio de U\$ 6.191/hospitalização, cerca de 1,6 vezes o custo, próximo ao encontrado em nosso estudo. Wilson (2003) também encontrou aumento no tempo de internação e custos quando estudou as complicações associadas a bronquiolite, com os quadros respiratórios sendo responsáveis pelas complicações mais frequentes.

Cabe salientar que o VSR está associado a quadro de Broncopneumonia e que o tratamento não difere do instituído para Bronquiolite. Nos pacientes estudados encontramos o diagnóstico de Broncopneumonia como complicação do quadro e não como associado ao VSR, o que acarretou o uso de antibióticos, aumentando a média de dias de internação, aumentando o custo médio com medicamentos e custo médio da receita, levando a questionarmos se realmente havia associação de outros agentes etiológicos não virais ao quadro.

O uso de corticosteróides encareceu a hospitalização com aumento estatisticamente significativo no custo médio da receita e quando associado ao uso de antibióticos acarretou um aumento estatisticamente significativo no custo médio dos medicamentos e à luz das evidências científicas não há melhora na morbidade e mortalidade com uso de tais medicações.

Analisando a receita temos um valor médio por internação em torno de R\$6.607,45 com desvio padrão de R\$5.475,64 e a mediana de R\$5.367,81 com um máximo de R\$3.7192,71 e mínimo de R\$998,08.

Quando avaliamos a receita, dias de internação e positividade para o VSR vemos que apesar da média de internação não apresentar diferença estatísticas entre os grupos (p= 0,068), houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos com VSR positivo e negativo em relação a receita, com um custo maior do grupo VSR positivo (p=0,034). Na Receita, os pacientes com VSR positivo tiveram um custo médio de R\$7.402,61, enquanto aqueles com VSR negativo tiveram um custo médio de R\$5.247,31 (o grupo VSR positivo tem um custo médio cerca de 1,4 vezes maior que o grupo VSR negativo), observe no figura abaixo.

VSR	Positivo (N=65)	Negativo (N=38)
	Média (desvio)	Média (desvio)
Dias de internação	6 (2)	5 (3)
Receita	7402,61 (6071,02)	5247,31 (3986,33)
Oxigênio	917,54 (1292,92)	503,21 (691,87)
Inalação	526,74 (332,99)	407,19 (251,90)
Medicamentos	314,14 (425,92)	295,02 9314,53)

Figura 8 – Relação entre entre dias de internação, receita, custo com oxigênio, inalação e medicamentos e positividade ou não ao VSR. São Paulo, 2014. Fonte: Próprios autores.

Este estudo corrobora com outros estudos da literatura que demonstram que a bronquiolite é uma importante causa de internação hospitalar em Pediatria e que acarreta alto custo durante o período de hospitalização. Observa-se nos resultados que 7,2% de internações tiveram um custo total no período de um ano de R\$ 680.567,32, considerando os 103 pacientes estudados, o custo médio por hospitalização foi de R\$ 6.607,44. Paramore et al (2004), concluíram que esta patologia é um importante problema de saúde nos EUA, que acarreta um custo anual de internação em cerca de U\$ 394 milhões.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que o custo direto das internações de pacientes com bronquiolite em relação ao oxigênio foi de R\$1.125,17; quanto a inalação de R\$481,75 e medicamentos de R\$307,00. O tempo de internação foi em média 4,55 dias, com o valor por internação de R\$6.607,45 (R\$ 1.452,18/dia).

O alto custo da internação por esta patologia está associada, entre outros fatores à abordagem terapêutica com inalação e oxigênio (juntos 21,5% da receita) e ao uso de medicações tais como corticosteróides e antibióticos.

Concluiu-se que a determinação do custo da diária de internação de pacientes com diagnóstico de bronquiolite é útil para propor pacotes; determinando margens de lucro e de negociação entre os hospitais privados e as fontes pagadoras, além de ofertar informações atualizadas do valor faturado versus a receita líquida dos pacientes estudados.

Cabe aqui ressaltar que como a amostra estudada não abrangeu pacientes com patologias de risco, pode-se deduzir que se estes fossem incluídos, os custos encontrados poderiam ser de duas a três vezes maiores como observa -se na literatura. Portanto, se correlacionarmos os resultados obtidos com a prevalência desta doença no Brasil que varia de 21 a 67,8%, pode-se confirmar a relevância deste trabalho pelo alto custo hospitalar diário, sendo necessário refletir sobre como reduzir este custo, talvez buscando intervenções para diminuir o tempo de internação, como uso de protocolos clínicos mais rígidos baseados em literatura com evidências, o que diminuiria o uso de medicações e/ou procedimentos desnecessários, e que estudos para utilização de melhores drogas antivirais e vacinas para prevenção de VSR devem ser realizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEULKE, R; BERTÓ, J.D. Gestão de custos e resultados na saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres. 4. ed. rev. atualizada e ampliada. São Paulo: Saraiva, 2008.

BITTENCOURT, O. N. da S. *O emprego do método de custeio baseado em atividades – Activity-Based Costing (ABC) – como instrumento de apoio à decisão na área hospitalar.* Dissertação de Mestrado pelo PPGA/UFRGS. Porto Alegre, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos – Conceito e Metodologia*. Brasília, DF. 2006.

COGAN, S. Modelos de ABC/ABM. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998

Creery, D. et al. Costs associated with infant bronchiolitis in the Baffin region of Nunavut. *International Journal of Circumpolar Health.* 2005; 64(1):38-45.

Creery, D. et al. Costs associated with infant bronchiolitis in the Baffin region of Nunavut. *International Journal of Circumpolar Health.* 2005; 64(1):38-45.

Domingo, J. D. et al. Incidência y costes de la hospitalización por bronquiolitis y lãs infecciones por vírus respiratório sincitial en la Comunidad Valencian. Años 2001 y 2002. *An Pediatr (Barc)* 2006; 65(4): 325-30

Ehlken B. et al. Economic impact of community-acquired and nosocomial lower respiratory tract infections in young children in Germany. *Eur J Pediatr* 2005; 164:607-615.

EISENHARDT, K.M. Building Theories From Case Study Research Academy of Management. *The Academy of Management Review*; Oct 1989; 14, 4; ABI/INFORM Global FALK, J. A. *Gestão de Custos para Hospitais: conceitos, metodologias, e aplicações*. São Paulo: Atlas, 2001.

KAPLAN, R. S.; COOPER R. Custo e Desempenho: administre seus custos para ser mais competitivo. 2°. ed. São Paulo: Futura, 1998.

KHOURY, Carlos Yorghi; ANCELEVICZ, Jacob. Controvérsias acerca do sistema de custos ABC. *Rev. adm. empres.*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 56-62, Mar. 2000. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

7590200000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 29 June 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-7590200000100007.

Langley, J.M. Et al. conomic evaluation of respiratory syncytial virus infection in Canadian children: A Pediatric Investigators Collaborative Network on Infections in Canada (PICNIC) study. *The Journal of Pediatrics*. 1997: 131(1):1

MARTINS, E. Contabilidade de Custos. 10^a. Ed., São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, E., Rocha, W. Métodos de custeio comparados: custos e margens analisados sob diferentes perspectivas. São Paulo: Atlas, 2010.

Mc Connockie, K.M. Bronchiolitis. What's in the name? Am J Dis Child. 1983; 137:11-13.

NAKAGAWA, Masayuki. ABC – Custeio Baseado em Atividades. São Paulo: Atlas, 1995.

Paramore, C. et al. Economic Impact of Respiratory Sincytial Virus – related illness in the US. *Pharmacoeconomics*. 2004; 22(5): 275-84.

Paramore, C. et al. Economic Impact of Respiratory Sincytial Virus – related illness in the US. *Pharmacoeconomics*. 2004; 22(5): 275-84.

Pelletier, A. J. et al. Direct Medical Costs of Bronchiolitis Hospitalizations in United States. *Pediatrics*. 2006;118(6):2418-23

Robinson, R. E. Impact of respiratory syncytial virus in the United States. *Am J Health-Syst Pharm*. 2008;65(suppl 8): S3-6.

Shay, D.K. et al. Bronchiolitis associated hospitalizations among US children, 1980-1996. *JAMA* 1999; 282:1440-1446.

SOUZA, A. A. de. *Gestão Financeira e de Custos em Hospitais*. São Paulo: Atlas, 2013,40p. Wegner, S. M. D. et al. Direct Cost Analyses of Palizumab Treatment in a Cohort of At-Risk Children: evidence from the North Carolina Medicaid Program. *Pediatrics*. 2004; 114:1612-19

Wilson, D. F. e cols. Complications in infants hospitalized for Bronchiolitis or *Respiratory sincycyal virus* Pneumonia. *J. Pediatrics*. 2003; 143:S142-49.

YIN, R. K. Estudo de Caso – Planejamento e Métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.