

MANUAL DE GOVERNANÇA DO DRG Fhemig

DRG - Grupo de Diagnósticos Relacionados
Coordenação de Desempenho Assistencial
e Linhas de Cuidado/GDA/DIRASS

FHEMIG
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

SUS  Sistema
Único
de Saúde

SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Diretoria Assistencial
Gerência de Diretrizes Assistenciais
Coordenação de Desempenho Assistencial e Linhas de Cuidado

MANUAL DE GOVERNANÇA DRG

Belo Horizonte -MG

Dezembro de 2023

© Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é dos autores. O conteúdo desta e de outras obras da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais pode ser acessada na página <www.fhemig.mg.gov.br>. 1ª Edição - 2023.

Elaboração

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
Diretoria Hospitalar
Gerência de Diretrizes Assistenciais
Rodovia Papa João Paulo II, 4001, Serra Verde
Belo Horizonte/Minas Gerais. CEP: 31.630-901
Telefone (31) 3239-8357
Site: www.fhemig.mg.gov.br

Editoração e Organização

Cristiele Débora da Silva Costa - Acadêmica da Coordenação de Desempenho Assistencial e Linhas de Cuidado – GDA/DIRASS
Lara Drummond Paiva - Coordenadora de Desempenho Assistencial e Linhas de Cuidado – GDA/DIRASS

Diagramação de capa

Wagner Antônio Perche - Núcleo de Publicidade/ACS

Coordenação da elaboração

Ana Carolina Amaral de Castro Hadad - Gerente de Diretrizes Assistenciais/DIRASS/FHEMIG
Lara Drummond Paiva - Coordenadora de Desempenho Assistencial e Linhas de Cuidado – GDA/DIRASS

Lista de Autores

Cinthia Neves Fonseca - Enfermeira na Coordenação de Desempenho Assistencial e Linhas de Cuidado – GDA/DIRASS
Lara Drummond Paiva - Coordenadora de Desempenho Assistencial e Linhas de Cuidado – GDA/DIRASS
Marco Aurélio Fagundes Ângelo – Médico da FHEMIG
Patrícia Alves Marques Heringer – Enfermeira na Coordenação de Desempenho Assistencial e Linhas de Cuidado – GDA/DIRASS
Sabrina Antonieta Moreira – Enfermeira na Coordenação de Desempenho Assistencial e Linhas de Cuidado – GDA/DIRASS

Aprovação

Ana Carolina Amaral de Castro Hadad/ Gerente de Diretrizes Assistenciais/DIRASS/FHEMIG
Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos - Diretora Assistencial da FHEMIG

EXPEDIENTE FHEMIG

Presidência

Renata Ferreira Leles Dias

Chefe de Gabinete

Carolina Santos Lages

Procuradoria

João Viana da Costa

Controladoria Seccional

Marcela Oliveira Ferreira Dias

Assessoria de Comunicação Social

Janaína de Oliveira

Assessoria Estratégica

Bárbara Campos de Andrade

Diretoria de Planejamento, Gestão e Finanças

Lucas Salles de Amorim Pereira

Diretoria Assistencial

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

Diretoria de Gestão de Pessoas

Marina Emediato Lara Carvalho Mohl

Diretoria de Contratualização, Faturamento e Parcerias

Diana Martins Barbosa

UNIDADES ASSISTENCIAIS DA FHEMIG

Complexo Hospitalar de Urgência e Emergência

Hospital Infantil João Paulo II | Hospital João XXIII | Hospital Maria Amélia Lins – **Fabrcio Giarola Oliveira**

Complexo Hospitalar de Especialidades

Hospital Alberto Cavalcanti | Hospital Júlia Kubitschek – **Cláudia Fernanda de Andrade**

Unidades Assistenciais de Saúde Mental

Centro Mineiro de Toxicomania - **Roberta Pádua Moraes**

Centro Psíquico da Adolescência e Infância - **Virgínia Salles de Resende M. de Barros**

Instituto Raul Soares - **Marco Antônio de Rezende Andrade**

Complexo Hospitalar de Barbacena

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena | Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo - **Claudinei Emídio Campos**

Unidades Assistenciais de Referência

Hospital Regional Antônio Dias - **Polyana de Oliveira Caires**

Hospital Regional João Penido - **Daniel Ortiz Miotto**

Maternidade Odete Valadares - **Raquel Mariz Martins**

Hospital Eduardo de Menezes - **Virgínia Antunes de Andrade Zambelli**

Unidades Assistenciais de Reabilitação e Cuidados Integrados

Casa de Saúde Padre Damião - **Adelton Andrade Barbosa**

Casa de Saúde Santa Fé - **Claudete Bernardo Basaglia**

Casa de Saúde Santa Izabel - **Gabriella Rodrigues da Silva**

Casa de Saúde São Francisco de Assis - **Vanessa Cristina Leite da Silveira**

Hospital Cristiano Machado - **Andreza Conceição Lopes Vieira Sete**

Sistema Estadual de Transplantes

MG Transplantes - **Omar Lopes Caçado Júnior**

LISTA DE SIGLAS

AH - Administrador Holding
AI - Administrador Instituição
CC - Complicação ou comorbidade (menor intensidade)
CDALC - Coordenação de Desempenho Assistencial e Linha de Cuidados
CID - Classificação Internacional de Doenças
CTI - Centro de Terapia Intensiva
DRG - Grupos de Diagnósticos Relacionados
FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
IAG - Instituto de Acreditação e Gestão em Saúde
IQIC - Índice de Qualidade da Informação Clínica
LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados
MCC - complicação ou comorbidade maior (maior intensidade)
MDC - Categorias Diagnósticas Maiores
OPME - Órtese, Prótese e Materiais Especiais
P10 - Percentil da posição 10 (10% da amostra da população apresenta valor igual ou menor do que o do P10)
P25 - Percentil da posição 25 (25% da amostra da população apresenta valor igual ou menor do que o do P25)
P50 - (mediana) - Percentil da posição 50 (50% da amostra da população apresenta valor igual ou menor do que o do P50)
P75 - Percentil da posição 75 (75% da amostra da população apresenta valor igual ou menor do que o do P75)
P90 - Percentil da posição 90 (90% da amostra da população apresenta valor igual ou menor do que o do P90)
PNGC - Programa Nacional de Gestão de Custos
RN - Recém-Nascido
SBAIS - Sociedade Brasileira de Analistas de Informação em Saúde
SEI - Sistema Eletrônico de Informações
SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos
SUS - Sistema Único de Saúde
UC - Usuário Consulta
UH - Usuário Holding
UI - Usuário Instituição
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
VNI - Ventilação Mecânica não Invasiva

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - CONCEITOS BÁSICOS	9
1.1 CONCEITOS BÁSICOS DRG.....	9
1.1.1 Definição DRG.....	9
1.1.2 Categorias de DRG: Categorias Diagnósticas Maiores (MDC), Pré-Categorias Diagnósticas Maiores (Pré-MDC) e Pós-Categorias Diagnósticas Maiores (Pós-MDC)...	9
1.1.3 Variáveis utilizadas para identificação dos grupos DRGs	12
1.1.4 Complicações (CC) e complicações maiores (MCC) na formação do DRG	13
1.1.5 Complexidade pelo case mix.....	13
1.1.6 Percentil 50 e percentis extremos.....	14
1.1.7 Permanência prevista e Permanência realizada.....	15
1.1.8 Referencial de Permanência: DRG Brasil Global, DRG refinado	16
1.2 O DRG NA FHEMIG	17
1.2.1 - Pacto de Gestão Participativa.....	17
1.2.2 - Otimiza SUS	18
CAPÍTULO 2 - CODIFICAÇÃO CLÍNICA E QUALIDADE DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	20
2.1 CODIFICAÇÃO CLÍNICA	20
2.2 O ANALISTA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	20
2.3 PRONTUÁRIO E CODIFICAÇÃO	21
2.4 INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO QUE ALIMENTAM O BANCO DE DADOS DA PLATAFORMA DRG	21
2.4.1 Identificação	21
2.4.2 Anamnese	22
2.4.3 Procedimentos	22
2.4.4 Evoluções Clínicas	22
2.4.5 Exames	23
2.4.6 Sumário de alta.....	23
2.4.8 Equipe médica	23
2.4.9 Dispositivos Invasivos	23
2.4.10 Condições adquiridas	25
2.4.11 CTI	25
2.4.12 Readmissão.....	26
2.4.13 Falhas de Estrutura e Processo	26
2.4.14 Análise Crítica.....	27

2.5 DESAFIOS PARA O ANALISTA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	27
2.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	28
2.7 QUALIDADE DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NA CODIFICAÇÃO CLÍNICA	28
2.8 MATERIAIS DE APOIO DISPONÍVEIS NA INTRANET DA FHEMIG.....	29
CAPÍTULO 3: USUÁRIOS E A GESTÃO DO ACESSO.....	30
3.1 INTRODUÇÃO	30
3.2 TIPOS DE USUÁRIOS	30
3.3 GESTÃO DE ACESSO	34
CAPÍTULO 4: POSSIBILIDADES DE USO DO DRG NOS PROCESSOS DE GESTÃO	36
4.1 UTILIZAÇÃO DO DRG NOS PROCESSOS DE GESTÃO HOSPITALAR.....	36
4.2. PRINCIPAIS APLICABILIDADES: PERFIL ASSISTENCIAL E USO DO LEITO.	38
4.3 INTERFACE DRG E SEGURANÇA ASSISTENCIAL	41
4.4. AVALIAÇÃO DO DRG E MELHORIAS DE PROCESSO DE TRABALHO	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXO 1 - Fluxo de solicitação de novo acesso – Analista de Informação em Saúde	46
ANEXO 2 - Fluxo de solicitação de novo acesso – Gestor	47
ANEXO 3 – Fluxo de alteração/exclusão de acesso ao DRG	48
ANEXO 4 - Fluxo de solicitação de dados do DRG via exporta dados	49

CAPÍTULO 1 - CONCEITOS BÁSICOS

1.1 CONCEITOS BÁSICOS DRG

1.1.1 Definição DRG

O DRG – Diagnosis Related Groups (Grupos de Diagnósticos Relacionados) constitui um sistema de classificação de pacientes, internados em hospitais que atendem casos agudos, em grupos homogêneos, de acordo com a complexidade assistencial (case mix) (Manual DRG Introdução e Conceitos, 2020).

A complexidade e a criticidade do paciente são determinadas pela combinação de idade, diagnóstico principal e secundário e procedimentos realizados para o seu tratamento. Para cada categoria de complexidade e criticidade assistencial do DRG, espera-se um determinado consumo de recursos (diárias, materiais, medicamentos, exames, etc.) e um resultado assistencial. Desta forma, desfechos assistenciais e consumo de recursos tornam-se comparáveis e previsíveis, uma vez que os pacientes agrupados em um mesmo DRG (produto assistencial) possuem características clínicas e de risco similares, determinando uso de recursos (tempo de permanência e consumo de insumos) também similares (Manual DRG Brasil - Introdução e Conceitos, 2020).

1.1.2 Categorias de DRG: Categorias Diagnósticas Maiores (MDC), Pré-Categorias Diagnósticas Maiores (Pré-MDC) e Pós-Categorias Diagnósticas Maiores (Pós-MDC)

Os DRGs são organizados em 25 áreas mutuamente exclusivas referenciadas como categorias diagnósticas maiores (MDC – Major Diagnostic Categories), podendo representar pacientes clínicos e cirúrgicos, conforme evidenciado na tabela abaixo:

Quadro 1.1 – Códigos e descrições das categorias diagnósticas maiores (MDC)

MDC	Descrição
1	Doenças e distúrbios do sistema nervoso
2	Doenças e distúrbios do olho
3	Doenças e distúrbios do ouvido, nariz, boca e garganta
4	Doenças e distúrbios do sistema respiratório
5	Doenças e distúrbios do sistema circulatório
6	Doenças e distúrbios do sistema digestivo

7	Doenças e distúrbios do sistema hepatobiliar e pâncreas
8	Doenças e distúrbios do sistema musculoesquelético e tecido conjuntivo
9	Doenças e distúrbios da pele, tecido celular subcutâneo e mama
10	Doenças e distúrbios endócrinos nutricionais e metabólicos
11	Doenças e distúrbios do rim e do trato urinário
12	Doenças e distúrbios do sistema reprodutivo masculino
13	Doenças e distúrbios do sistema reprodutivo feminino
14	Gravidez, parto e puerpério
15	Recém-nascidos e lactentes com afecções do período perinatal
16	Doenças e distúrbios do sangue/órgãos hematopoiéticos e doenças imunológicas
17	Doenças e distúrbios mieloproliferativas e neoplasias mal diferenciadas
18	Doenças infecciosas e parasitárias, sistêmicas ou de localização não específica
19	Doenças e distúrbios mentais
20	Uso de álcool/droga e distúrbios mentais orgânicos induzidos por álcool ou droga
21	Traumatismos, intoxicações e efeitos tóxicos de drogas
22	Queimaduras
23	Fatores com influência no estado de saúde e outros contatos com os serviços de saúde
24	Traumatismos múltiplos significativos
25	Infecções pelo vírus da imunodeficiência humana

Fonte: Manual DRG Brasil - Introdução e Conceito, 2020.

Os diagnósticos em cada MDC correspondem a um único sistema orgânico ou etiológico e, em geral, estão associados com uma especialidade médica em particular. Dessa forma, para manter o requisito de coerência clínica, nenhum DRG final pode conter pacientes em diferentes MDCs.

Pré-Categorias Diagnósticas Maiores (Pré-MDC)

Com o uso da metodologia percebeu-se que determinados pacientes apresentavam significativa variação dentro do mesmo grupo DRG quando submetidos a um destes procedimentos:

- Transplante cardíaco ou implante de sistema de assistência cardíaca;
- ECMO3 ou traqueostomia para suporte ventilatório;
- Transplante de fígado e/ou transplante intestinal;
- Transplante de medula óssea,
- Transplante de pulmão simultâneo de transplante de pâncreas/rim ou transplante de pâncreas;
- Transplante de medula óssea.

Os procedimentos acima estão intimamente associados a pacientes com altíssima complexidade clínica e intenso consumo de recursos. São pacientes críticos com comprometimento sistêmico, podendo compartilhar diagnósticos de diferentes MDCs.

Assim, se a condição clínica principal que motivou a internação hospitalar for alguma das situações listadas acima o paciente será alocado em um grupo específico de DRG do Pré-MDC. Os DRGs do Pré-MDC possuem o mais alto grau de complexidade assistencial (case mix).

Pós-Categorias Diagnósticas Maiores (Pós-MDC)

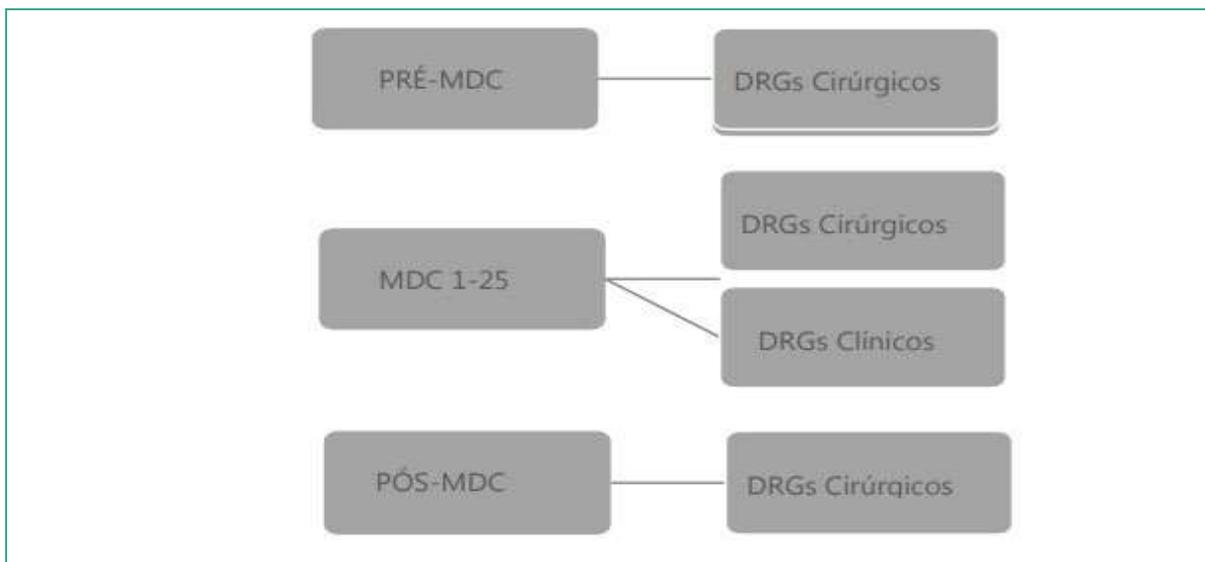
Podem existir situações nas quais os pacientes são submetidos a procedimentos cirúrgicos não relacionados com a doença de base (procedimento e diagnóstico principal são de MDCs diferentes). Um exemplo seria o caso de um paciente cujo diagnóstico principal que motivou a internação fosse colecistite aguda (inflamação da vesícula biliar), mas foi submetido a procedimento cirúrgico de prostatectomia (extirpação total ou parcial da próstata) na mesma passagem hospitalar. Ou seja, a cirurgia realizada não tem qualquer relação com a condição clínica que motivou a internação. A este tipo de paciente jamais será atribuído um DRG bem definido comprometendo a qualidade da análise de desempenho organizacional (assistencial e econômico).

As circunstâncias que podem determinar a formação de DRG no Pós-MDC são:

- Codificação errada (do diagnóstico principal e/ou do procedimento cirúrgico);
- Condição adquirida durante a assistência hospitalar (evento adverso) que determinou a realização de cirurgia não prevista para a condição clínica presente à admissão;
- Procedimento realizado sem indicação/sem necessidade clínica naquela passagem hospitalar.

Fica claro que, ao se atribuir ao paciente um DRG do Pós-MDC, este registro clínico deve ser revisado buscando identificar uma das 3 condições acima para possível intervenção de melhoria (no processo de codificação e de gestão assistencial). O Pós-MDC constitui uma importante fonte não apenas para validação da consistência e qualidade da codificação dos dados assistenciais, assim como para a gestão clínica.

Figura 1.1 – Estruturação final dos MDCs Fonte: Manual DRG - Introdução e Conceitos, 2020



Fonte: Manual DRG - Introdução e Conceitos, 2020

1.1.3 Variáveis utilizadas para identificação dos grupos DRGs

A classificação de cada paciente em seu grupo homogêneo é gerada através de algoritmos que levam em conta o sistema fisiológico afetado e seu grau de comprometimento, expressos através das seguintes variáveis:

- Condição clínica principal que motivou a internação hospitalar (CID principal);
- Outras condições clínicas adicionais determinadas por fatores próprios do paciente (podendo estar presentes à admissão hospitalar ou se manifestar durante a internação) (CIDs secundários);
- Procedimentos cirúrgicos;
- Outros procedimentos terapêuticos e/ou diagnósticos realizados em sala operatória ou não;
- O uso e o tempo de uso de ventilação mecânica;
- Tipo da alta: com sobrevida; transferência para outra instituição hospitalar; ou óbito;
- Dados demográficos do paciente: idade; em caso de neonato: idade gestacional, peso de nascimento e comprimento; sexo.

Esse conjunto de variáveis úteis para definir o DRG não é algo estático, informações adicionais conforme se tornem mais comuns na prática médica, são periodicamente avaliadas para determinar se resultam em melhoria da capacidade de classificação dos pacientes.

1.1.4 Complicações (CC) e complicações maiores (MCC) na formação do DRG

No DRG Brasil as condições clínicas modificadoras da complexidade assistencial são designadas como CC ou MCC, de acordo com a intensidade da repercussão na modificação do risco:

- CC – Complicação ou comorbidade (menor intensidade)
- MCC – Complicação ou comorbidade maior (maior intensidade)

Complicações são situações clínicas decorrentes do diagnóstico principal e comorbidades são outras patologias, não necessariamente determinadas pelo diagnóstico principal, das quais o paciente já é portador ao ser admitido no hospital. Complicações, comorbidades, idade ou situação da alta hospitalar (óbito ou não, por exemplo) são fatores que influenciam de forma consistente na intensidade de consumo de recursos e na permanência hospitalar.

Quando um paciente apresenta uma comorbidade ou complicação de uma doença de base, seu grupo de DRG poderá ser considerado com CC/MCC, mas nem todos diagnósticos secundários dos quais o paciente é portador obrigatoriamente irão modificar o grau de complexidade assistencial.

No DRG Brasil as condições clínicas modificadoras da complexidade assistencial são designadas como CC ou MCC, de acordo com a intensidade da repercussão na modificação do risco:

- CC – Complicação ou comorbidade (menor intensidade);
- MCC – complicação ou comorbidade maior (maior intensidade).

1.1.5 Complexidade pelo case mix

O termo complexidade pelo case mix é utilizado para referenciar um conjunto de atributos dos pacientes que são inter-relacionados, porém distintos, incluindo a gravidade da doença, o prognóstico, a dificuldade do tratamento, a necessidade de intervenções, e a intensidade de consumo de recursos.

Para os profissionais de saúde, o conceito de complexidade pelo case mix significa que os pacientes tratados têm determinada gravidade da doença, apresentam maior grau de dificuldade do tratamento, possuem prognósticos piores e têm uma maior necessidade de intervenção. Assim, de uma perspectiva clínica, o conceito de case mix refere-se à condição dos pacientes tratados e à dificuldade do tratamento. Por outro lado, administradores e reguladores, usualmente utilizam o conceito de complexidade pelo case mix para identificar os pacientes tratados que demandam maiores recursos e maior custo na provisão da assistência. Dessa forma, a partir da perspectiva administrativa ou regulatória, o case mix representa a intensidade de demanda de recursos.

O objetivo do DRG é relacionar a complexidade assistencial hospitalar às demandas de recursos, associando-as aos custos incorridos. Portanto, o hospital com maior complexidade pela perspectiva do DRG significa que trata de pacientes que requerem mais recursos hospitalares, mas não necessariamente que estes pacientes apresentam maior gravidade da doença, maior dificuldade no tratamento, pior prognóstico ou maior necessidade de intervenção (Manual Operacional DRG Brasil, 2020).

1.1.6 Percentil 50 e percentis extremos

Na metodologia DRG os percentis são adotados como referenciais para permanência hospitalar e são utilizados para identificar possibilidades de intervenções para a melhoria da eficiência.

Em estatística, um percentil é entendido como a medida da posição não central que divide uma distribuição ordenada de dados em cem partes iguais. Os percentis indicam principalmente os percentuais que estão abaixo de um determinado valor, mas também nos informam daqueles que estão acima.



Fonte: <https://solucoesergonomicas.com.br/antropometria-e-ergonomia-importancia-e-aplicabilidade/>

Os percentis são utilizados como referenciais para permanência na metodologia DRG:

- P10 = significa que 10% da amostra da população apresenta valor igual ou menor do que o do P10;
- P25 = significa que 25% da amostra da população apresenta valor igual ou menor do que o do P25;
- P50 (ou mediana) = significa que 50% da amostra da população apresenta valor igual ou menor do que o do P50;
- P75 = significa que 75% da amostra da população apresenta valor igual ou menor do que o do P75;
- P90 = significa que 90% da amostra da população apresenta valor igual ou menor do que o do P90;

O P10 e o P90 como pontos extremos de avaliação mostram, respectivamente, valores de desempenho de 10% e de 90% dos hospitais em determinado grupo DRG. Ou seja, quanto mais próximo do P10, mais eficiente foi o tempo de permanência. Quanto mais próximo do P90, menor a eficiência (Manual Operacional DRG Brasil, 2020).

Atualmente na Fhemig, utiliza-se o Percentil 50 como fator de comparação com as demais unidades assistenciais, públicas e privadas, inseridas na Plataforma DRG Brasil.

1.1.7 Permanência prevista e Permanência realizada

Permanência hospitalar é o conceito que representa o tempo médio, em dias, que os pacientes ficam no hospital. Usualmente é uma medida que avalia internações, de forma geral,

considerando os períodos de recuperação e acompanhamento profissional. A diária é entendida aqui, como o pernoite do paciente ocupando o leito.

Permanência prevista: soma (dias) da permanência prevista para todas as ocorrências, por tipo de DRG. A permanência prevista é calculada a partir de um banco de dados com referenciais brasileiros, através da análise de todas as unidades hospitalares que utilizam o DRG, conforme o percentil escolhido;

Permanência realizada: soma (dias) da permanência realizada para todas as ocorrências, por tipo de DRG, no hospital analisado;

A Ineficiência operacional pode ser calculada através da razão entre a permanência realizada (em dias) e a permanência prevista (em dias) x 100. Também é possível identificar o número de diárias perdidas no período avaliado.

1.1.8 Referencial de Permanência: DRG Brasil Global, DRG refinado

No DRG Brasil há a possibilidade de adotar como referenciais de permanência hospitalar os seguintes parâmetros:

- DRG Brasil Global – forma de categorizar as saídas hospitalares através da permanência prevista **para cada DRG**, utilizando a base de dados nacional.
- DRG Brasil Refinado – forma de categorizar as saídas hospitalares através da permanência prevista **para cada agrupamento de DRGs**, definindo níveis de severidade, utilizando a base de dados nacional.

O DRG Brasil Global, composto por 310 classes e 754 DRGs, permite ao gestor e às equipes assistenciais identificar oportunidades de melhoria para a efetividade do seu sistema de saúde com maior facilidade e rapidez. A partir desta informação global, o DRG Brasil refinado estratifica cada classe, ou agrupamento de DRG em níveis crescentes de severidade, totalizando 1.240 DRGs refinados. Isso proporciona a identificação dos subgrupos populacionais críticos, permitindo estruturar linhas de cuidado específicas para o gerenciamento do risco dessas populações de forma acurada. O DRG Brasil refinado explica as diferenças de complexidade dentro de uma mesma classe de DRG.

O DRG Brasil refinado tem como objetivo identificar os fatores que possam justificar as diferenças de comportamento entre os pacientes no que se refere à permanência hospitalar. O grande ganho para a governança clínica utilizando a metodologia DRG é a organização do perfil epidemiológico da população hospitalizada a um número gerenciável de grupos similares de risco assistencial (Manual Operacional DRG Brasil, 2020).

O refinado é uma evolução e não substitui o DRG Brasil global, porém permite um detalhamento mais específico (Manual Operacional DRG Brasil, 2020).

1.2 O DRG NA FHEMIG

A implantação do DRG na FHEMIG teve início em 2019, com objetivo de aprimorar a qualidade do monitoramento do desempenho hospitalar e subsidiar a formulação de políticas e diretrizes institucionais. Das 20 unidades da fundação a utilização do DRG contempla 10 hospitais que são assim organizados: Complexo de urgência (Hospital João XXIII, Hospital Infantil João Paulo II, Hospital Maria Amélia Lins); Complexo de especialidades (Hospital Júlia Kubitschek, Hospital Alberto Cavalcante), Complexo de referência (Maternidade Odete Valadares, Hospital Eduardo de Menezes, Hospital Regional Antônio Dias, Hospital Regional João Penido) e o Complexo Hospitalar de Barbacena (Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo). Entre os anos de 2019 e 2023 a equipe responsável pelo DRG na FHEMIG participou do planejamento de ações estratégicas do uso da metodologia na Fundação, com destaque para a avaliação e o monitoramento de desempenho hospitalar das unidades assistenciais, por meio do acompanhamento e apuração de indicadores relacionados ao DRG nos ciclos 2019/2020; 2020/2021; 2021/2023; 2022/2023 do Pacto de Gestão.

1.2.1 - Pacto de Gestão Participativa

O Pacto de Gestão Participativa (PGP) é um dos instrumentos de governança utilizados para incentivo do planejamento interno, acompanhamento da atuação institucional e mensuração de resultados. Ele se desdobra em indicadores de todas as áreas assistenciais e administrativas.

O PGP é formalizado por meio de um contrato estabelecido anualmente com vigência de julho a junho e é organizado em duas etapas hierárquicas. A chamada “primeira etapa” é firmada entre o dirigente máximo da Fundação Hospitalar de Minas Gerais e os diretores das unidades assistenciais e administração central, enquanto a “segunda etapa” é pactuada entre cada diretor e seus respectivos gerentes, coordenadores e assessores hierarquicamente vinculados. Na 2ª etapa ocorre o desdobramento dos indicadores de 1ª etapa, com o intuito de se definir indicadores mais adequados à realidade de cada setor, isto é, a primeira etapa possui indicadores mais abrangentes, enquanto a segunda possui indicadores mais detalhados e específicos.

Os dados do DRG podem e são efetivamente utilizados pela FHEMIG para produzir indicadores de desempenho assistencial, mensurados pelo Pacto de Gestão Participativa. Atualmente, o principal instrumento utilizado para mensurar o desempenho assistencial nas unidades que utilizam o DRG é o indicador de (In)Eficiência hospitalar que tem o objetivo de aumentar a eficiência da utilização do leito hospitalar da FHEMIG ao assegurar um adequado tempo de permanência para cada usuário e o resultado assistencial, e proporcionar um aumento na oferta de leitos para rede assistencial do Sistema Único de Saúde, com a meta de alcançar a eficiência prevista pelo DRG Refinado para o percentil 50 no prazo de dois anos (julho/2023 a junho/2025)

1.2.2 - Otimiza SUS

O Projeto OtimizaSUS está vinculado ao Módulo Valor em Saúde da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais, que tem por objetivo ampliar o acesso qualificado da população mineira e otimizar a utilização de recursos com foco na melhoria dos processos de trabalho dos estabelecimentos hospitalares. O projeto tem dois eixos de atuação:

- Fomento à utilização da metodologia de Grupos de Diagnósticos Relacionados (Diagnosis Related Groups); e
- Subsídio à adesão ao Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC).

O eixo da metodologia de Grupos de Diagnósticos Relacionados visa gerar maior eficiência dos hospitais nos gastos; diminuir o tempo médio de internações; reduzir desperdícios; melhorar os controles de gestão, além de definir o produto hospitalar para fins de monitoramento, avaliação e gerência de qualidade da atenção hospitalar. São pilares do OtimizaSUS qualificar a assistência, ampliar o acesso qualificado e responder de forma eficiente às demandas da população.

O Projeto OtimizaSUS é regido pelas seguintes deliberações, resoluções e notas técnicas relacionadas:

- RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.925, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2021;
- RESOLUÇÃO SES/MG Nº 8.168, DE 18 DE MAIO DE 2022;
- RESOLUÇÃO SES/MG Nº 8.463, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2022;
- RESOLUÇÃO SES/MG Nº 8.758, DE 16 DE MAIO DE 2023;
- NOTA TÉCNICA Nº 23; e
- NOTA TÉCNICA Nº 27.

O artigo 6º da RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.925, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2021 define que a implantação do projeto ocorrerá em ondas: 1ª onda - hospitais estaduais e macrorregionais; 2ª onda: hospitais microrregionais com leitos totais (SUS) maior ou igual a 100 leitos informados no CNES em setembro/2021; 3ª onda - hospitais microrregionais com leitos totais (SUS) menor que 100 e maior ou igual a 50 leitos informados no CNES em setembro/2021. As unidades da FHEMIG foram contempladas na 1ª (HRB, HRAD, HRIJPII, HJXXIII e HEM) e 2ª onda (HRJP, HJK e MOV) do projeto, e devem cumprir as ações e metas dos indicadores colocadas na RESOLUÇÃO SES/MG No 8.758, DE 16 DE MAIO DE 2023 para fazer jus ao recebimento dos recursos previstos pelo projeto, sendo o principal indicador de monitoramento o percentual de altas hospitalares codificadas, com meta de 90% para 2024.

Conforme Anexo VII da RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.925, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2021 os recursos provenientes do OtimizaSUS devem ser executados somente nos itens abaixo:

1. Obrigatoriamente, adquirir licença do sistema agrupador da metodologia de grupos de diagnósticos relacionados, podendo ser por adesão ao registro de preço SES para licenças de sistema agrupador pela metodologia ou de forma autônoma, desde que atenda aos requisitos previstos no termo de referência;
2. Obrigatoriamente adquirir, manter e gerenciar um sistema de gerenciamento de banco de dados (SGBD), para armazenamento local (on premise) ou na nuvem (WEB), de cópia integral de todas as informações provenientes do fornecedor da metodologia de grupos de diagnósticos relacionados;
3. Aquisição e manutenção de serviço de codificação na metodologia de grupos de diagnósticos relacionados, por terceiros, se definida que a codificação não será realizada pela própria instituição;
4. No caso do não consumo integral dos recursos discriminados, assegurando-se os itens obrigatórios 1 e 2, é facultada a opção pelo item 3 ou 4 (modalidade de codificação das altas), qualquer recurso restante poderá ser consumido desde que comprovada a vinculação da despesa contratada a atividades relacionadas à utilização da metodologia de grupos de diagnósticos relacionados.

CAPÍTULO 2 - CODIFICAÇÃO CLÍNICA E QUALIDADE DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE

2.1 CODIFICAÇÃO CLÍNICA

A codificação clínica é o ato de transformar os diagnósticos e procedimentos de saúde em códigos alfanuméricos. Os analistas de informação em saúde são os profissionais responsáveis por garantir que as informações analisadas sejam traduzidas nos códigos mais apropriados e informações reais sobre o percurso do paciente na unidade (SBAIS, 2023).

A codificação clínica pode acontecer em qualquer um dos pontos de cuidado do paciente, atualmente, na FHEMIG a codificação acontece após a alta hospitalar.

A transformação de dados assistenciais em códigos, permite ao sistema alocar esses pacientes em grupos diagnósticos, conforme os recursos consumidos e complexidade assistencial desse paciente. Assim é possível traduzir o percurso assistencial do paciente naquela unidade em indicadores assistenciais e de faturamento.

Na FHEMIG o procedimento de codificação está orientado no POP CDALC 004 – Processo de Codificação, disponível na página da intranet da FHEMIG.

2.2 O ANALISTA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Analista de informação em saúde é o profissional responsável pelo intercâmbio das informações clínicas do prontuário para a plataforma DRG, sendo essa sua principal atividade, a codificação clínica.

Entre as habilidades técnicas do analista incluímos o conhecimento em anatomia, fisiologia, farmacologia, documentação clínica e de todo o arcabouço de funcionamento dos códigos de diagnósticos e procedimentos, bem como vasta familiaridade com o prontuário do paciente. O analista de informação em saúde utiliza essencialmente a Classificação Internacional de Doenças CID-10, e a tabela SUS do Sistema Único de Saúde.

Portanto, é importante existir um grupo de profissionais com habilidades e ferramentas capazes de entregar informação relevante para o sistema. É imprescindível para esse profissional a capacidade de interpretar e transformar elementos dos prontuários em dados.

Os analistas participam também na interface com outras áreas assistenciais como: Comissões de Prontuário, Comissão de Material Médico Hospitalar, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, utilizando das informações relevantes coletadas nas análises do prontuário,

e através de apontamentos oportunos e estratégicos, atuando para otimização dos processos assistenciais.

2.3 PRONTUÁRIO E CODIFICAÇÃO

A codificação tem como principal fonte de dados o prontuário do paciente.

Dados do prontuário utilizados para codificação:

- Identificação do paciente (nome, sexo, data de nascimento, filiação, endereço);
- Anamnese;
- Exame físico;
- Exames complementares;
- Diagnósticos;
- Evoluções e anotações clínicas.

É essencial, ao analista de informação em saúde, a leitura completa e profunda do prontuário para que todos os dados relacionados à situação clínica do paciente sejam registrados na codificação.

2.4 INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO QUE ALIMENTAM O BANCO DE DADOS DA PLATAFORMA DRG

2.4.1 Identificação

Os dados de identificação do usuário, como o número de prontuário, número de atendimento, data de nascimento e endereço, constam nos dados extraídos do prontuário e alimentam o banco de dados da plataforma DRG.

As informações sobre as condições de saída do paciente também serão inseridas em aba específica:

- Alta: casa/autocuidado, instituição de longa permanência, atenção domiciliar, alta a pedido;
- Transferência: para hospital de curta permanência ou para hospital de longa permanência;
- Óbito;
- Evasão.

Assim como a procedência do paciente: comunidade, UPA, transferido de hospital de curta permanência, instituição de longa permanência.

2.4.2 Anamnese

Os dados que podem ser coletados na anamnese para codificação incluem: a hipótese diagnóstica, que será investigada e confirmada durante a internação do paciente; as comorbidades e complicações que o paciente apresentava anteriormente à internação (história pregressa do paciente); a queixa do paciente, o motivo que levou o paciente a buscar o hospital e o quadro clínico atual (história da moléstia atual); os achados do exame clínico/físico; e a conduta médica.

2.4.3 Procedimentos

Serão lançados pelo analista: os procedimentos cirúrgicos, de alta complexidade e os que porventura tenham sido causa de alguma falha de estrutura e processo, ou seja, tenham levado a atraso no processo de alta.

Os procedimentos são lançados no campo específico 'Procedimentos' da plataforma.

Todos os procedimentos cadastrados na plataforma utilizam como referência a tabela SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS).

Para os procedimentos cirúrgicos, também constam informações como: o nome do médico cirurgião e do anestesista; data e hora de início e fim do procedimento.

2.4.4 Evoluções Clínicas

Nas evoluções clínicas, o analista de informação em saúde, encontrará informações dos sintomas do paciente e alterações do seu estado geral; possíveis alergias a medicamentos e/ou substâncias; novos achados do exame físico; sinais vitais; resultados dos exames complementares; prescrição de medicamentos; possíveis eventos adversos; diagnósticos e prognósticos; e medidas implementadas, como solicitação de novos exames, transferência do paciente para outro setor, alteração do esquema de antibioticoterapia, orientações ao paciente e familiares, sumário de alta ou de óbito.

Essas informações, após analisadas, auxiliaram na construção do percurso no paciente dentro da plataforma DRG, na medida em que, podem ser transformadas em códigos (de doenças ou procedimentos), podem ser inseridas nas falhas de estrutura e processo, e oportunamente na análise crítica.

2.4.5 Exames

Serão consideradas, para inserção na plataforma DRG, os seguintes exames:

- Exames de alto custo solicitados e realizados.
- Exames que possam ter influenciado na falha de estrutura e processo, ou seja, aqueles que contribuíram, de alguma forma, para o aumento de tempo de permanência do paciente na unidade.

2.4.6 Sumário de alta

O sumário de alta é um importante documento a ser analisado pelos analistas.

O relatório de alta contém uma síntese da assistência prestada ao paciente durante o período completo de seu atendimento. Neste relatório deverá constar todos os diagnósticos, procedimentos realizados e condutas terapêuticas. Informações importantes que norteiam a codificação.

2.4.8 Equipe médica

A equipe médica que participou do cuidado do paciente, assim como o médico responsável pela internação, é registrada em aba específica no processo de codificação.

2.4.9 Dispositivos Invasivos

São registrados na plataforma DRG os seguintes procedimentos invasivos (data, hora de inserção e retirada):

- Sonda vesical de demora.
 - Local de inserção: local em que o paciente foi submetido à colocação: no CTI ou fora do CTI (informação obrigatória);
 - Período inicial da sonda vesical de demora: (informação obrigatória):

- Data: (informação obrigatória) que iniciou a utilização;
- Hora: (informação opcional) que iniciou a utilização.
- Período final da sonda vesical de demora: (informação obrigatória se a situação do DRG for “Alta”);
- Data: (informação obrigatória) que finalizou a utilização;
- Hora: (informação opcional) que finalizou a utilização;
- Ventilação mecânica invasiva (intubação orotraqueal ou traqueostomia) ou ventilação mecânica não invasiva (VNI).

Para cada episódio de suporte ventilatório será informado:

- Tipo: invasivo ou não invasivo (informação obrigatória); o Se invasivo se tubo oro/nasotraqueal ou traqueostomia: (informação obrigatória se tipo for invasivo);
- Local de inserção: local em que o paciente foi submetido à colocação do suporte ventilatório: no CTI ou fora do CTI (informação obrigatória);
- Período inicial do suporte ventilatório: (informação obrigatória)
- Data: (informação obrigatória) que iniciou o suporte ventilatório;
- Hora: (informação opcional) que iniciou o suporte ventilatório.
- Período final do suporte ventilatório: (informação obrigatória se a situação do DRG for “Alta”):
- Data: (informação obrigatória) que finalizou o suporte ventilatório;
- Hora: (informação opcional) que finalizou o suporte ventilatório.
- Acesso venoso central.
 - Local de inserção: local em que o paciente foi submetido à colocação: no CTI ou fora do CTI (informação obrigatória);
 - Período inicial do cateter vascular central: (informação obrigatória):
 - Data: (informação obrigatória) que iniciou a utilização;
 - Hora: (informação opcional) que iniciou a utilização;
 - Período final do cateter vascular central: (informação obrigatória se a situação do DRG for “Alta”):
 - Data: (informação obrigatória) que finalizou a utilização;
 - Hora: (informação opcional) que finalizou a utilização.

2.4.10 Condições adquiridas

As condições adquiridas no hospital são condições clínicas ou complicações que não estavam presentes quando um paciente foi internado, mas se desenvolve como resultado de erros ou acidentes no hospital e se configuram como uma importante análise da segurança assistencial.

Os analistas de informação em saúde, após uma análise crítica do prontuário, registram em aba específica as condições adquiridas ocorridas durante aquela internação, utilizando o CID para identificar cada condição.

Conforme a Resolução - RDC 36 (2013) e o Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, elaborado pelo Ministério da Saúde (2014), os conceitos-chave, para identificar se o evento em análise é uma condição adquirida ou não, são:

- Evento adverso: incidente que resulta em danos à saúde;
- Circunstância notificável: situação com alta capacidade de causar danos, mas em que não ocorreu nenhum incidente;
- Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;
- Circunstância notificável: incidente com potencial dano ou lesão;
- Near miss: incidente que não atingiu o paciente;
- Incidente sem lesão: incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos.
- Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

2.4.11 CTI

Na aba CTI, serão registradas as seguintes informações:

- Data e hora inicial de internação e saída do paciente no CTI
- Médico responsável pela internação no CTI
- Tipo de CTI: pediátrico, neonatal, adulto.
- Condição de alta: transferência para internação, transferência para outro hospital, alta, óbito.

- CID principal: aquele que motivou a transferência para o CTI. Ressaltando que nesse caso, o CID principal do CTI não é necessariamente o CID principal da internação.

2.4.12 Readmissão

Nessa aba a plataforma irá mostrar se o paciente está sendo readmitido, ou seja, se há uma admissão em menos de 30 dias.

Ao identificar que o paciente teve passagem recente (< 30 dias) por outro hospital, a plataforma sinaliza para o analista, que se trata de uma readmissão, sendo que esse irá informar que o motivo da internação atual é “uma recaída” da internação anterior.

Observação: essa informação está relacionada a qualquer passagem do paciente por um hospital que utilize a plataforma DRG IAG, ainda que não tenha sido na rede Fhemig.

2.4.13 Falhas de Estrutura e Processo

O analista de informação em saúde irá registrar as falhas de estrutura e/ou processo que impactaram diretamente no aumento do tempo de permanência do paciente na unidade.

A aba de falha de estrutura e processo, pode ser editada pela gestão central do sistema, de acordo com as particularidades das unidades.

Tabela 2.1: Falhas de Estrutura e Processo cadastradas na FHEMIG

Falhas de Estrutura e Processo cadastradas na FHEMIG

Falta disponibilidade de exames de imagem

Espera por avaliação do especialista/interconsulta (quadro de especialistas incompleto ou inexistente na instituição) para diagnosticar e avaliar processo de alta

Espera por vaga/escala no bloco cirúrgico

Falta de medicamentos para continuidade no tratamento domiciliar

Outras causas não listadas

Liberação de oxigênio domiciliar

Espera por vaga no CTI

Paciente sem estrutura física adequada em sua residência para dar continuidade no tratamento

Cirurgia reagendada, mas paciente permanece internado aguardando novo agendamento (descrever causa do reagendamento no 2º campo de análise crítica).

Atraso da família para buscar o paciente no momento da alta

Atraso na entrega dos resultados/laudos dos exames para conclusão do diagnóstico do paciente

Falta disponibilidade de exames laboratoriais

Espera por marcação de exame externo (exceto ressonância magnética)

Dificuldades para encaminhar o paciente no processo de referência e contra referência

Atraso no sistema de "transporte em saúde" de belo horizonte para buscar o paciente

Paciente com necessidade de um cuidador em domicílio, mas sem condições de receber este cuidado

Espera por ressonância magnética externa

Espera por vaga da central de leitos para transferência

Indução de parto

Atraso no sistema de "transporte em saúde" dos demais municípios para buscar o paciente

Negociações com a assistência social para definir alta do paciente com procedência de belo horizonte, em vulnerabilidade social e não tem condições de dar continuidade ao tratamento, fora de uma instituição de saúde. (ex: abrigos)

Alta para espaço de apoio as mães que possuem RN internado (justifica redução do tempo de permanência)

Hemodiálise externa

Espera por órtese e prótese

Negociações com a assistência social para definir o destino do paciente, que não possui residência fixa em belo horizonte, mas precisa permanecer no município. (ex: casa de apoio)

Procedência da casa da gestante (justifica redução do tempo de permanência)

RN/criança aguardando decisão judicial

Alta para a casa do bebê (justifica redução do tempo de permanência)

Fonte: Plataforma DRG Brasil

2.4.14 Análise Crítica

Trata-se de um campo aberto, que deve ser preenchido somente quando ocorrer condição relevante que tenha ocorrido no percurso do paciente dentro da unidade, como: complicação, intercorrência, falhas ou danos no tratamento do paciente e que tenham repercussão em seu quadro clínico ou no seu tempo de permanência no hospital.

2.5 DESAFIOS PARA O ANALISTA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Algumas das dificuldades enfrentadas pelo analista de informação em saúde são descritas, tanto na prática da codificação, quanto nas demais atividades que podem ser desempenhadas por ele:

- Informações sobre cuidados prestados e condição clínica do paciente incompletas e/ou não registradas no prontuário;
- Diagnósticos sem especificação, diagnósticos não atualizados entre a AIH e o sumário de alta, ausência da descrição dos diagnósticos;
- Informações conflitantes sobre o uso de dispositivos invasivos, procedimentos realizados, entre outros.

Para o enfrentamento desses desafios é essencial que o analista de informação em saúde esteja em constante comunicação com as equipes assistenciais e gerenciais da unidade, colaborando com a implementação de medidas e avaliação de melhorias da qualidade das informações produzidas.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

É de fundamental importância para a qualidade da codificação um registro de qualidade contendo todos os cuidados prestados pelos profissionais da equipe, com zelo pelos horários que os cuidados foram realizados (inserção e retirada de dispositivos invasivos), eventos adversos ocorridos durante a permanência do paciente na unidade, interpretação de exames, atualização do quadro clínico, diagnósticos específicos (evitando diagnósticos sem especificação), atualização dos diagnósticos ao longo da permanência do paciente.

Ao analista de informação em saúde cabe, seguir as diretrizes da LGPD e termo de confidencialidade. Manter-se fiel às informações contidas no prontuário do paciente e fazer análises e interpretações pautadas na ética e legalidade profissional. Esse profissional deverá nunca inferir informações e nem superestimar dados clínicos quanto à gravidade do paciente.

É essencial não utilizar nenhum critério de seleção amostral de pacientes a serem codificados. Todas as altas devem ser codificadas. Em caso de a unidade não ser possível alcançar 100% de altas codificadas no prazo previsto, o percentual não codificado, deverá corresponder às últimas altas, na ordem em que foram realizadas, não pode ser intencional, ou seja, não pode haver uma seleção discricionária de desfechos assistenciais que não serão codificados.

2.7 QUALIDADE DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NA CODIFICAÇÃO CLÍNICA

A plataforma DRG, no módulo Analytics>Gestão Assistencial>Validação da Codificação>IQIC, fornece acesso ao Índice de Qualidade da Informação Clínica (IQIC). O IQIC é uma medida que tem como objetivo avaliar desde a qualidade da documentação clínica até a qualidade das informações codificadas. O IQIC é mensurado pelo próprio sistema, e leva em consideração um score com os seguintes parâmetros:

- Altas sem CID secundário;
- CID principal diferente do CID do CTI nas primeiras 24 horas;
- CID principal não especificado;

- CID principal sem topografia;
- CID principal de sinais e sintomas;
- CIDs secundários;
- CIDs secundários não especificados;
- CID secundários de sinais e sintomas;
- DRG 999;
- Pacientes com condição adquirida;
- Pós MDC;
- Quantidade de condições adquiridas;
- CID secundário igual ao CID de condição adquirida.

Após análises desses dados, o sistema transforma o IQIC em uma porcentagem, quanto mais próximo de 100%, maior a qualidade. Esse dado é passível de ser analisado, por unidade ou até mesmo por analista, permitindo que as equipes de codificação trabalhem cada vez mais focadas na melhoria da qualidade da informação produzida.

2.8 MATERIAIS DE APOIO DISPONÍVEIS NA INTRANET DA FHEMIG

Na página do DRG na Intranet da FHEMIG: <http://10.49.10.204/index.php/menu/gestao/diagnosis-related-groups-drg>, estão disponíveis alguns materiais de apoio para o analista de informação em saúde, como:

- Fluxograma de esclarecimento de dúvidas de codificação;
- Formulário de dúvida referente ao processo de codificação;
- Formulário de sugestões quanto às falhas de estrutura e processos;
- Material utilizado na capacitação em boas práticas em codificação;
- Material de treinamento de inconformidades de codificação;
- POP CDALC 004 – Processo de Codificação;
- POP CDALC 003 – Extração de relatório de altas no SIGH;
- PRS CDALC 002 – Cadastros na plataforma DRG;
- Nota técnica 001/2020 – Erros de sobreposição de horários; e
- Material de treinamento de codificação para grávidas, parto, puerpério e algumas afecções originadas no período neonatal.

CAPÍTULO 3: USUÁRIOS E A GESTÃO DO ACESSO

3.1 INTRODUÇÃO

A metodologia DRG implantada na Fhemig adota o sistema DRG Brasil do Grupo IAG Saúde (Instituto de Acreditação e Gestão em Saúde), e está em consonância aos princípios e regramentos da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e suas normas correlatas.

Os usuários do sistema DRG Brasil, além de receber treinamento para utilização da solução, seja como analistas de informações em saúde (usualmente denominados codificadores) ou como usuários que consomem as informações fornecidas pelo sistema, usualmente denominados usuários gestores, assinam os termos de confidencialidade (dois termos para os analistas e um termo para o usuário gestor), com o qual se comprometem com os princípios de segurança, sigilo e ética no uso das informações fornecidas pelo sistema, de forma vinculante aos princípios e regramentos da LGPD.

Deve-se entender que capilarizar a utilização da metodologia DRG como apoio ao gerenciamento da assistência em uma instituição, compreende um componente de difusão e entendimento das informações fornecidas pelo sistema para os diversos níveis de profissionais que colaboram na assistência.

3.2 TIPOS DE USUÁRIOS

A criação de usuários no sistema DRG, considerando que estes se dividem basicamente em dois grandes grupos: analistas de informações em saúde (codificadores) e usuários gestores (servidores que exercem ou apoiam atividades de gestão das unidades assistenciais), é um processo de trabalho que pressupõe uma estabilidade, pois usualmente, gestores de unidades e os codificadores tendem a ter uma baixa rotatividade.

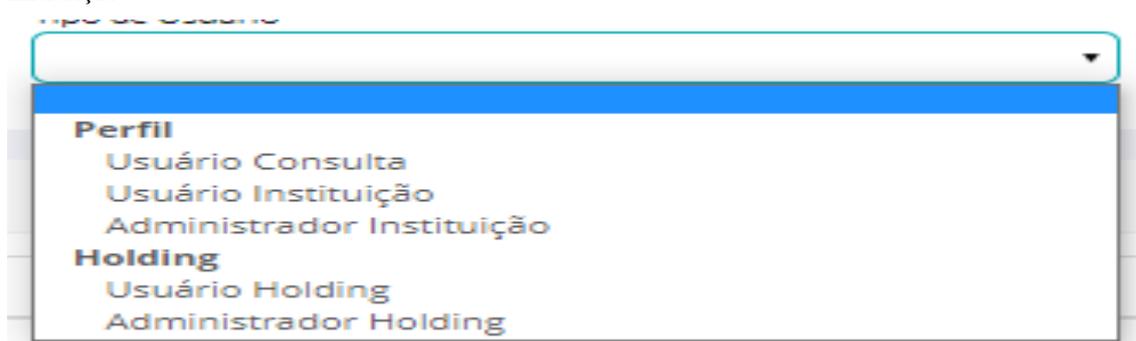
A criação de usuários no sistema DRG, é de responsabilidade exclusiva do usuário com perfil **administrador da instituição**. A definição dos perfis e permissões de acesso no sistema DRG busca seguir um padrão que reflita os níveis de hierarquia e autonomia de decisão institucional para os usuários gestores, e considera também a autorização ou não de acesso a informações assistenciais dos pacientes atendidos na instituição de acordo com sua profissão (ex.: médico, enfermeiro, psicólogo etc.), sendo os perfis desses usuários relacionados ao perfil de **usuário consulta**. Por sua vez, os analistas de informações em saúde possuem um perfil fixo no Sistema DRG, denominado **usuário instituição**.

Os perfis, administrador instituição e usuário instituição, interagem com o sistema DRG tanto na modalidade consulta quanto na modalidade “escrita” (podem realizar modificações no sistema), necessitando por isso treinamento individualizado e a assinatura de termo de responsabilidade específico, além do termo de confidencialidade, este último comum a todos os usuários.

Todos os demais usuários do sistema DRG, por questões de segurança e integridade do sistema e de compliance com os princípios e normas da LGPD, devem ser usuários do tipo usuário consulta.

Abaixo apresenta-se um recorte da página do sistema DRG Brasil IAG, em que o usuário administrador instituição faz a seleção do tipo de usuário que será criado e configurado.

Figura 3.1 Campo de seleção do tipo de usuário a ser criado, para uso exclusivo do usuário administrador instituição



Fonte: Seção extraída da página do Sistema DRG Brasil, para criação e configuração de usuários (Consulta em 01/09/2023)

A seguir, são listados os tipos de usuários e de perfis de acesso ao DRG:

- Usuário consulta
- Usuário instituição
- Administrador instituição
- Usuário holding
- Administrador holding

Atualmente utilizamos basicamente os 4 primeiros tipos de usuário acima citados.

Administrador instituição (AI)

Este usuário é único por instituição e atualmente, somente o servidor que ocupa a chefia da Coordenação de Desempenho Assistencial e Linhas de Cuidado da DIRASS possui esse acesso.

É função exclusiva deste usuário o gerenciamento dos perfis de acesso ao sistema, cabendo-lhe o cadastramento de usuários, a definição dos perfis e permissões de acesso destes usuários, conforme necessidade da instituição.

Este usuário terá acesso a todos os tipos de relatórios da instituição.

É recomendável que durante as ausências deste usuário (férias, licenças, afastamento etc.), haja a comunicação ao suporte DRG Brasil (suporte@drgbrasil.com.br) para que o suporte transfira o perfil deste administrador a outro usuário que tenha sido capacitado e possa responder pela gestão dos perfis e permissões.

Usuário instituição (UI)

Este usuário possui o perfil que permitirá o acesso a todas instituições “filhas” (unidades assistenciais) da instituição principal (FHEMIG), conforme autorização dada pelo administrador da instituição, e terá acesso a todos os dados cadastrados e telas de parametrização, exceto as opções restritas ao administrador da instituição.

Este usuário é direcionado aos servidores que necessitam de acesso tanto do tipo consulta quanto na modalidade “escrita” (podem realizar modificações no sistema), que é o caso dos analistas de informações em saúde (codificadores).

Na criação desse tipo de usuário já está pré-configurada a parametrização que permite a visualização dos seguintes módulos do DRG:

- Distribuição por frequência;
- Registro de paciente;
- Registro de paciente (Histórico de alterações);
- Validação Base de Registro Paciente;
- Importação Registro Paciente;
- Registro de paciente (Resumo de alta hospitalar);

Usuários consulta (UC)

Existem dois tipos de usuário consulta no sistema: usuário consulta comum, usuário que terá acesso do tipo consulta apenas ao menu gestão assistencial, e o usuário médico.

Para o usuário consulta, em sua criação, já está parametrizada a visualização dos seguintes tipos de relatórios:

- Distribuição por frequência;
- Histórico de acessos de usuários;
- Registro de paciente;

- Registro de paciente (Histórico de alterações);
- Desempenho geral do DRG Brasil;
- DRG's com Internações Sensíveis ao Cuidado Primário;
- Permanência acima da média;
- Permanência média;
- Permanência média por DRG;
- Permanência média por equipe médica;
- Possível idoso frágil;
- Referencial comparativo (Gestão econômica);
- Registro de paciente (Resumo de alta hospitalar);
- Avaliação do Desempenho Médico;
- Avaliação de Desempenho por Especialidade;
- Desempenho do Plantão Médico;
- Altas com Readmissões em até 30 dias;
- Distribuição de Frequência de Condições Adquiridas;
- Taxa de Óbito.

Usuário médico

Este usuário, também um usuário consulta, terá acesso apenas ao menu de consultas.

Para o usuário médico, só haverá liberação do relatório “avaliação do desempenho médico”, referente aos dados do médico logado ao sistema.

Na criação desse tipo de usuário já está parametrizado apenas a visualização do relatório:

- Avaliação de desempenho médico.

Administrador holding (AH)

Assim como o usuário administrador instituição (AI), este usuário tem acesso a todos os dados cadastrados e telas de parametrização da holding (instituição pai - FHEMIG) e das instituições filhas, netas etc.

A principal função exclusiva a este usuário é o gerenciamento dos perfis de acesso ao sistema, cabendo-lhe o cadastramento de usuários, a definição dos perfis e permissões de acesso destes usuários, desde que, no seu cadastro, ele esteja como “AI” em todas as instituições da holding a que lhe foi concedido acesso.

Usuário holding (UH)

Esse tipo de usuário é concedido no caso de servidores que precisam de acesso a mais de uma unidade assistencial, como é o caso das áreas da Administração Central da FHEMIG, e os Complexos Hospitalares.

Os usuários deverão ser cadastrados dentro da “instituição pai” (FHEMIG) e ter seus acessos liberados nas “instituições filhas” (unidades assistenciais) às quais ele poderá ter acesso, e definindo seu perfil de acesso (usuário consulta, usuário instituição) e permissões em cada instituição que compõem a “holding”.

IMPORTANTE: após a criação de qualquer tipo de usuário citado acima, o “administrador instituição” poderá alterar as permissões de acesso caso necessário.

3.3 GESTÃO DE ACESSO

Dois princípios básicos devem pautar todas as decisões que se relacionam com a gestão de acesso ao sistema DRG:

- Segurança e sigilo nas interações com o sistema que trabalha com dados pessoais sensíveis;
- Ética no uso das informações consumidas.

A definição de quem deverá ter acesso ao sistema DRG (usuários), quer como analista de informações em saúde ou usuário gestor, é de responsabilidade das unidades demandantes (hospitais FHEMIG que têm a solução implantada e unidades da administração central da FHEMIG).

Foram criados os seguintes fluxos para melhor orientação das unidades quanto às solicitações e/ou alterações de acesso à plataforma DRG.

- No caso de solicitação de novo acesso para analista de informação em saúde, o demandante deve seguir o fluxo conforme orientações do ANEXO 1.
- No caso de solicitação de novo acesso para gestor, o demandante deve seguir o fluxo conforme orientações do ANEXO 2.
- E no caso de alteração e/ou exclusão de acesso ao DRG, o demandante deve seguir o fluxo conforme orientações que constam no ANEXO 3.

Cumprido os trâmites, solicitação (completa), conclusão do treinamento, assinatura do (s) termo (s) de confidencialidade (em processo SEI específico), o servidor receberá no e-mail pessoal cadastrado, seu LOGIN e SENHA para acesso ao sistema, devendo mantê-los seguros e sigilosos, conforme se responsabilizou ao assinar o termo de confidencialidade.

Observação: Todos os fluxos acima e os formulários citados nos mesmos estão disponíveis na página do DRG na intranet da FHEMIG: <http://10.49.10.204/index.php/menu/gestao/diagnosis-related-groups-drg>.

CAPÍTULO 4: POSSIBILIDADES DE USO DO DRG NOS PROCESSOS DE GESTÃO

4.1 UTILIZAÇÃO DO DRG NOS PROCESSOS DE GESTÃO HOSPITALAR

A compreensão assertiva dos sistemas hospitalares pode fornecer subsídios para melhorar a eficiência, a eficácia e a efetividade nas ações de saúde, bem como aprimorar o planejamento nas ações dos sistemas de saúde (CARPANEZ; MALIK, 2021).

A gestão adequada de leitos implica em garantia do acesso, integralidade do cuidado, qualidade das ações e eficiência do sistema, frente à capacidade instalada existente. Nesta vertente, a metodologia Diagnosis Related Groups (DRG) se apresenta como uma importante ferramenta de avaliação da qualidade do cuidado e da eficiência na utilização de recursos e serviços no ambiente hospitalar.

A metodologia DRG permite monitorar e avaliar unidades assistenciais utilizando parâmetros que levam em consideração a complexidade dos pacientes atendidos e os desfechos assistenciais, assegurando a possibilidade de comparar os resultados obtidos com o desempenho de outros serviços hospitalares. Assim, o DRG pode ser utilizado como suporte à definição de políticas assistenciais e de investimento, bem como ferramenta de apoio à gestão mais eficiente de recursos, além de garantir a transparência dos dados que refletem a complexidade e qualidade dos serviços hospitalares ofertados à população (MARTINS; ÂNGELO, 2021).

No apoio à gestão hospitalar, o DRG traduz-se em importante ferramenta para direcionar a otimização de processos hospitalares, definição de alvos assistenciais, promoção do uso eficiente do leito além de balizar a melhoria da qualidade assistencial, garantindo o monitoramento da mortalidade hospitalar (geral ou específica) e da ocorrência de condições adquiridas, o que dá à metodologia um importante enfoque na qualidade e segurança assistencial.

Por meio da utilização das análises dos grupos de DRG, as unidades hospitalares podem conhecer melhor o seu perfil epidemiológico, tipo e complexidade, geral ou específica, dos pacientes que atendem; o desempenho assistencial alcançado e os fatores que o impactam; permitindo calibrar seus indicadores assistenciais pelo índice de complexidade (case mix) dos pacientes; oferecendo, portanto, novos subsídios para o planejamento dos serviços. A metodologia DRG possibilita comparações entre hospitais, regiões e até mesmo países, de acordo com suas variações na utilização de serviços, no processo de tratamento e nos resultados, o que contribui para que a avaliação do desempenho hospitalar alcance novas dimensões, mais ampliadas, de análise (MARTINS; ÂNGELO, 2021).

O sistema DRG disponível na Fhemig, ofertado pelo DRG Brasil da IAG, dispõe de diversos módulos para análises específicas e detalhadas do desempenho e qualidade assistencial, com diversos níveis de parametrização. Por sua vez, perfis específicos de usuários, os gestores das unidades assistenciais e grupos de servidores da administração central, dispõem do módulo Analytics, uma ferramenta de Business Intelligence, cuja a finalidade é integrar informações e análises que se traduzem em painéis de análises gráficas e textuais (Dashboards).

Além do Analytics, a plataforma DRG ainda oferece a possibilidade de extração de dados brutos do sistema, em arquivo texto, de acordo com a necessidade do usuário. Porém, atualmente, essa extração é realizada somente pela Coordenação de Desempenho Assistencial e Linhas de Cuidado da DIRASS. Dessa forma, caso o gestor necessite de informações mais detalhadas da base de dados do DRG, deverá seguir o fluxo orientações do ANEXO 4, que também está disponível na intranet da FHEMIG.

Todos os módulos existentes na solução DRG Brasil permitem análises detalhadas do desempenho e qualidade assistencial, com diferentes níveis de agregação ou granularidade, quer das unidades assistenciais, seus agrupamentos (os complexos) ou de toda a rede, enquanto o Analytics permite que essas análises sejam realizadas de forma visual (gráficos e tabelas). O Analytics apresenta, em diferentes painéis com enfoques de análise distintos (perfil epidemiológico, eficiência, mortalidade, condições adquiridas, falhas de estrutura e processo, parto adequado etc.), por meio de variados gráficos e tabelas, os resultados assistenciais e econômicos, referente a todos os pacientes codificados na plataforma, possibilitando pesquisas e emissão de relatórios, passíveis de serem parametrizados de diversas maneiras.

Enquanto o Analytics é uma ferramenta de avaliação inicial capaz de promover uma percepção de quais análises complementares são necessárias, que então poderão ser conduzidas com parametrizações complementares do próprio Analytics, a emissão de relatórios pode ser realizada preferencialmente por meio dos demais módulos, presentes na aba módulos, que, por sua vez, são amplamente parametrizáveis. A análise do conteúdo disponibilizado nos diversos relatórios da plataforma DRG possibilita uma tomada de decisão mais assertiva e acurada, aliada a um elevado grau de confiança para definir e monitorar ações que visem melhorar a performance das Unidades Assistenciais e, conseqüentemente, de toda a rede FHEMIG, servindo como base para promover governança clínica e entrega de valor.

A partir de análises detalhadas do desempenho assistencial, os gestores, em diferentes níveis de atuação, serão capazes de identificar de forma precisa em quais conjuntos de DRG, relacionando-os aos tipos de DRG (DRG de tipo clínico ou cirúrgico) e aos processos assistenciais relacionados a esses produtos hospitalares, determinada unidade assistencial

possui um desempenho e qualidade assistencial deficiente ou superior em relação ao referencial estipulado, permitindo definir de forma assertiva e acurada onde investir recursos e insumos para a promoção do que produz de forma eficiente e qualificada, ou para correção do que produz de forma ineficiente e/ou com qualidade inferior ao referencial.

4.2. PRINCIPAIS APLICABILIDADES: PERFIL ASSISTENCIAL E USO DO LEITO

Conforme já exposto no tópico sobre os processos de gestão hospitalar, na qual a metodologia DRG pode ser essencial na definição de estratégias de induzir diversas melhorias nos processos de gestão, também é possível e oportuno utilizar o DRG para definir perfis assistenciais de serviços hospitalares e apoio à maior eficiência do uso do leito.

O DRG tem como principal direcionador de análises o leito dia, considerando que para unidades hospitalares de agudos, perfil para o qual o DRG foi primariamente criado e aprimorado, é nessa unidade - o leito hospitalar, que o paciente recebe toda a gama de serviços assistenciais e de apoio, que irão configurar um produto (um DRG) e determinar um resultado (o desfecho).

O domínio da metodologia DRG permitirá aos gestores hospitalares conhecer detalhadamente quais produtos o hospital consegue ofertar de forma eficiente e com qualidade, e para quais produtos o hospital não obtém um desempenho e qualidade satisfatórios em relação a seus referenciais. A partir desse conhecimento, é possível o gestor ter segurança em negociar seus melhores produtos, definindo o que e quanto é capaz de ofertar.

Por sua vez, considerando que serviços hospitalares (os produtos) muitas vezes constituem demandas que se impõem ao hospital, os gestores, já dominando a metodologia DRG, também conseguirão mensurar a necessidade de recursos e esforços que precisam receber e empreender para melhorar processos e resultados que permitirão que passem a ofertar os serviços que não conseguiam produzir de forma eficiente e qualificada.

Quanto ao uso do leito, a metodologia DRG e o domínio de sua utilização asseguram aos gestores a capacidade de avaliar o desempenho que alcançam na utilização desse recurso para ofertar seus diversos produtos. O que significa dizer que ao analisar os DRG e grupos de DRG que constituem produtos qualificados e eficientes, os gestores podem interpretar, de forma acurada, que a utilização dos leitos envolvidos na entrega desses produtos está sendo aproveitado de forma eficiente, em relação ao seu referencial. Não significa dizer que melhorias não podem ser instituídas, mas que tais melhorias levarão o hospital a ofertar aquele produto de forma ainda mais qualificada e/ou eficiente em relação ao seu referencial.

Porém, quando defrontado com a oferta de um produto hospitalar (um DRG) que se deu de forma ineficiente ou mal qualificado, esse gestor deverá interpretar que esse produto aumentou os riscos assistenciais para os pacientes atendidos, significou um desperdício de recursos preciosos além de uma restrição ao acesso de demais pacientes a esses recursos.

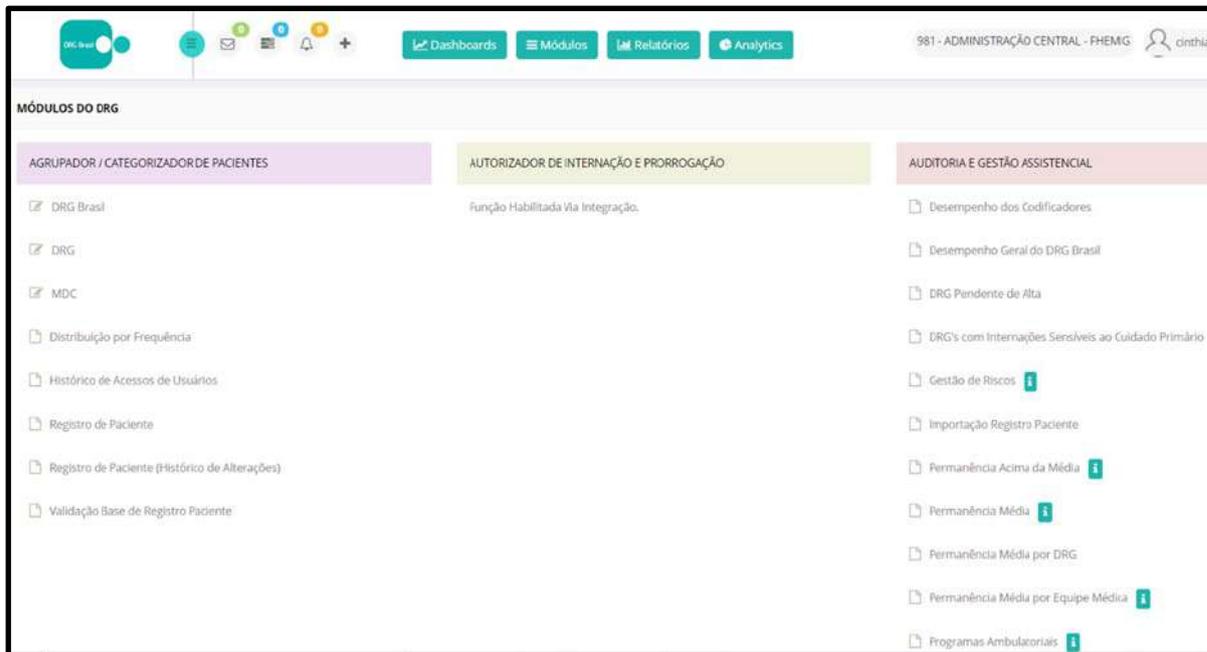
Cada DRG que apresenta ineficiência, significa um risco assistencial maior ao paciente assistido, um mal aproveitamento do leito para ofertar mais e melhores atendimentos, e a não disponibilização desse leito para a comunidade que dele carece.

O Relatório de desempenho geral do DRG Brasil da unidade (Figura 4.1), que pode ser parametrizável em vários níveis, irá entregar ao gestor os 10 DRG clínicos e cirúrgicos que mais criticamente afetam seu desempenho (de maior ineficiência), apontará também importantes evidências relacionadas à qualidade da assistência (mortalidade, mortalidade em DRG de baixo risco, incidências de condições adquiridas e mediana de tempo para a ocorrência de condições adquiridas). Também irá entregar uma análise da criticidade da ineficiência encontrada, ao apontar o quão prevalente é o desvio de eficiência encontrado, além de apresentar em números uma estimativa de quantos atendimentos deixaram de ser ofertados à comunidade em decorrência da ineficiência encontrada (DRG BRASIL, 2023c).

Dessa forma, o relatório de desempenho geral consiste em um consolidado bastante rico em informações sobre as internações hospitalares e o desempenho assistencial. Nele, é disponibilizado ao gestor diversas possibilidades de parametrização, de acordo com o cabeçalho contendo todos os parâmetros passíveis de seleção, incluindo a associação por tipo de DRG clínico, ou cirúrgico ou ambos, sempre direcionado ao objeto de análise em questão.

Se o objetivo for uma análise global, deve-se manter os campos em branco ou sem serem preenchidos, apenas com o campo “Período da Alta”, de preenchimento obrigatório, haja vista que a utilização de filtros limita as informações a serem exibidas no relatório, tornando-o mais específico (DRG BRASIL, 2023c).

Figura 4.1 Aba de Desempenho Geral do DRG Brasil componente do parâmetro Módulos para emissão de relatórios



Fonte: Plataforma DRG Brasil, 2023.

Assim, o relatório de desempenho geral é capaz de consolidar as informações em relatórios individuais e ampliar a disponibilidade de dados relevantes para tomada de decisão, resumizando o perfil nosológico (conjunto de doenças prevalentes e/ou incidentes em uma determinada comunidade), a complexidade assistencial, a eficiência no uso do leito hospitalar (permanências) e os desempenhos assistenciais em uma visão sintética. Dessa forma, esse relatório mostra-se muito útil para diagnósticos rápidos, direcionando o detalhamento para relatórios mais específicos, de acordo com o cenário identificado (DRG BRASIL, 2023b).

Espera-se que, quanto mais eficiente for a organização de saúde, mais próxima do referencial do percentil escolhido estará. O cálculo do percentual de eficiência no uso do leito apresentado na tabela é a divisão do total de diárias realizadas/total de diárias previstas, sendo que organizações mais eficientes alcançarão 100% (ou até um pouco menos) do previsto para a fonte de referência e percentil selecionado. Assim, quando a unidade hospitalar atinge número de diárias realizadas maior que o previsto, tanto para casos clínicos e/ou cirúrgicos, ao realizar o cálculo da eficiência esse apresenta-se acima de 100%, mostrando que a organização tem um desempenho maior que o previsto selecionado quanto ao tempo de uso do leito, portanto, portou-se de forma ineficiente neste quesito (DRG BRASIL, 2023b).

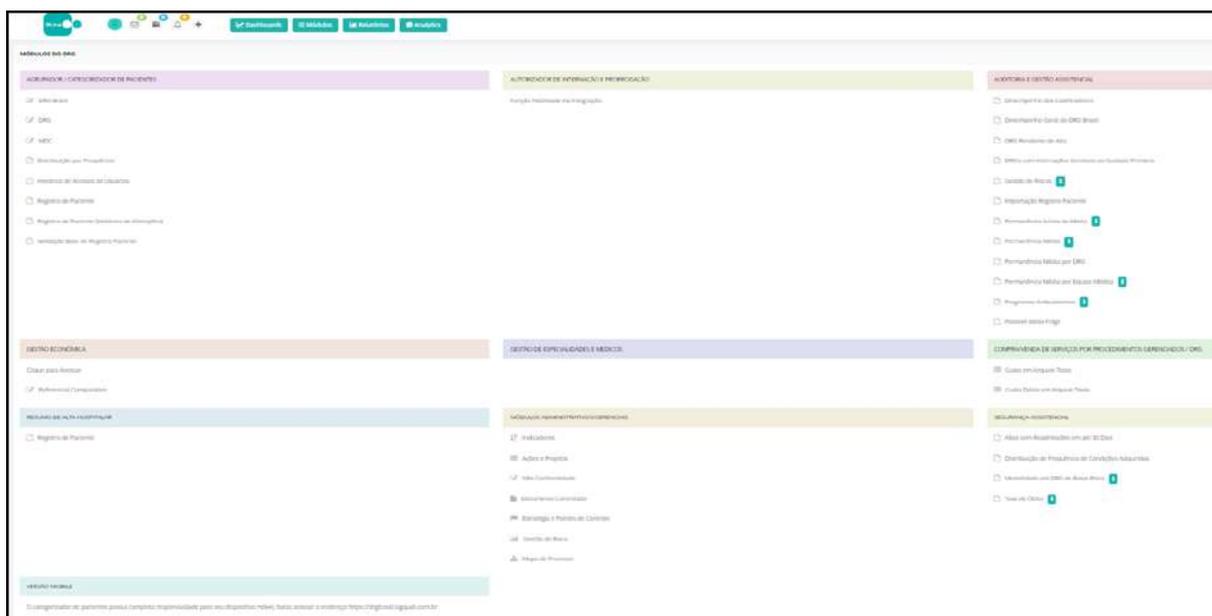
Importante ressaltar que nos relatórios DRG Brasil, há a opção de inserir parâmetros e deixá-los salvos no sistema, por meio do item “Gravar Parâmetros”, a fim de otimizar o

processo de emissão de relatórios similares posteriores e monitoramento frequente da unidade assistencial junto ao DRG.

4.3 INTERFACE DRG E SEGURANÇA ASSISTENCIAL

No que tange à segurança assistencial, por meio do painel módulo, na aba **segurança assistencial** localizada na porção inferior à direita na tela de **módulos** do DRG, a plataforma fornece relatórios com informações referentes aos DRG específicos ocorrentes em cada instituição, que auxiliam em análises importantes de segurança: o relatório das altas com readmissões em até 30 dias; distribuição de frequência de condições adquiridas; mortalidade em DRG de baixo risco e taxa de óbito (Figura 4.2).

Figura 4.2 - Aba Segurança Assistencial componente do módulo Módulos para emissão de relatórios DRG.



Fonte: Plataforma DRG Brasil, 2023.

O relatório de altas com readmissões em até 30 dias é composto pelo total de registros de pacientes reinternados em até 30 dias, para cada classe de DRG de alta, relacionando a permanência prevista e permanência real realizadas pelo paciente, em dias, tanto na internação primária quanto na recaída/complicação. Apresenta também a razão entre o número de recaídas e o total de altas de mesma classe de DRG, em percentual, além do número de atendimento hospitalar e médico assistente de cada paciente na internação de origem responsável pelo retorno, possibilitando a consulta completa ao prontuário para maiores detalhes de cada caso, se necessário (DRG BRASIL, 2023d).

Esse relatório apresenta então ao gestor os dados de pacientes que tiveram a necessidade de serem reinternados em período até 30 dias após a alta hospitalar, em decorrência de complicações ou recaídas do quadro clínico relacionado à internação anterior. Assim, auxilia na avaliação de possíveis falhas na qualidade do cuidado prestado durante a internação prévia e alta hospitalar, haja vista que, quando o paciente recebe cuidado de qualidade e é transferido para a assistência ambulatorial com segurança, não são esperadas reinternações, as quais representam uma ineficiência do cuidado prestado, além de custo potencialmente evitável para o sistema de saúde (DRG BRASIL, 2023d).

O relatório de distribuição de frequência de condições adquiridas possibilita avaliar a taxa de condições adquiridas e a frequência dos eventos nos grupos DRG, que auxilia o gestor traçar um panorama de qualidade e segurança assistenciais institucional, o qual direciona a tomada de decisão a fim de promover a redução de iatrogenias e consequente melhoria dos serviços prestados. É possível emitir relatórios sintéticos ou analíticos (por condição adquirida, por DRG ou por paciente), extraíndo-se por meio deles as descrições das condições adquiridas ocorridas e o CID, com a quantidade de casos, frequência e proporção do total de condições adquiridas ocorrentes, para cada DRG específico, e o total de eventos cadastrados, em percentual (DRG BRASIL, 2023d).

As condições adquiridas consistem em erros que atingem o paciente e que podem causar algum dano ou não, surgindo em um ou mais pontos da linha de cuidado assistencial.

Nesse sentido, as condições para a ocorrência do erro estão relacionadas às tarefas, às pessoas e ao ambiente, envolvidos ao longo da trajetória do paciente no hospital, sendo descrito pela Organização Mundial de Saúde (OMS) 13 possíveis contextos nos quais os incidentes podem surgir: acidentes com pacientes; gestão clínica; comportamento dos profissionais da saúde; dispositivos médicos/equipamentos; documentação; gestão de recursos/organização; infecção relacionada à assistência; infraestrutura/instalações; medicamentos/líquidos para administração endovenosa; nutrição; oxigênio/gases/vapores; procedimento assistencial; sangue/produtos sanguíneos (DRG BRASIL, 2023a).

É essencial a discussão das condições adquiridas entre a equipe assistencial da instituição e a interação dos serviços de codificação do DRG com o Núcleo de Segurança do Paciente e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, a fim de garantir o correto lançamento e análise de todos os eventos ocorridos. O objetivo principal da análise é compreender o que diferencia uma condição clínica, que surge durante o período de internação hospitalar associada à doença base do paciente, daquela condição determinada por falhas no processo assistencial, sendo de crucial importância a identificação e formulação de plano de

ação direcionado à cada condição adquirida para obtenção e manutenção da qualidade e segurança assistenciais (DRG BRASIL, 2023a).

O relatório de mortalidade em DRG de baixo risco objetiva avaliar a ocorrência de óbitos hospitalares em pacientes cujo risco clínico é baixo, assinalados à DRGs com baixo risco de mortalidade, e que, por isso, o óbito não é esperado, podendo assim ser muitas vezes atribuído a questões de segurança e qualidade assistencial. Nesse contexto, são considerados DRG de baixo risco os grupos que apresentam taxa de mortalidade $<0,5\%$ a cada 1000 altas, de acordo com o referencial utilizado pela metodologia DRG direcionado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (DRG BRASIL, 2023d).

Por sua vez, o relatório taxa de óbito objetiva avaliar as taxas de óbito por grupo de DRG e de óbito global, sendo um indicador essencial de efetividade. É importante analisar adequadamente quando da ocorrência de taxas elevadas de óbito, que podem refletir falhas nos processos de segurança e qualidade assistencial, ou mesmo diferenças atribuíveis, por exemplo, ao case mix de cada instituição e aos diferentes perfis de complexidade clínica dos pacientes admitidos, sendo sempre desejável almejar e obter valores baixos de mortalidade institucional (DRG BRASIL, 2023d).

Este relatório é composto por cada DRG com seu código e descrição, o número total de altas e de óbitos, separadamente, cadastradas em determinado grupo de DRG no período e, por fim, a taxa de óbito, contendo a razão entre o número de óbitos sob o total de altas registradas no período, em percentual.

4.4. AVALIAÇÃO DO DRG E MELHORIAS DE PROCESSO DE TRABALHO

Em relação aos processos que contribuem para a entrega de um determinado produto (um DRG) por um serviço hospitalar, a metodologia DRG é capaz de ofertar muitas informações que permitem definir se esse produto foi entregue de forma eficiente e com a qualidade almejada.

Para o gestor que conhece o desempenho e qualidade com que sua unidade oferece determinado produto, é essencial a necessidade de conhecer detalhadamente toda a cadeia produtiva e todos os processos envolvidos na entrega de qualquer produto que não obteve uma avaliação satisfatória (eficiência e qualidade).

A partir da análise criteriosa dessa cadeia produtiva e dos processos encadeados na entrega de determinado produto, o gestor poderá identificar as falhas de estrutura e de processos que contribuiram para causar ineficiências ou déficits de qualidade.

Assim, o sistema DRG, oferece uma gama relevante de produtos que analisam as principais falhas de estrutura e de processos que causam desperdícios para as entregas programadas, elencando-as de acordo com sua criticidade quanto ao impacto em gerar ineficiência e qual a real prevalência dessas falhas ao serem relacionadas aos diversos produtos ofertados.

Outro item de grande relevância entre as diversas análises (módulos) que o sistema DRG oferece para avaliação do desempenho assistencial, que se traduzem em importantes indicadores da qualidade da assistência ofertada, são todos os módulos e relatórios que se relacionam às condições adquiridas, sua gravidade, prevalência e impacto no desempenho assistencial e nos desfechos (mortalidade e readmissões). As diversas análises sobre as condições adquiridas quando associadas aos diversos relatórios e indicadores sobre mortalidade (geral e específicas), mortalidade em DRG de baixo risco (eventos sentinelas), taxa de cesárea, escala de Robson e parto adequado, readmissões apontam para os gestores pontos críticos de intervenção para que se promovam melhorias da segurança e qualidade assistencial, que permitiram diminuir os riscos assistenciais e os elevados desperdícios e custos que uma unidade pode incorrer, quando não monitora e cria intervenções assertivas e qualificadas para minimizar o impacto dessas condições.

Um conhecimento detalhado de toda a cadeia produtiva de sua unidade, de seus pontos fortes, de suas fraquezas, e particularmente dos fatores que interferem na entrega tempestiva, qualificada e eficiente de seus produtos, permite ao gestor ter de forma clara todos os processos que asseguram seus melhores resultados e produtos, podendo negociá-los e precificá-los de forma precisa. Ademais, quando o gestor conhece os processos e produtos de sua esteira produtiva, que não se posicionam como produtos gerados com eficiência e qualidade semelhante ou superior ao de seus referenciais, ele tem condições para avaliar a possibilidade de desinvestir nas linhas de produtos deficitários ou mensurar a necessidade de recursos a serem investidos para tornar eficientes as referidas linhas e seus produtos qualificados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARPANEZ, L.R.; MALIK, A.M. O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(4):1289-1298, 2021. Disponível em: <DOI: 10.1590/1413-81232021264.07242019>. Acesso em: setembro de 2023.

DRG BRASIL. Manual Operacional DRG Brasil. **Conceituação e Exemplificação – Condições Adquiridas**. outubro de 2023a.

DRG BRASIL. Manual Operacional DRG Brasil. **Desempenho Geral do DRG Brasil**. outubro de 2023b.

DRG BRASIL. Manual Operacional DRG Brasil. **Falha de Estrutura e Processo**. agosto de 2023.

DRG BRASIL. Manual Operacional DRG Brasil. **Parametrização e Emissão dos Relatórios DRG Brasil**. outubro 2023c.

DRG BRASIL. Manual Operacional DRG Brasil. **Relatórios: Segurança Assistencial**. outubro de 2023d.

FETTER, R.B. **Diagnosis Related Groups: Understanding Hospital Performance**. Interfaces, 1991, 21 (1), 6-61. Doi 10.1287.

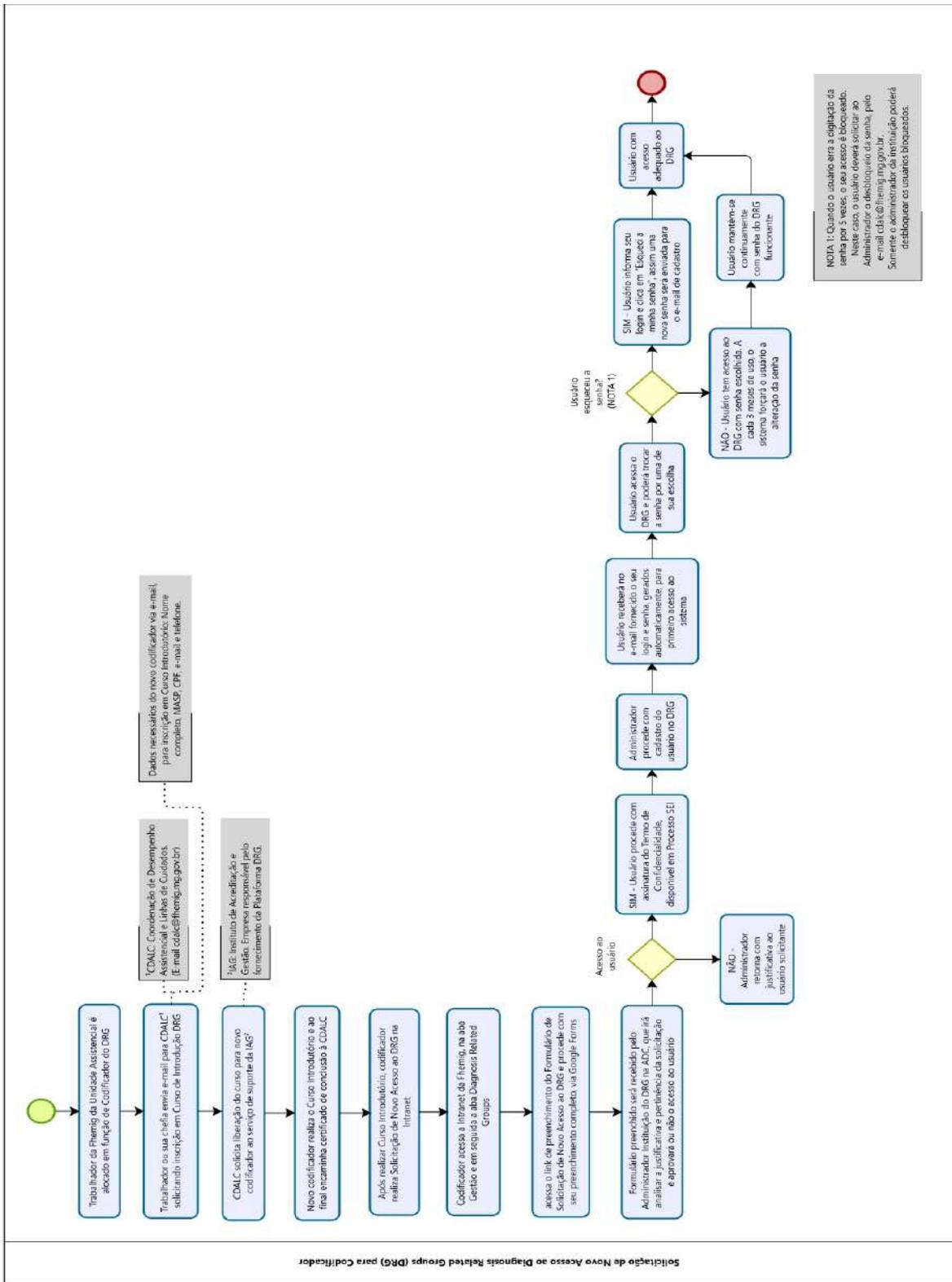
MARTINS, B.R.; ÂNGELO, M.A.F. Implantação da metodologia diagnosis related groups na fundação hospitalar do estado de minas gerais: um estudo de caso. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, p. 52-69, Belo Horizonte-MG, NOV 2021. Disponível em: <DOI: <https://doi.org/10.21450>>. Acesso em: setembro de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC 36**, Brasília, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, 2014.

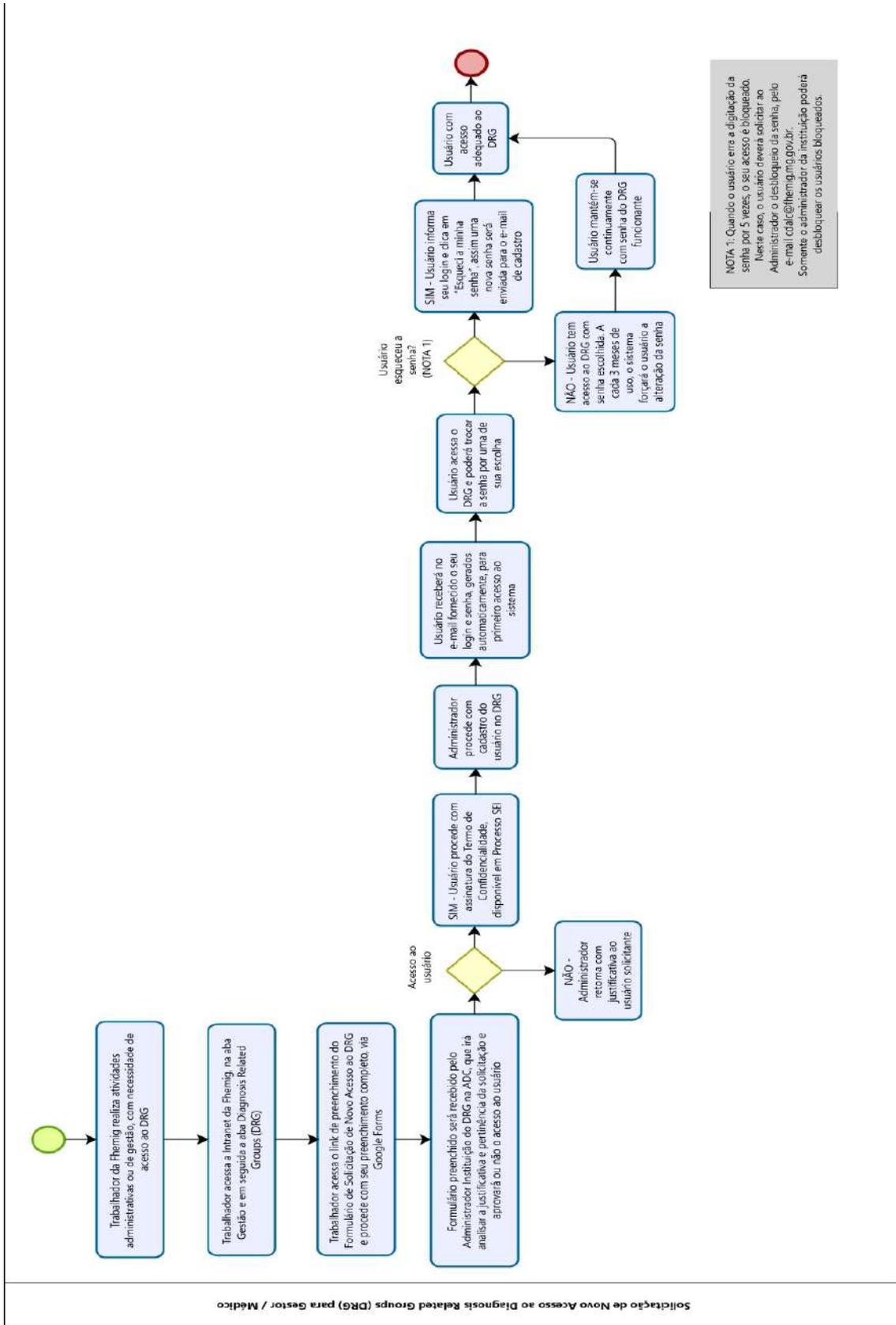
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANALISTAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE. **Análise de Informação em Saúde: entenda a carreira e saiba como ingressar na profissão [recurso eletrônico]** / Sociedade Brasileira de Analistas de Informação em Saúde. – Belo Horizonte: SBAIS, 2023. Recurso digital; PDF.

ANEXO 1 - Fluxo de solicitação de novo acesso – Analista de Informação em Saúde



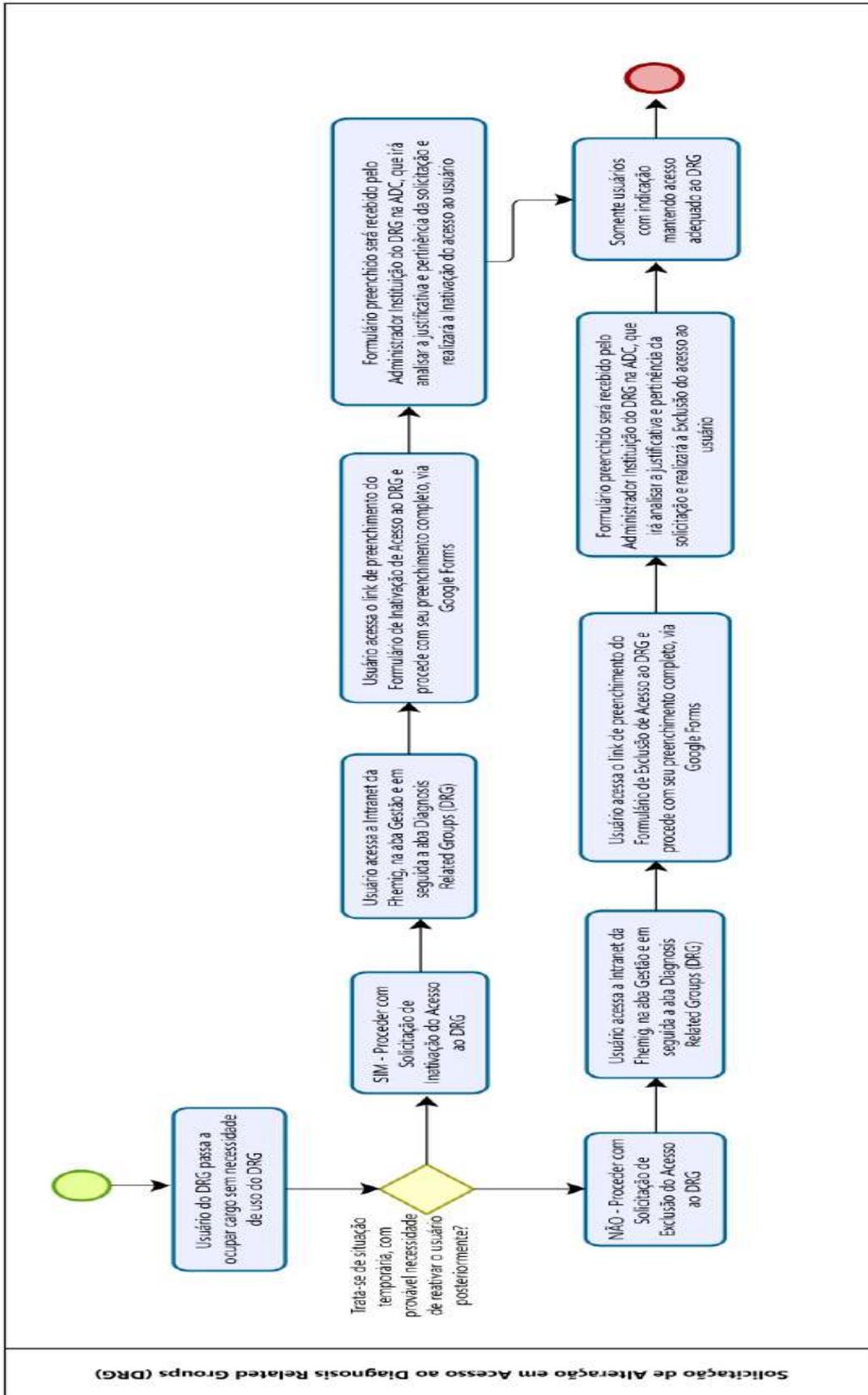
Fonte: Elaboração própria

ANEXO 2 - Fluxo de solicitação de novo acesso – Gestor



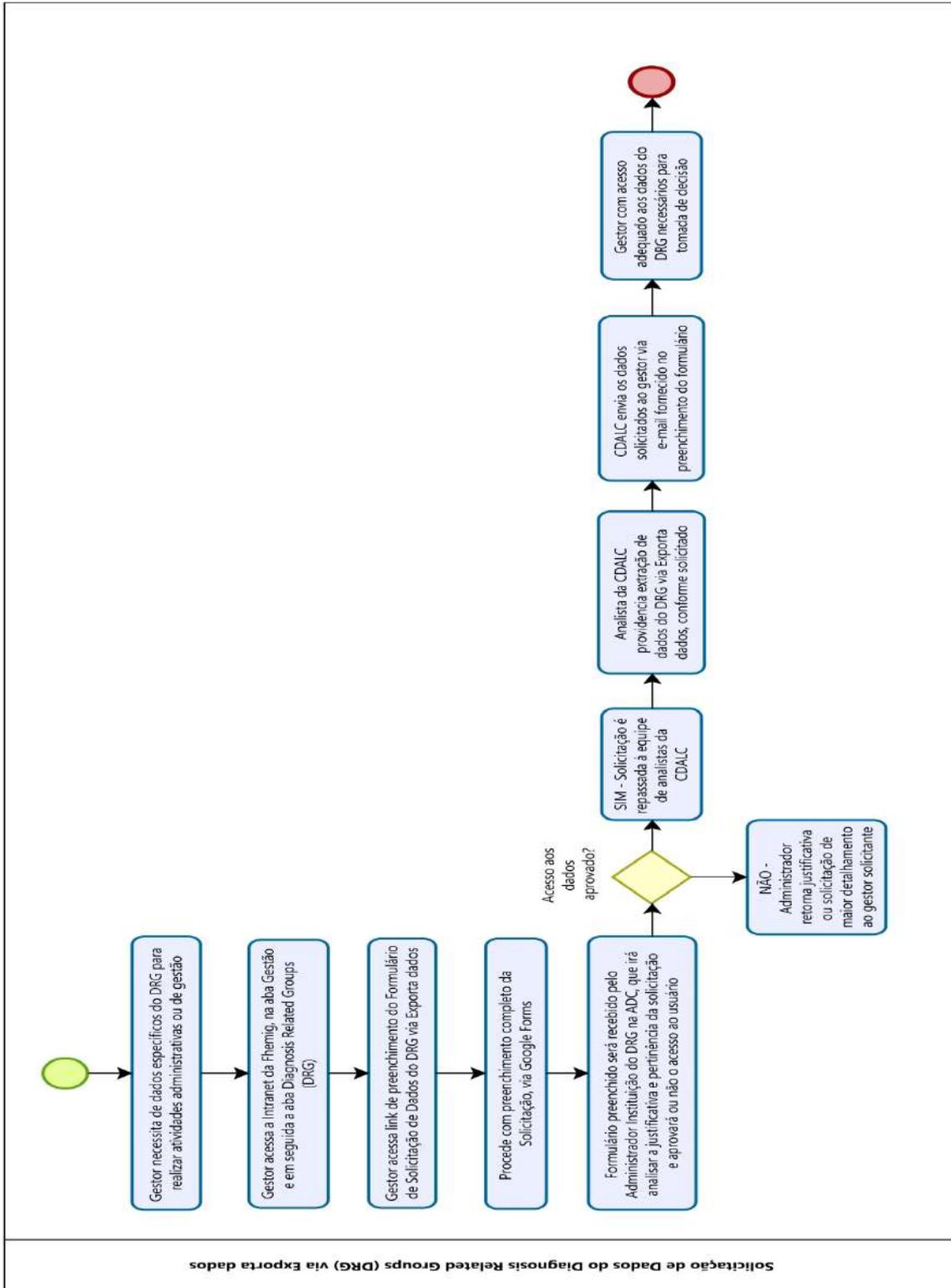
Fonte: Elaboração própria

ANEXO 3 – Fluxo de alteração/exclusão de acesso ao DRG



Fonte: Elaboração própria

ANEXO 4 - Fluxo de solicitação de dados do DRG via exporta dados



Fonte: Elaboração própria



FHEMIG
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS



antes



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
ESTADUAL
ESTADO
EFICIENTE

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FHEMIG | Cidade Administrativa de Minas Gerais
Edifício Gerais - 13º andar
Rodovia Papa João Paulo II, 4.001 - Serra Verde,
Belo Horizonte - Minas Gerais - CEP 31.630-901

Telefone (31) 3915-9500

-  www.fhemig.mg.gov.br
-  [@redefhemig](https://www.instagram.com/redefhemig)
-  [facebook.com/comunicafhemig](https://www.facebook.com/comunicafhemig)
-  twitter.com/redefhemig