

ARTIGO ORIGINAL

**A implantação do sistema *diagnosis-related group*: um relato de experiência das auditorias de codificação nos hospitais**

*Implementation of diagnosis-related group system: an experience report on coding audits in hospitals*

**Irlene Neves dos Santos Silva<sup>1</sup>, Silvia Catarina Quick Doll<sup>2</sup>, Valéria Pinto Fonseca<sup>3</sup>, Stephanie Marques Moura Franco Belga<sup>4</sup>, Ana Clara Neville Armond Santos<sup>5</sup>**

1. Médica pediatra, pós-graduada em auditoria em saúde, Médica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte MG

2. Médica cirurgiã-geral, mestre em saúde pública. Médica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte MG

3. Médica pediatra, pós-graduada em auditoria em saúde. Médica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

4. Gestora de serviços de saúde, doutora em saúde pública. Gerente adjunta da regulação do acesso ambulatorial da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte MG

5. Nutricionista, pós-graduanda em gestão em saúde. Nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte MG

---

**RESUMO**

**Introdução:** O DRG - *diagnosis-related group* (grupo de diagnósticos relacionados) se constitui em um sistema de classificação de pacientes internados em hospitais que atendem casos agudos, em grupos homogêneos de acordo com a complexidade assistencial (case mix), permitindo o gerenciamento da produção assistencial, tornando desfechos assistenciais e

consumo de recursos previsíveis e comparáveis. É uma metodologia que transforma o modelo assistencial e remuneratório hospitalar com foco na remuneração atrelada ao desempenho, contribui para a garantia da qualidade assistencial e da sustentabilidade do setor saúde, assim como para o enfrentamento dos desafios dos sistemas de saúde brasileiros. Para classificar cada paciente em um DRG é necessário transformar as informações descritas nos registros dos prontuários em códigos de saúde. Uma codificação qualificada que reflita de forma fidedigna o perfil assistencial do hospital é essencial para uma correta indicação da complexidade assistencial e para a formação de um banco de dados consistente. **Objetivo:** Apresentar a experiência da Secretaria Municipal de Saúde na implantação e realização de auditorias de codificação DRG nos hospitais participantes do Projeto DRG SUS-BH. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, narrativa, de nível I, do tipo relato de experiência. **Resultados:** A metodologia DRG Brasil foi implantada em sete hospitais da rede SUS-BH em 2017 com atendimento exclusivo pelo SUS, com o objetivo principal de reduzir desperdício do sistema de saúde. A construção de uma base de dados de qualidade que proporcionasse tomada de decisões assertivas foi sempre um dos pilares do projeto. Por isso foi implantada no âmbito do DRG SUS/BH a auditoria desta codificação, que sofreu modificações ao longo do tempo. A auditoria tem também como foco a construção de uma linguagem padronizada entre os diversos hospitais e de um canal de referência para saneamento de dúvidas dos codificadores, com subsequente elaboração de manuais para consulta. Foi criado um formulário online para lançamento das constatações e, a partir deles, o Painel de Auditoria das Codificações, que permite que sejam feitas análises quantitativas da qualidade da codificação DRG da SMSA. São realizados encontros para apresentação das principais não conformidades às respectivas equipes de codificadores. Foi elaborado o Manual de Dúvidas Sobre Codificação do DRG – GIS/SMSA, finalizado em outubro de 2020. Foram realizados encontros para padronizações de codificações, apresentação de boas práticas, realização de exercícios de codificação estudos de casos e estudos sobre condições adquiridas. **Conclusão:** Portanto, a realização sistemática de auditorias de codificação, aliadas às atividades de educação continuada e suporte aos codificadores para esclarecimentos de dúvidas, contribui com a melhoria da qualidade das codificações DRG, sendo sua realização recomendada.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde; Auditoria em Saúde, Grupos Diagnósticos Relacionados

## **ABSTRACT**

**Introduction:** *The DRG - diagnosis related group, is a classification system for patients admitted to hospitals that care for acute cases, in homogeneous groups according to the complexity of care (case mix), allowing for the management of production care, making care outcomes and consumption of resources predictable and comparable. It is a methodology that transforms the hospital care and remuneration model with a focus on performance-related pay, contributes to ensuring the quality of care and sustainability of the health sector,*

as well as to face the challenges of the Brazilian health systems. To classify each patient in a DRG, it is necessary to transform the information described in the medical records into health codes. A qualified coding that reliably reflects the hospital's care profile is essential for a correct indication of care complexity and for the formation of a consistent database. **Objective:** to present the experience of the Municipal Health Department in the implementation and performance of DRG coding audits in hospitals participating in the DRG SUS-BH Project. **Method:** This is a descriptive, narrative, level I research, of the experience report type. **Results:** The DRG Brasil methodology was implemented in seven hospitals in the SUS-BH network in 2017, with exclusive care provided by SUS, as the main objective of reducing waste in the health system. The construction of a quality database that would allow assertive decision-making has always been one of the project's pillars. Therefore, the audit of this codification was implemented within the scope of the DRG SUS/BH, which underwent changes over time. The audit is also focused on the construction of a standardized language among the various hospitals and a reference channel for answering coders' doubts, with the subsequent elaboration of manuals for consultation. An on-line form was created to launch the findings and based on them, the Coding Audit Panel, which allows analysis of the quality of the SMSA DRG coding to be carried out. Meetings are held to present the main non-conformities to the respective teams of coders. The DRG Coding Doubts Manual – GIS/SMSA, finalized in October 2020, was prepared. Meetings were held to standardize coding, present good practices, carry out coding exercises, case studies and studies on acquired conditions. **Conclusion:** The authors conclude that the systematic performance of coding audits, together with continuing education activities and support for coders to clarify doubts, contributes to improving the quality of DRG coding, and its performance is recommended.

**Keywords:** Health Management, Health Audit, Diagnosis-Related Groups.

---

## INTRODUÇÃO

O Brasil se destacou internacionalmente ao implementar o Sistema Único de Saúde (SUS) há mais de 30 anos, assegurando o acesso universal aos serviços de saúde como um direito do cidadão e dever do estado. A gestão do SUS, sobretudo a gestão hospitalar, se tornou crucial para a eficiência na alocação de recursos, desempenho assistencial e sustentabilidade do sistema, buscando uma relação ótima custo-benefício. No entanto, informações eficazes sobre desempenho hospitalar ainda são escassas no setor público de saúde, apesar de seu papel fundamental para a tomada de decisões <sup>1</sup>.

Neste contexto, o DRG - *diagnosis-related group* se constitui em uma metodologia potente para discussões que contribuam para a gestão hospitalar e redes de assistência. O DRG constitui-se como um sistema de classificação

de pacientes internados em hospitais que atendem casos agudos, em grupos homogêneos de acordo com a complexidade assistencial (case mix), permitindo o gerenciamento da produção assistencial, tornando desfechos assistenciais e consumo de recursos previsíveis e comparáveis <sup>2</sup>.

Em 2017, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte implementou o uso da metodologia DRG em sete hospitais 100% SUS no município. O uso da metodologia contribui para a análise crítica e integração de informações importantes para a gestão hospitalar, tendo como foco a análise abrangente do desempenho dos hospitais em uma perspectiva de rede de atenção à saúde. hospitais. Isso visa não apenas garantir financiamento adequado para os hospitais da rede SUS-BH, mas também aprimorar a gestão pública, compreendendo em detalhes os recursos utilizados pelos pacientes, indo além dos custos essenciais.

Observa-se que uma das características dos serviços de saúde é a grande heterogeneidade das informações entre prestadores e consumidores, e particularmente entre gestores. Essa dissonância torna difícil estimar o desempenho dos prestadores, afetando não apenas a escolha do paciente, mas também as decisões macroestruturais.

Para que os dados gerados através do uso da metodologia DRG possam ser usados para fins de gestão de serviços e sistemas de saúde, é necessário garantir que sejam consistentes e confiáveis. A análise regular de informações codificadas e auditoria rotineira de codificação deve ser uma parte essencial do programa de garantia de qualidade e visa identificar fragilidades e propor intervenções a fim de garantir a integridade, consistência e veracidade da codificação. Justifica-se, portanto, a utilização de metodologias de auditorias que atestem a qualidade dos dados gerados <sup>3</sup>.

A auditoria de codificação desempenha um papel crucial no contexto do DRG, uma vez que assegura que os códigos atribuídos a cada paciente estejam corretos e consistentes com os critérios estabelecidos para o DRG, essencial para garantir que os pacientes sejam agrupados de forma adequada com base em sua condição de saúde e necessidades de tratamento. Além disso, a auditoria de codificação ajuda a identificar possíveis erros ou lacunas na documentação que possam afetar negativamente os reembolsos ou aumentar os custos operacionais. Ademais, se os dados do DRG indicarem a necessidade de rever dimensionamento de equipe e/ou práticas assistenciais para garantir eficiência na rede, isso pode levar a revisões nas diretrizes e no financiamento.

Assim, este estudo pretende apresentar a experiência da Secretaria Municipal de Saúde na implantação e realização de auditorias de codificação nos hospitais participantes do Projeto DRG SUS-BH.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

O projeto e o desenvolvimento dos DRGs, iniciado na década de 1960 na Universidade de Yale, nos Estados Unidos, surgiu da necessidade da criação de uma estrutura de monitoramento da qualidade dos cuidados e a utilização de serviços no sistema hospitalar. Sua primeira aplicação em larga escala ocorreu naquele país ao final dos anos de 1970 como base do modelo de pagamento prospectivo e, nos anos 90 já era adotada por vários países desenvolvidos. No início dos anos 2000 iniciou-se a adaptação do DRG ao sistema local de saúde brasileiro e, em 2012 o sistema computacional passou a ser utilizado comercialmente com a marca DRG Brasil <sup>2</sup>.

O DRG, metodologia que transforma o modelo assistencial e remuneratório hospitalar com foco na remuneração atrelada ao desempenho, contribui para a garantia da qualidade assistencial e da sustentabilidade do setor saúde e vai de encontro às necessidades de mudanças para enfrentamento destes desafios. Tem como principais alvos de intervenção para melhoria assistencial do sistema de saúde brasileiro os fatores que são as maiores fontes de desperdício econômico, visando, portanto, a redução da permanência hospitalar além da necessária, o aumento da segurança assistencial, a redução das internações potencialmente evitáveis por condições sensíveis a atenção primária e a redução das reinternações potencialmente evitáveis que ocorrem até 30 dias após a alta hospitalar. Essas intervenções vão de encontro às necessidades de enfrentamento dos desafios que os sistemas de saúde brasileiros: a saúde pública brasileira enfrenta uma realidade de aumento da demanda, subfinanciamento crônico e suas consequências de oferta insuficiente e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Já o setor privado enfrenta o desafio do decréscimo das margens das operadoras de saúde ao mesmo tempo em que crescem os gastos decorrentes da inovação tecnológica e aumento da frequência de utilização dos serviços pelos beneficiários<sup>4</sup>.

A metodologia DRG classifica os grupos DRGs como clínicos ou cirúrgicos e é composto por 310 classes e 754 DRGs, que refletem características clínicas e risco similares, assim como consumo homogêneo de recursos. 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. A cada DRG é atribuído um peso relativo que expressa a quantidade média de recursos necessários para tratar um paciente nesse DRG. O índice de case mix é o resultado da soma dos pesos relativos dos DRGs dividido pelo número de pacientes atendidos em um determinado período e reflete a complexidade assistencial<sup>2</sup>.

Para classificar cada paciente em um DRG é necessário transformar as informações descritas nos registros dos prontuários em códigos de saúde e lançá-los em um software computacional, que, determinará o DRG gerado, seguindo as diretrizes de codificação estabelecidas pelo DRG Brasil e Sociedade Brasileira de Analistas de Informação em Saúde. A atividade de codificação é realizada pelo Analista de Informação em Saúde e as diretrizes de codificação, estabelecidas pelo DRG Brasil, estão disponíveis nos Manuais de Codificação do DRG da Sociedade Brasileira de Analistas de Informação em Saúde – SBAIS<sup>3</sup>.

Classificar cada paciente em um DRG é um trabalho de extrema importância uma vez que a atribuição precisa o DRG impacta diretamente a geração das medidas de desempenho e, conseqüentemente, nas tomadas de decisão a partir dos dados gerados. Uma codificação qualificada é essencial para uma correta indicação da complexidade assistencial e para a formação de um banco de dados consistente, já que erros de codificação podem alocar o paciente em DRGs inadequados e interferir na composição do índice de case mix. Para isso é essencial que o codificador esteja capacitado de forma a garantir a geração de informações consistentes que possam ser aplicadas nos programas e políticas de gestão em saúde<sup>3</sup>.

O uso da metodologia considera o peso relativo de cada DRG, calculado pela média dos recursos utilizados no tratamento de cada paciente atribuído a esse grupo. O consumo médio de recursos para todos os pacientes, em todos os conjuntos DRG, é a linha de base e tem um valor de 1. Qualquer DRG com um valor inferior a 1 consome recursos abaixo da média; qualquer valor acima de 1 consome recursos acima da média. O peso relativo é uma medida absoluta expressa com 4 casas decimais após a vírgula. O índice de case mix é o resultado da soma dos pesos relativos dos DRGs dividido pelo número de pacientes. Assim, o índice de case mix do DRG resume as características de uma população de pacientes em termos de complexidade e uso de recursos<sup>5, 6, 7</sup>.

A análise regular de informações contribui também para a formação do codificador, já que uma codificação exata depende de funcionários bem treinados no processo de codificação e atualizados com as normas e orientações de codificação.

O estudo de Gutierrez<sup>8</sup> enfatiza a necessidade de uma codificação correta e consistente que reflita de forma fidedigna o perfil assistencial do hospital. Para isso é essencial um esforço conjunto entre o corpo clínico e o grupo de codificadores com o objetivo de documentar, codificar e permitir uma recuperação precisa e completa da informação, contribuindo para a gestão das unidades. Nair<sup>9</sup> destaca a importância de uma codificação em saúde de qualidade que possibilite uma análise e interpretação de dados clínicos de forma precisa. Salienta que é fundamental compreender a importância da função de codificação e a necessidade de se aplicar controles de qualidade que garantam a confiabilidade dos dados gerados.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, narrativa, de nível I, do tipo relato de experiência, que tem a finalidade de descrever o processo de implantação da auditoria de codificação DRG no SUS BH, coordenada pelo Grupo de Inovação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte iniciada em 2017 e realizada em sete hospitais que atendem exclusivamente pacientes do SUS, responsáveis por 55% das internações na rede. Os resultados são descritos através de uma ordem cronológica dos acontecimentos e a partir de uma natureza descritiva. Portanto, no texto, se encontram as vivências, as

atividades e as observações decorrentes dessa experiência, bem como as dificuldades e as potencialidades desse tipo de experiência.

## **RESULTADOS**

### **Projeto de auditoria da metodologia DRG**

A metodologia DRG Brasil foi implantada em sete hospitais da rede SUS ligados à Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte em 2017, como resultado de uma iniciativa da gestão municipal para ampliação e melhoria de gestão de informação, infraestrutura e tecnologia existentes, captação de novos recursos, gestão inteligente dos recursos disponíveis, redução das ineficiências e gestão de custos através da melhoria de processos<sup>5</sup>.

O método DRG foi implantado como uma ferramenta de diagnóstico e monitoramento de eficiência e qualidade dos serviços hospitalares. Foram selecionados os sete hospitais 100% SUS que, em conjunto, eram responsáveis por cerca de 55% das internações hospitalares da rede<sup>8</sup>. São eles: Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro; Hospital Metropolitano Odilon Behrens; Hospital Risoleta Tolentino Neves; Hospital Universitário Ciências Médicas; Hospital Sofia Feldman; Fundação Hospitalar São Francisco de Assis; e Santa Casa de Belo Horizonte.

O objetivo principal do projeto foi reduzir desperdício do sistema de saúde, buscando atingir os alvos assistenciais definidos pela metodologia: diminuição da permanência além do necessário ao tratamento e consequente ampliação do acesso; redução das readmissões hospitalares não programadas; aumento da segurança assistencial e redução das internações potencialmente evitáveis<sup>10</sup>.

Desde o início a SMSA tinha como um dos pilares do projeto a construção de uma base de dados de qualidade que proporcionasse tomada de decisões assertivas. Desta forma, quase que concomitante ao início da codificação foi implantada a auditoria desta codificação no âmbito do DRG SUS/BH<sup>5</sup>.

A auditoria de codificação tem por objetivo monitorar a qualidade das informações que compõem os bancos de dados utilizados pelos gestores de serviços/sistemas de saúde como base para tomadas de decisões; visa identificar fragilidades e propor intervenções que contribuam para sua consistência. Também é função primária da auditoria avaliar a qualidade dos registros que compõem o prontuário do paciente, visto que uma codificação assertiva depende do registro adequado da assistência. A auditoria também visa contribuir para a formação e atualização do codificador no que se refere às normas e orientações de codificação.

A codificação dos pacientes na plataforma do DRG é realizada por uma equipe interna de cada hospital, que, no início do projeto, recebeu um treinamento sobre o processo de codificação. Cada equipe é coordenada por um gestor

local; e deveria, também, contar com a assessoria de um médico de referência da instituição.

O processo de auditoria de codificação no projeto DRG/SUS BH sofreu modificações ao longo do tempo, em resposta aos resultados obtidos e às necessidades de adequações observadas.

No início, em novembro de 2017, a auditoria foi delegada a 14 médicos supervisores hospitalares que já exerciam a atividade de auditoria de contas nos hospitais, sendo a atividade acrescida às suas funções habituais, com carga horária compartilhada. A opção pelos supervisores decorreu do fato de serem familiarizados com a leitura de prontuários e por estarem presentes diariamente nos hospitais. Após treinamento na metodologia, passaram a verificar se os dados registrados na codificação correspondiam aos registros constantes nos prontuários, analisando os seguintes itens: Qualidade da Informação do Prontuário (Informação fornecida pela equipe assistencial); Legibilidade de letras e números no prontuário; Datas e horários de Admissão e Alta; Informações da Admissão, Evoluções e Alta (médica e de enfermagem); Descrição Cirúrgica (contendo horário de entrada e saída); Datas e horários de entrada e saída das admissões e altas do CTI; Descrição Procedimentos/Laudos (apenas cirúrgico/invasivo/Suporte Ventilatório); Descrição das Condições Adquiridas.

As constatações eram registradas em formulários impressos, posteriormente encaminhados ao GIS para lançamento dos dados em planilha informatizada, atividade realizada por funcionários administrativos. Apesar de sua importância inicial, este método apresentou algumas deficiências, principalmente por não haver uma uniformidade de avaliação entre os diversos hospitais em decorrência do grande número e rotatividade dos avaliadores, o que inviabilizava a comparação de qualidade de codificação entre os serviços.

Outro problema observado no período foi o fato de que a auditoria tinha aspecto apenas diagnóstico (se estava conforme ou não), e não pedagógico, visto que não havia retorno ao codificador do motivo das não conformidades apontadas. Além disto, por utilizar um formulário de papel preenchido pelos médicos, era necessário mobilizar funcionários administrativos para o preenchimento de planilhas que permitissem a análise dos dados<sup>10</sup>.

Diante desses problemas o GIS optou por modificar a metodologia da auditoria e, no início do ano de 2018, recrutou um profissional médico experiente na análise de prontuários, com carga diária de oito horas, exclusivamente para a função de auditoria de codificação e outras atividades relacionadas ao DRG (Quadro 1).

#### **Quadro 1. Síntese das atividades de auditoria DRG**

**Atribuições de auditoria de codificação e outras atividades relacionadas ao DRG**

1	Manter relação de parceria com os codificadores do DRG através de reuniões periódicas e discussão de casos com as equipes e gestores do Projeto de cada hospital, orientadas tanto pelo aspecto assistencial quanto de faturamento.
2	Fazer as auditorias da qualidade das codificações, utilizando como instrumentos o formulário criado pelo GIS e os relatórios do DRG, consultando os prontuários, os codificadores e os médicos assistentes, quando necessário.
3	Discutir os resultados das auditorias de qualidade das codificações com a gestão municipal e com os hospitais, propondo ações de melhoria conjuntamente com a equipe DRG.
4	Participar das reuniões dos Comitês Assistenciais Hospitalares para discussão dos resultados do DRG.
5	Participar de reuniões periódicas com a equipe da gestão municipal para discussão das demandas/necessidades dos hospitais para melhoria do Projeto DRG.

A auditoria passou, então, a ter também como foco a construção de uma linguagem padronizada entre os diversos hospitais e de um canal de referência para saneamento de dúvidas dos codificadores, com subsequente elaboração de manuais para consulta, ações que visavam a constituição de um banco de dados consistente, homogêneo, confiável e apropriado para uso da gestão, evitando distorções impactantes na alocação do grupo DRG e discrepâncias significativas de codificação entre os diversos hospitais.

A metodologia de trabalho instituída compreendeu a realização de um ciclo de auditoria a cada dois meses, iniciada a partir do levantamento de uma amostra de codificações estatisticamente representativa por hospital, da análise dos prontuários in loco e posterior lançamento dos resultados em formulário próprio. Neste momento a auditoria passou a ter um caráter tanto quantitativo (representado pelo índice de qualidade da codificação) quanto qualitativo (através da justificativa de cada não conformidade apontada). Passou a ser realizada no local de trabalho dos codificadores, o que possibilitou a discussão de dúvidas e o retorno, in loco, das não conformidades mais significativas identificadas, reforçando o caráter pedagógico da auditoria. A realização das auditorias de codificação por um mesmo profissional em todos os hospitais permitiu a comparação da qualidade da codificação entre os diversos serviços<sup>11</sup>.

No início do ano de 2019, devido à redução de carga horária de trabalho da auditora até então responsável por todas as avaliações, houve acréscimo de uma nova auditora, mediante realização de um processo seletivo interno entre os Supervisores Hospitalares. A auditoria passou, então, a ser realizada por

duas médicas, cada uma com carga horária diária de quatro horas. As amostras das codificações de cada hospital foram divididas de forma homogênea, procurando manter um padrão uniforme de avaliação, visto que as duas avaliavam prontuários dos sete hospitais.

A dedicação exclusiva à auditoria permitiu que a metodologia de registro dos resultados fosse aprimorada. Foi criado um formulário no Google Forms que permitiu às auditoras lançarem diretamente suas constatações na planilha, sem necessidade de um profissional administrativo para a função, tornando mais ágil o levantamento dos resultados<sup>11</sup>.

Os itens referentes à qualidade do prontuário levam em consideração a legibilidade da letra e a qualidade dos registros; podem ser classificadas como ruim, razoável, bom ou não se aplica. Além disso, é possível indicar os itens faltantes no prontuário. São avaliados também dados cadastrais como caráter de internação, condição de alta, ocorrência de readmissões hospitalares e procedência, dada sua importância para a gestão dos usuários da rede.

A qualidade da codificação é analisada através de itens específicos que podem ser classificados como correto, incorreto, não codificado, incompleto e não se aplica. São treze itens avaliados na versão atual, representada na Figura 1, a saber: datas de admissão e alta da internação, descrição do CID principal, descrição dos CIDs secundários, descrição cirúrgica (contendo data de entrada e saída), descrição do suporte ventilatório, descrição dos procedimentos invasivos assistenciais, descrição dos procedimentos diagnósticos, descrição das hemotransfusões, descrição da hemodiálise, descrição das condições adquiridas, codificação das causas de excesso de permanência (externas e/ou internas) e data de admissão e alta do CTI.

Cada item analisado recebe o equivalente a um ponto, sendo o CID principal pontuado em dobro, de forma que a nota da qualidade de cada codificação possa variar de zero a quatorze pontos. Para cada item codificado incorretamente é descontado um ponto (ou dois, no caso de erro do CID principal).

DATA AUDITORIA:

HOSPITAL:

PRONTUÁRIO:

	RUIM	RAZOÁVEL	BOM	NÃO SE APLICA
LEGIBILIDADE DA LETRA				
QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES				

NÃO CONFORMIDADES:

JUSTIFICATIVA:

	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÕES
CARÁTER INTERNAÇÃO			
CONDIÇÃO DE ALTA			
REINTERNAÇÃO			
PROCEDÊNCIA			

NÃO CONFORMIDADES:

JUSTIFICATIVA:

	CORRETO	INCORRETO	NÃO CODIFICADO	INCOMPLETO	SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO	NÃO SE APLICA
DATA ADMISSÃO E ALTA						
CID PRINCIPAL						
CIDS SECUNDÁRIOS						
DESCRIÇÃO CIRURGICA						
SUORTE VENTILATÓRIO						
PROCEDIMENTOS INVASIVOS						
PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS						
HEMOTRANSFUSÃO						
HEMODIÁLISE						
CONDIÇÕES ADQUIRIDAS						
EXCESSO DE PERMANÊNCIA (CAUSA EXTERNA)						
EXCESSO DE PERMANÊNCIA (CAUSA INTERNA)						
CTI						

NÃO CONFORMIDADES:

JUSTIFICATIVA:

**Figura 1.** Formulário simplificado de auditoria de codificação.

O Formulário de Auditoria das Codificações deu origem a um painel interativo sobre a qualidade da codificação, criado por estatísticos, de modo a permitir o acompanhamento temporal da evolução da qualidade de codificação.

O Painel de Auditoria das Codificações permite que seja feita a análise da qualidade da codificação DRG da SMSA em conjunto, assim como estratificada por hospital, por ciclo de auditoria, por auditor e por codificador. É possível também analisar a assertividade dos dados cadastrais referentes à caráter de internação, condição de alta, readmissão e procedência. Com relação aos dados de codificação é possível verificar o percentual de acerto de cada item analisado, bem como acessar a planilha com a descrição das não conformidades identificadas e as respectivas justificativas.

Destaca-se que para o trabalho de auditoria ser eficaz, é necessário que haja uma interação com a equipe de codificadores a fim de se discutir os resultados encontrados nas auditorias. Inicialmente esta função era realizada in loco, durante os processos de auditoria, e, posteriormente, através do envio de relatórios sintéticos e planilhas extraídas do Formulário de Auditoria, para que gestores e codificadores pudessem identificar as oportunidades de melhoria da codificação. Observou-se, entretanto, que a rotina diária de codificação permitia poucas interrupções para reavaliação dos dados já lançados, de forma que poucos hospitais se beneficiavam desta forma de devolutiva.

Diante desta situação o grupo DRG reformulou o formato de devolutiva de auditoria no segundo semestre de 2020, que passou a ser realizada através de encontros virtuais e/ou presenciais com cada equipe de codificadores, na qual as principais não conformidades observadas eram apresentadas e as dúvidas de codificação colocadas em discussão para padronização das condutas. Foram mantidos os envios dos relatórios e das planilhas com os resultados para cada hospital, de modo a possibilitar que os codificadores façam reavaliações, caso seja de seu interesse. Este novo formato foi muito bem aceito pelas equipes e se mostrou mais produtivo.

Desde o início do formato atual de auditoria foi criado um canal direto para discussão das dúvidas encontradas pelos codificadores através de um grupo da ferramenta de comunicação Whatsapp, por contato direto com as codificadoras (via telefone, e-mail ou Whatsapp) ou através de e-mail encaminhado ao Grupo de Inovação em Saúde. O retorno às dúvidas enviadas procura ser o mais célere possível.

Além disso, em decorrência do grande número de dúvidas de codificação que foram identificadas através dos canais relatados anteriormente, observou-se a necessidade de registrar as padronizações acordadas em um documento único que pudesse ser facilmente consultado pelos codificadores. Desta forma surgiu o Manual de Dúvidas Sobre Codificação do DRG, finalizado em outubro de 2020, que tem como proposta ser revisado e atualizado anualmente, ou a qualquer instante no caso de mudança nas regras de codificação consideradas no Manual.

### **Outras atividades desenvolvidas pela equipe DRG**

A proximidade com os codificadores evidenciou a necessidade de um canal para discussão conjunta de dúvidas, visto que as não conformidades observadas refletiam, neste primeiro momento, dúvidas de codificação de uma equipe de codificadores ainda em fase de amadurecimento. Desta forma, após a primeira rodada de auditoria no novo formato, com os resultados de cada serviço em mãos, foi realizado um encontro com todos os codificadores para discussão das principais não conformidades observadas naquele momento.

O encontro, realizado em maio de 2018, teve a participação do grupo dos responsáveis pelo projeto DRG SUS/BH, dos codificadores em sua quase totalidade e de um representante do responsável pelo DRG Brasil, quando

foram discutidas as não conformidades encontradas e padronizadas as condutas de codificação a serem adotadas a partir daquele momento, que foram publicadas em um documento enviado a todos envolvidos com o Projeto DRG SUS/BH.

Além disto, o evento propiciou às equipes de alguns hospitais apresentarem às demais as boas práticas de codificação observadas nos seis primeiros meses do projeto. Foram realizados também exercícios de codificação através de estudos de casos selecionados pela auditoria.

Com a evolução das auditorias observou-se uma grande fragilidade relacionada à identificação das condições adquiridas. Por isto, e também pela necessidade da integração e padronização da Rede Hospitalar SUS BH aos processos que garantem a segurança do paciente, foi realizado novembro de 2018 um encontro entre as equipes de codificadores, os Núcleos de Segurança do Paciente, as Comissões de Controle de Infecção dos hospitais e a equipe da Vigilância Sanitária da SMSA, tendo como objetivo a apresentação de conceitos relevantes, discussão de boas práticas, padronização de condutas e familiarização com os critérios e conceitos de condições adquiridas.

Diante da necessidade de maiores discussões sobre condições adquiridas e da dificuldade da diferenciação das complicações decorrentes da patologia do paciente, foi solicitado aos hospitais que elaborassem fóruns de discussão de condições adquiridas nas áreas que tivessem maior experiência.

## **DISCUSSÃO**

Para que a base de dados do DRG seja confiável é necessário todo cuidado na obtenção de uma boa qualidade de codificação. O primeiro requisito para uma boa codificação é a existência de registros hospitalares que forneçam de forma adequada todas as informações necessárias à codificação. Por este motivo não é possível conceber um processo de auditoria de codificação eficaz que não inclua a avaliação contínua dos registros hospitalares com foco na codificação e retorno às instituições das observações com oportunidade de melhorias dos registros.

Estudos de Fox<sup>12</sup> e Spelberg<sup>13</sup>, mostram que o investimento em treinamento médico para melhoria dos registros em prontuário ocasiona um aumento na codificação de comorbidades de complicações, aumento no case mix e, conseqüentemente, aumento na receita do hospital.

A função de codificação do DRG, que é exercida pelos analistas de informação em saúde, requer conhecimentos específicos que muitas vezes decorrem da prática diária de codificação, o que torna a qualidade da codificação intimamente relacionada a uma curva de aprendizado essencial para um bom desempenho. É importante que esta qualidade seja monitorada continuamente, visto que a rotatividade dos codificadores é frequente e a qualidade pode cair com o ingresso de novos profissionais. Mesmo em um cenário de estabilidade de profissionais dedicados à codificação a qualidade pode ser afetada pelo

excesso de trabalho, pelos registros inadequados, pelo desconhecimento de mudanças nas regras existentes, bem como pelo surgimento de novas patologias.

Lucyk<sup>14</sup> realizou uma pesquisa com codificadores no Canadá a fim de compreender o processo de geração de dados administrativos de saúde e identificar barreiras que dificultam a codificação de alta qualidade. Identificou que o processo de codificação é altamente complexo e influenciado por uma documentação inadequadamente preenchida. Apontou para a necessidade de se implementar ações que visem a melhoria dos registros médicos. Observou também o ritmo de trabalho acelerado limitou a capacidade dos codificadores de identificar detalhes. Espera-se que um processo de auditoria bem estruturado seja capaz de identificar as fragilidades da codificação e propor ações para mitigar as causas de qualidade inadequada da codificação. Uma das ações primordiais para a boa qualidade da codificação é a valorização e o apoio à equipe de codificadores, fornecendo a eles condições de trabalho adequadas e rede de apoio para discussão das dúvidas.

Estudo realizado por Farhan<sup>15</sup>, na Arábia Saudita, averiguou a precisão da atribuição do Código Internacional de Doenças em diagnósticos primários, secundários e procedimentos realizados em registros de diferentes departamentos de um mesmo hospital. Identificou que apenas 60% dos registros atendiam aos padrões exigidos para serem considerados de boa qualidade no que se refere à documentação e codificação e que a documentação de qualidade aumenta a precisão da codificação.

Zafirah<sup>16</sup> realizaram um estudo de reavaliação e recodificação de prontuários médicos por um codificador sênior independente em um hospital universitário da Malásia para estimar a perda potencial de receita devido a erros na codificação. Erros de codificação resultaram na atribuição de diferentes códigos DRG em 74,0% dos casos, dos quais 52,1% tiveram um valor de receita inferior. Concluíram que a qualidade da codificação é crucial em sistemas que utilizam case mix e que o hospital deve realizar treinamento intensivo e monitoramento do desempenho do codificador.

O processo de auditoria deve ser contínuo e constantemente reavaliado quanto à sua eficácia, tanto por parte dos próprios auditores quanto por parte dos auditados. Por isso é importante o estabelecimento de parcerias entre as partes, com definições dos objetivos a serem alcançados.

## **CONCLUSÃO**

Diante dos resultados alcançados e progressos observados no decorrer dos mais de três anos de realização de auditorias de codificação DRG nos hospitais participantes do Projeto DRG SUS-BH, conclui-se que a realização sistemática de auditorias de codificação, aliadas às atividades de educação continuada e suporte aos codificadores para esclarecimentos de dúvidas, contribui com a melhoria da qualidade das codificações DRG, sendo sua realização recomendada.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390 de 30 de dezembro 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília; 2013.
2. Pedrosa TMG, Couto RC. Introdução à Metodologia DRG: A Metodologia Grupos de Diagnósticos Relacionados. Apostila do Curso Gestão de Sistemas de Saúde da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte; 2020.
3. Pedrosa TMG, Couto RC. A Metodologia DRG Brasil: Geração do Banco de Dados DRG. Belo Horizonte, 2020. Apostila do Curso Gestão de Sistemas de Saúde da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.
4. Pedrosa TMG, Couto RC. Gestão de Custos Assistenciais utilizando o DRG: Gestão de Custos e Receitas pelo DRG. Belo Horizonte, 2020. Apostila do Curso Gestão de Sistemas de Saúde da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.
5. Silva JA. DRG BRASIL - Implantação no SUS BH. 41 slides. Disponível em: <https://audhosp.com.br/wp-content/uploads/2019/09/Jomara-Alves-da-Silva-APRESENTA%C3%87%C3%83O-DRG.pdf>
6. Serufo Filho JC. Avaliação da produtividade de hospitais brasileiros pela metodologia do diagnosis related groups, 145.710 altas em 116 hospitais. 2014. Dissertação (Mestrado em Infectologia e Medicina Tropical) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte; 2014.
7. Couto RC. Avaliação do nível de conformidade com requisitos técnicos e legais de segurança assistencial e seus fatores associados em hospitais da rede do Estado de Minas Gerais - 2012. 2014. 151f. Tese (Doutorado em Infectologia e Medicina Tropical) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte; 2014.
8. Acedo Gutierrez MS, et al. La codificación como instrumento en la gestión clínica de las unidades del dolor. Rev. Soc. Esp. Dolor, Madrid. 2015;22(4):145-158. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462015000400002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462015000400002&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 15 Jan. 2019.
9. Nair GJ. Ensuring quality in the coding process: A key differentiator for the accurate interpretation of safety data. Perspectives in Clinical Research. 2013;4(3):181-185. DOI: <https://doi.org/10.4103/2229-3485.115383>.

10. Furbino L. Aumento da eficiência hospitalar do SUS. In: IV Encontro Nacional DRG Brasil e II Conferência dos Analistas de Informação em Saúde. Belo Horizonte; 2019. Disponível em: [http://blog.iagsaude.com.br/wp-content/uploads/2019/12/31.1.APR\\_.LORENAFURBINO1.pdf](http://blog.iagsaude.com.br/wp-content/uploads/2019/12/31.1.APR_.LORENAFURBINO1.pdf)
11. Neves IS. Auditoria de Codificação: Promovendo a Capacitação Continuada do Analista de Informação em Saúde. In: IV Encontro Nacional DRG Brasil e II Conferência dos Analistas de Informação em Saúde. Belo Horizonte; 2019. Disponível em: <http://blog.iagsaude.com.br/wp-content/uploads/2019/12/03.1APR.IRLENENEVES-1R.pdf>
12. Fox N, et al. Lost in translation: Focused documentation improvement benefits trauma surgeons. *Injury*. 2016 Sep;47(9):1919-1923. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-27156039>.
13. Spellberg B, et al. Capturing the diagnosis: an internal medicine education program to improve documentation. *Am J Med*. 2013 Aug;126(8):739-743.e1. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-23791207>.
14. Lucyk K, Tang K, Quan H. Barriers to data quality resulting from the process of coding health information to administrative data: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):766. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-29166905>.
15. Farhan J, et al. Documentation and coding of medical records in a tertiary care center: a pilot study. *Ann Saudi Med*. 2005 May-Jun;25(3):269
16. Zafirah SA, et al. Potential loss of revenue due to errors in clinical coding during the implementation of the Malaysia diagnosis related group (MY-DRG) Casemix system in a teaching hospital in Malaysia. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):38. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-29370785>

---

**Recebido:** 29 de maio de 2024. **Aceito:** 26 de junho de 2024

**Correspondência:** Ana Clara Neville Armond Santos. **E-mail:** anarmond@pbh.gov.br

**Conflito de Interesses:** os autores declararam não haver conflito de interesses

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited