

A UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA DRG COMO FERRAMENTA PARA A DEFINIÇÃO DO PERFIL DE INTERNAÇÃO

THE USE OF THE DRG METHODOLOGY AS A TOOL TO DEFINE THE HOSPITALIZATION PROFILE

MARIANA SAYURI ZAHA¹, JOÃO LOPES TOLEDO NETO^{2*}, DAIANE SUELE BRAVO³, ALINE BALANDIS COSTA⁴, DAISA CRISTINA DA SILVA⁵, SIMONE CRISTINA CASTANHO SABAINI DE MELO⁶

1. Enfermeira especialista em Saúde Coletiva pelo programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Faculdade de Medicina de Marília, São Paulo, Brasil; 2. Odontólogo. Doutor em Biologia Bucal - Anatomia pela UNICAMP-FOP- Piracicaba. Docente Adjunto de Anatomia Humana da Universidade Estadual do Norte do Paraná - Campus Luiz Meneghel (UENP-CLM); 3. Enfermeira - Doutoranda em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil; 4. Enfermeira. Mestre. Docente Colaboradora da Universidade Estadual do Norte do Paraná. Bandeirantes, Paraná, Brasil; 5. Graduada e m Enfermagem pela Universidade Estadual do Norte do Paraná, Bandeirantes, Paraná, Brasil; 6. Farmacêutica –Doutora em Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Norte do Paraná, Bandeirantes, Brasil.

* Universidade Estadual do Norte do Paraná, Rodovia BR-369 Km 54, Vila Maria, Bandeirantes, Paraná, Brasil. Caixa Postal 261 - CEP 86360-000. projooaneto@gmail.com

Recebido em 04/09/2017. Aceito para publicação em 12/09/2017

RESUMO

As informações em saúde são essenciais para uma definição do perfil epidemiológico e planejamento estratégico. No sistema público brasileiro existe o DATASUS e na saúde suplementar pode-se citar a metodologia Grupo de Diagnósticos Relacionados (DRG). Este estudo apresenta o perfil de internações de um hospital que utiliza o DRG e discute através dos achados no DATASUS e na literatura. Foram encontrados dados semelhantes entre a saúde pública e a suplementar, porém foi observado a necessidade de melhor valorização dos registros e codificações de internações, além de mais estudos sobre a saúde suplementar e sobre a metodologia no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde, hospitalização, saúde suplementar.

ABSTRACT

Health information is essential for defining the epidemiological profile and strategic planning. In the Brazilian public system there is DATASUS and in the supplementary health, the Group of Diagnostics Related (DRG) methodology can be cited. This study presents the hospitalization profile of a hospital that uses DRG and discusses it through the findings in DATASUS and in the literature. Similar data were found between public and supplementary health, but it was observed the need for better valuation of hospitalization records and codifications, as well as more studies on supplementary health and methodology in Brazil.

KEYWORDS: Health, hospitalization, health.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema de Saúde do Brasil passou por vários marcos e atualmente é formado por dois subsistemas, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Saúde Suplementar. O primeiro é o serviço público e universal e o segundo é o sistema privado, formado pelas operadoras de planos de saúde e serviços privados¹.

Foi através do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 que os principais fundamentos e noções do Sistema Único de Saúde (SUS) foram configurados, entrando em vigor com a Constituição de 1988, que estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado².

O SUS tem como princípios a universalidade no acesso, a igualdade no tratamento e a equidade na distribuição dos recursos. Tem como diretrizes a descentralização, transferência de serviços da esfera federal para a estadual e destes para a municipal, o atendimento integral, consistindo em atividades assistenciais e preventivas, e a participação da comunidade, presente principalmente nas conferências e conselhos de saúde².

A Saúde Suplementar é composta pelos seguros e planos de saúde e teve seu fortalecimento na década de 60, com o crescimento econômico do Brasil e o aumento do trabalho formal, onde as empresas privadas do país ofereciam assistência médica aos trabalhadores em troca de incentivos fiscais¹.

Os marcos históricos para a Saúde Suplementar ocor-

reram em 2000, com a criação da Lei 9.656³, que regulamenta os planos privados de saúde no país e a Lei 9.9614, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão de normatização, controle, regulação e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Neste vasto universo do sistema de saúde são geradas informações importantes para a tomada de decisão em saúde, que utilizadas corretamente podem trazer benefícios para o sistema e a população.

A finalidade da informação em saúde consiste em identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento. Assim, as informações em saúde devem abranger as relativas ao processo saúde/doença e as de caráter administrativo, todas essenciais ao processo de tomada de decisão no setor⁵.

As informações em saúde são fornecidas pelos Sistemas de Informação em Saúde. No SUS temos o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), criado a partir do Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991. Entre os vários sistemas que fazem parte, podemos citar o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), indicado para atuar no pagamento das internações e instrumento de controle e auditoria, porém devido ao vasto leque de dados fornecido se tornou adequado seu uso para estudos epidemiológicos⁶.

No campo da Saúde Suplementar, temos o Sistema de Informações de Saúde Suplementar (SISS), constituído pelo SIB – Sistema de Informações de Beneficiários, SIP – Sistema de Informações de Produtos, RPS – Registro de Produtos e RPS – Comunicado de Reajuste Coletivo. Tais sistemas carecem de dados relevantes para estudos voltados ao perfil da população⁷.

Atualmente, no âmbito hospitalar, podemos citar a metodologia *Diagnosis Related Group* ou Grupo de Diagnósticos Relacionados (DRG) como ferramenta de informações sobre as internações no hospital. Esta ferramenta surgiu na universidade de Yale, nos Estados Unidos no final da década de 60 com o intuito de medir o produto hospitalar para o acompanhamento da utilização de serviços e avaliação do desempenho do hospital em termos financeiros e de qualidade da assistência⁸.

Com a utilização do DRG é possível determinar o perfil nosológico do hospital, assim como o produto hospitalar para que se tenha um gerenciamento dos insumos utilizados e controle do processo de trabalho⁹.

A partir de dados essenciais da internação: idade, diagnóstico principal, comorbidades e procedimentos, o sistema consegue gerar um número de DRG, que mostra o tempo que o paciente deve ficar internado. Em alguns países, o DRG forma “pacotes de serviço”, com uma previsão de custos durante a internação⁸. A utilização desta metodologia é recente no Brasil e foi adaptada pela empresa DRG Brasil® para a realidade brasileira.

A ferramenta proporciona também a avaliação das condições adquiridas durante a internação. Segundo DRG Brasil®, que se baseia no termo definido pela Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), as condições adquiridas são eventos indesejáveis que afetam diretamente a saúde do paciente e sua experiência no cuidado e, que podem ocorrer durante a passagem do paciente em um hospital¹⁰.

Uma operadora de saúde do interior do estado de São Paulo utiliza a metodologia DRG Brasil® como ferramenta de classificação das internações hospitalares há um ano. Teve como missão inicial traçar o perfil das internações em seu Hospital e trabalha atualmente com um projeto de governança utilizando o DRG Brasil®. O objetivo é que no futuro seja utilizado como metodologia de pagamento para hospital, através dos procedimentos gerenciados, e que os indicadores obtidos sejam ferramentas norteadoras para a tomada de decisão em saúde.

Agora que é possível traçar o perfil do hospital através de relatórios que o próprio sistema gera, é importante realizar uma análise dos indicadores para sugerir possíveis melhorias para a qualidade da assistência. Assim, o objetivo deste estudo é analisar o relatório da metodologia DRG Brasil para a tomada de decisão em saúde.

Este estudo é importante para se ter uma visão sobre esta metodologia que é conhecida em outros países e que começa a ser utilizada em serviços de saúde no Brasil, principalmente na saúde suplementar. Busca-se não apenas ter o olhar referente aos custos hospitalares, como também um olhar para a qualidade e administração da saúde.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Realizado um estudo de análise de amostra, do perfil do hospital de uma operadora de saúde da região noroeste do Estado de São Paulo, no período de 01/10/2015 a 30/09/2016. A codificação no Hospital estudado teve início em outubro de 2015 e é realizado por enfermeiras capacitadas pelo DRG Brasil®. A codificação ocorre após a alta do paciente e o faturamento de sua conta. Os prontuários são manuais, a enfermeira faz a leitura dele por completo e lança as informações necessárias no sistema. O objetivo é a realização de 100% das internações, porém devido à alguns fatores, como prontuário ser manual, onde muitas vezes não foi possível localizá-lo por estar sendo utilizado em outro setor, fluxo indefinido dos prontuários, falta de entendimento de terceiros sobre a importância da codificação, foi possível codificar 95% das internações.

Como dito anteriormente, o sistema DRG Brasil consegue dispor de vários relatórios relacionados à: permanência, programas específicos, desempenho, segurança assistencial e análise econômica. É através destes relatórios que conseguimos traçar o perfil do hospital e analisar seus indicadores a fim de auxiliar na tomada de decisão

em saúde.

Para critério de comparação, foram coletadas as informações disponibilizadas pelo DATASUS através do acesso ao TABNET, de acesso público. Foram selecionados dados referentes à região metropolitana onde o município de estudo se encontra e também ao Estado de São Paulo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram registradas 9.630 internações no período de 01/10/2015 a 30/09/2016, com 74,36% internações cirúrgicas e 25,64% internações clínicas. A taxa de reinternação em 30 dias foi de 2,79% e a mortalidade foi de 1,52%. A taxa de condições adquiridas foi de 2,41% e a taxa de mortalidade com condições adquiridas foi de 21,55%.

Quanto ao perfil dos pacientes internados, 61,77% do gênero feminino e 38,23% do gênero masculino. As faixas etárias foram: 0 a 15 anos (15,46%), 16 a 29 anos (18,35%), 30 a 59 anos (46,84%) e acima de 60 anos (19,35%).

A seguir, os DRGs mais prevalentes, após a realização codificação.

A seguir, Tabela 1 com Capítulos do CID10 mais prevalentes na codificação do DRG.

Tabela 1. Grupos de DRGs mais prevalentes (todos).

DRG	DESCRIÇÃO	QUANT.	%
134	Outras cirurgias do ouvido, nariz, boca e garganta sem CC/MCC	815	8,46%
766	Cesariana sem CC/MCC	774	8,04%
743	Cirurgia uterina e dos anexos para doenças não neoplásicas sem CC/MCC	496	5,15%
489	Cirurgia do joelho sem diagnóstico principal de infecção sem CC/MCC	380	3,95%
775	Parto vaginal sem diagnósticos complicadores	342	3,55%
419	Colicistectomia laparoscópica sem exploração do ducto comum sem CC/MCC	333	3,46%
502	Cirurgias do tecido mole sem CC/MCC	195	2,02%
355	Cirurgias de hérnia exceto inguinal e femoral sem CC/MCC	176	1,83%
392	Esofagite, gastroenterite e outras doenças digestivas sem MCC	171	1,78%
765	Cesariana com CC/MCC	164	1,70%
	Representatividade do banco	3.846	39,94%

Fonte: Sistema DRG Brasil – Exportação de dados

A Tabela 1 com Capítulos do CID10 mais prevalentes das internações na Região Metropolitana da cidade estudada e no Estado de São Paulo no período de 01/10/2015 a 30/09/2016.

Podemos observar que as causas das internações mais prevalentes em ambos serviços não diferem, porém, a ordem destes varia. O Capítulo XV – Gravidez, parto e puerpério é a maior causa das internações nos dois sistemas, seguido pelas doenças do aparelho circulatório, com 11%

das internações no SUS e doenças do aparelho digestivo, com 13% no Sistema Suplementar. Na tabela a seguir, permanência prevista x realizada

Tabela 2. Dados da permanência Prevista/Realizada

Ineficiência operacional do custo fixo de casos clínicos: 97,0% (0,0 admissões perdidas no período); Ineficiência operacional do custo fixo de casos cirúrgicos: 107,0% (495,6 admissões perdidas no período).

Tipo de DRG	Quantidade	Previsto	Realizado	Diferença	Perm. Média
Clínico	2.469	9.383,6 (PM=3,8)	9.096,5	-286,1	3,7
Cirúrgico	7.162	12.726,0 (PM=1,8)	13.618,0	892,0	1,9
Total	9.631	22.108,6	22.714,5	605,9	2,4

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Os capítulos referentes à Doenças do sistema nervoso e Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo aparecem nesta lista dos dez capítulos mais prevalentes da Saúde Suplementar, porém nas internações do SUS não aparecem. Assim como os capítulos referentes à Algumas doenças infecciosas e parasitárias e Contatos com serviços de saúde aparecem na lista de internações do SUS, porém não aparecem na lista da Saúde Suplementar.

Estudo publicado em 1997 por Rocha, Simões e Guedes mostrou que em 1993 as 5 maiores causas de internação em um hospital no município de Ribeirão Preto, que atende SUS e Saúde Suplementar, eram: Gravidez, parto e puerpério (19%), Doenças do aparelho circulatório (13%), Doenças do aparelho respiratório (12%), Doenças do aparelho digestivo (9%) e Doenças do aparelho geniturinário (8%), o que mostra que no passar de mais de vinte anos, condiz com os achados de maiores motivos de internação dos dias atuais¹¹.

Cardoso *et al* realizaram um estudo em um município de Minas Gerais em 2013, com dados coletados de um hospital conveniado com o SUS e uma unidade de pronto atendimento municipal (UPA), onde identificou que os Capítulos do CID-10 com mais internações eram: Neoplasias (17,9%), Doenças do aparelho circulatório (16,2%), Gravidez, parto e puerpério (15,1%), Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (11,7%) e Doenças do aparelho respiratório (7,7%). Chama a atenção a maior causa ser diferente dos achados neste estudo, porém deve-se levar em consideração o perfil da população e de atendimento¹².

Podemos observar que os achados nos estudos encontrados estão em congruência com os que foram encontrados no DRG. Vale ressaltar que a identificação correta dos CIDs é um dado importante para uma melhor definição do perfil, como exemplo temos o Capítulo 21 – Contatos com serviços de saúde, onde a maioria dos CIDs não apre-

senta uma patologia, o que pode levar a supor a subestimação da motivação que levou a internação. A seguir, figura com os DRG's Clínicos com maior excesso de tempo de permanência.

Tabela 3. DRGs Clínicos com maior excesso de tempo de permanência.

DRGs Clínicos com maior excesso de tempo de permanência					
DRG	Qtde	Previsto	Realizado	Diferença	Acumulada
195 - PNEUMONIA SIMPES E PLEURISIA SEM CC/MCC	103	3	4,3	1,3	131,9
189 - EDEMA PULOMONAR E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	27	4	6,3	2,3	62
282 - INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO, COM SOBREVIVÊNCIA A ALTA HOSPITALAR SEM CC/MCC	33	2	3,9	1,9	61,3
682 - INSUFICIÊNCIA RENAL COM MMC	3	5	25,4	20,4	61,2
66 - HEMORRAGIA INTRACRANIANA OU INFARTO CEREBRAL SEM CC/MCC	39	2	3,4	1,4	53,8
54 - NEOPLASIAS DO SISTEMA NERVOOSO COM MCC	3	4	20,2	16,2	48,6
379 - HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SEM CC/MCC	52	2	2,9	0,9	48,3
194 - PNEUMONIA SIMPLES E PLEURISMA COM CC	22	4	6,2	2,2	48
291 - INSUFICIÊNCIA CARDIACA E CHOQUE COM MCC	7	5	11,1	6,1	42,7
283 - INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO, COM ÓBITO INTRAHOSPITALAR COM MCC	3	3	16,9	13,9	41,6

Fonte: Sistema de grupo de diagnósticos relacionados (DRG).

O sistema DRG consegue gerar, através de estudo estatístico prévio, o tempo de permanência ideal da internação do paciente, de acordo com a combinação das informações citadas anteriormente, que são CID principal, comorbidades e procedimentos.

Segundo informações do DRG, podemos dizer que as internações cirúrgicas tiveram uma ineficiência na utilização dos leitos, pois foram 495,6 diárias perdidas no período. Enquanto que as internações clínicas funcionaram

com eficiência.

A seguir, figura com os DRG's Cirúrgicos com maior excesso de tempo de permanência

Tabela 4. DRGs Cirúrgicos com maior excesso de tempo de permanência.

DRGs Cirúrgicos com maior excesso de tempo de permanência					
DRG	Qtde	Previsto	Realizado	Diferença	Acumulada
766 - CESARIANA SEM CC/MCC	713	2	2,5	0,5	387,1
3 - ECMO OU TRAQUEOSTOMIA COM VM96+HS OU DIAG PRINCIPAL, EXCETO FACE, BOCA E PESCOÇO COM CIRURGIAS MAIORES	14	19	44,9	25,9	362
775 - PARTO VAGINAL SEM DIAGNÓSTICOS COMPLICADOS	324	2	2,6	0,6	204,3
4 - TRAQUEOSTOMIA COM VM96+HS OU DIAG PRINCIPAL, EXCETO FACE, BOCA E PESCOÇO COM CIRURGIAS MAIORES	6	14	45,2	31,2	186,9
343 - APENDICECTOMIA SEM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEXO SEM CC/MCC	100	1	2,4	1,4	142,8
27 - CRANIOTOMIA E PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES INTRACRANIANOS SEM CC/MCC	14	1	10,2	9,2	128,6
331 - CIRURGIAS MAIORES DE INTestino GROSSO E DELGADO SEM CC/MCC	28	3	7,1	4,1	115,3
215 - OUTRO IMPLANTE DE SISTEMA CARDIACO ASSISTIDO	36	6	8,5	2,5	90,3
3 - ECMO OU TRAQUEOSTOMIA COM VM96+HS OU DIAG PRINCIPAL, EXCETO FACE, BOCA E PESCOÇO COM CIRURGIAS MAIORES	3	18,4	48	29,6	88,9
765 - CESARIANA COM CC/MCC	158	3	3,5	0,5	84,3

Fonte: Sistema de grupo de diagnósticos relacionados (DRG).

Apesar das maiores permanências estarem em tabelas separadas, podemos relacionar que a causa de maior tempo de permanência está nas que se referem ao sistema respiratório, onde pneumonia, edema pulmonar, insuficiência respiratória e traqueostomia com ventilação mecânica aparecem entre os primeiros das listas.

A saúde mental é o maior motivo da longa permanência na internação do SUS e o serviço que foi estudado não realiza internações relacionados a transtornos mentais e

comportamentais. Podemos observar que as maiores médias de permanência das internações do SUS aparecem também nas maiores causas de internações.

A permanência hospitalar prolongada reduz a oportunidade de otimização dos leitos, limitando o cuidado que poderia ser ofertado a outros pacientes e aumentam os custos, sendo assim um indicador da qualidade da assistência prestada e de gerenciamento de leito¹³.

Souza et al realizaram um estudo sobre indicações e tempo de permanência em internações pós-cirúrgica referente em um hospital público na região central de São Paulo, no período de janeiro a março de 2011, totalizando dez casos. As médias de permanência encontradas foram: apendicite (04 dias), colecistopatia calculosa (04 dias), troca de valva cardíaca (30 dias), obstrução intestinal (26 dias), amputação de MIE (07 dias) e cirurgia bariátrica (19 dias)¹⁴.

Tabela 5. Dados dos óbitos coletados pelo método DRG no período por faixa etária.

Faixa Etária	Saídas	Óbitos	Proporção
Recém-nascido (até 28 dias)	229	9	3,93%
Maior ou igual a 29 dias a 17 anos	1.385	1	0,07%
18 a 59 anos	6.154	34	0,55%
60 a 69 anos	890	24	2,70%
70 a 79 anos	611	30	4,91%
Maior ou igual a 80 anos	362	47	12,98%
Total	9.631	146	1,52%
146 óbitos:	102 DRG's	44 DRG's	
	Clínicos	Cirúrgicos	

Fonte: Sistema de grupo de diagnósticos relacionados (DRG).

O indicador de tempo de permanência hospitalar avalia a qualidade institucional e a eficiência de uma unidade para definir a produtividade e o rendimento de leito de cada especialidade, e ainda mensurar a quantidade de leitos necessários para atender a população da área¹⁷.

A seguir, figura com os óbitos que ocorreram no período na faixa etária de 0 dias a 1 ano.

Segundo Rufino em estudo realizado de agosto de 2010 a março de 2011, com 48 casos clínicos em um hospital em João Pessoa, onde a média do tempo de internação foi de 20,9 dias. Para hospitais de média e alta complexidades, este valor está acima da média nacional, que é de 9,3 dias¹⁵.

Silva et al estudaram sobre o tempo de permanência hospitalar em cirurgia de revascularização miocárdica no SUS e na Saúde Suplementar durante o período de julho de 2009 e julho de 2010 em um hospital em São Paulo, onde observou que o tempo de permanência hospitalar total das internações da Saúde Suplementar é maior que um

dia em relação aos pacientes do SUS e este tempo acima de sete dias também ocorreu mais nas internações da Saúde Suplementar do que no grupo SUS¹⁶.

Tabela 6. Óbitos que ocorreram no período na faixa etária de 0 dias a 1 ano

DRG		Número de altas	Número de óbitos	Taxa de óbito
790	Prematuridade Extrema ou síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	7	3	42,86%
789	Recém-nascido evoluiu para óbito ou foi transferido para outro serviço	2	2	100,00%
792	Prematuridade sem problemas maiores	23	2	8,70%
307	Doença cardíaca congênita e valvar sem MCC	2	1	50,00%
793	Recém-nascido a termo com problemas maiores	99	1	1,01%

Fonte: Sistema de grupo de diagnósticos relacionados (DRG).

Tabela 7. Óbitos que ocorreram no período na faixa etária de 60 anos a mais de 80 anos

DRG		Número de altas	Número de óbitos	Taxa de óbito
872	Septicemia ou sepse grave sem ventilação mecânica 96+ horas sem MCC	21	9	42,86%
3	Ecmo ou traqueostomia com VM 96+ HS ou Diag. Principal, exceto face, boca e pescoço em cirurgias maiores	15	8	53,33%
208	Diagnóstico do sistema respiratório com uso de ventilação mecânica < 96 horas	10	6	60,00%
871	Septicemia ou sepse grave sem ventilação mecânica 96+ horas com MCC	11	6	54,55%
870	Septicemia ou sepse grave com ventilação mecânica 96+ horas	8	5	62,50%
64	Hemorragia intracraniana ou infarto cerebral com MCC	5	4	80,00%
189	Edema pulmonar e insuficiência respiratória	21	4	19,05%
4	Traqueostomia com VM 96+ Hs ou Diag. principal, exceto face, boca e pescoço sem cirurgias maiores	8	3	37,50%
285	Infarto agudo do miocárdio, com óbito intrahospitalar sem CC/MCC	3	3	100,00%
330	Cirurgias maiores de intestino grosso e delgado com CC	8	3	37,50%

Fonte: Sistema de grupo de diagnósticos relacionados (DRG).

A seguir, tabela com os óbitos por faixa etária e região metropolitana.

Tabela 7. Óbitos por faixa etária e região metropolitana

Faixa Etária	Região Metropol. (óbitos)	Total (óbitos)	Região Metropol. (internação)	Total (internação)	Região Metropol. (Proporção)	Total (Proporção)
Menor 1 ano	197	3799	7769	123945	3%	2%
1 a 4 anos	28	456	5171	96082	1%	0%
5 a 9 anos	14	243	3633	65613	0%	0%
10 a 14 anos	25	326	3227	52420	1%	1%
15 a 19 anos	50	760	8997	146028	1%	1%
20 a 29 anos	116	2303	25128	395036	0%	1%
30 a 39 anos	258	4277	20865	326594	1%	1%
40 a 49 anos	477	8677	15926	248490	3%	3%
50 a 59 anos	986	17651	17987	285194	5%	6%
60 a 69 anos	1414	25790	18407	292707	8%	9%
70 a 79 anos	1503	27545	12844	214703	12%	13%
80 anos e mais	1657	31023	8111	145138	20%	21%
Total	6725	122850	148065	2391950	5%	5%

Fonte: Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A seguir, tabela com as maiores causas de óbito por capítulo de CID, menores de 01 ano, em 2014.

Tabela 8. Óbitos por capítulo de CID, menores de 01 ano

Capítulo CID-10	Região Metropolitana	Total
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	208	4094
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	107	1768
X. Doenças do aparelho respiratório	13	305
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	13	236
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3	121
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	8	90
VI. Doenças do sistema nervoso	5	80
IX. Doenças do aparelho circulatório	4	63
XI. Doenças do aparelho digestivo	2	47
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	45
Total	369	6930

Fonte: Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A seguir, tabela com as maiores causas de óbito por capítulo de CID, de 60 a mais de 80 anos, em 2014.

Podemos observar que nas tabelas as faixas etárias mais acometidas são de menores de 01 ano e maiores de 80 anos. As maiores causas de óbito em menores de 01 ano se concentram em no Capítulo XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal e de 60 anos a mais de 80 anos, no hospital estudado foi de sepse, infarto agudo do miocárdio e insuficiência respiratória aguda, e na região estudada foi de pneumonia, infarto agudo do

miocárdio e doenças pulmonares obstrutivas crônicas.

Tabela 9. Óbitos por capítulo de CID, de 60 a mais de 80 anos.

Capítulo CID-10	Região Metropolitana	Total
IX. Doenças do aparelho circulatório	2525	44724
II. Neoplasias (tumores)	1888	30487
X. Doenças do aparelho respiratório	1864	26771
XI. Doenças do aparelho digestivo	579	8974
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	486	7663
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	512	6991
VI. Doenças do sistema nervoso	357	5218
J. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	358	4660
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	229	4339
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	225	2906
Total	9233	146333

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Segundo Lima-Costa e Barreto, as doenças cardiovasculares é a causa principal de mortalidade entre os idosos no país, assim como mostrado na tabela 1, onde é a segunda maior causa de internação no SUS. A redução dos fatores de risco modificáveis, como consumo excessivo de álcool, tabagismo e obesidade, muitas vezes atribuída a doenças cardiovasculares já mostrou que deveria ser prevenida ao longo da vida¹⁸.

Cabrera, Andrade e Wajngarten realizaram um estudo de 1997 a 2007 Indivíduos com 60 anos ou mais atendidos no ambulatório de demanda espontânea de usuários de plano de saúde e no Ambulatório de Geriatria de um hospital do interior do Paraná. A pesquisa foi realizada com 840 indivíduos de 60 a 93 anos, onde foram observadas 302 ocorrências de óbitos. Neste estudo foi analisado que as causas básicas de óbitos foram: doenças cardiovasculares (42,3%), neoplásicas (17,2%), respiratórias (15,4%) e doenças do sistema nervoso (9,4%). E as doenças que mais foram responsáveis pelo óbito foram pneumonia (36), coronariopatias (29), insuficiência cardíaca (27), acidente vascular cerebral (25) e demência (21)¹⁹.

Quanto à morbidade e mortalidade de recém-nascidos, em 2013 Tadiete *et al* realizaram estudo em uma unidade de terapia intensiva de um hospital do sul do Brasil, onde foi relatado que do ano de 2002 a 2006 com análise de 320 prontuários. Foi constatado predominância de RNs do sexo masculino, baixo peso e prematuros. A morbidade principal desenvolvida foi infecção (59,4%) e as maiores causas de mortalidade foi prematuridade e infecção neonatal²⁰.

Em uma cidade do Rio Grande do Sul foi realizado estudo com os recém-nascidos internados na UTI Neonatal, no período de março de 1998 a março de 2004. Neste

estudo, as principais causas de óbito no primeiro dia, onde a maioria dos recém-nascidos eram prematuros (84%) e 58% apresentavam peso de nascimento menor do que 1.500 gramas, foi de: malformações severas (31%), septicemia (31%), prematuridade extrema (12%) e patologias de placenta e cordão (8,6%)²¹.

A seguir, tabela com os dados das condições adquiridas.

Tabela 10. Condições adquiridas permanência média prevista e permanência média realizada

	Condições Adquiridas			(Real-Previsto)
	Saídas	Permanência média prevista	Permanência média realizada	
Pacientes com condições adquiridas	230	7,7	15,2	7,5
Pacientes sem condições adquiridas	9.400	2,2	2,0	-0,2

Fonte: Sistema DRG Brasil

A seguir, as condições adquiridas mais frequentes:

Tabela 11. Descrição dos CID's mais adquiridos e a frequência.

CID	Descrição do CID	Frequência
T814	Infecção subsequente a procedimento não classificada em outra parte	33 - 9,88 %
J189	Pneumonia não especificada	23 - 6,89 %
A419	Septicemia não especificada	16 - 4,79 %
I460	Parada cardíaca com ressuscitação bem-sucedida	17 - 5,09 %
A419	Septicemia não especificada	16 - 4,79 %
O701	Laceração de perineo de segundo grau durante o parto	13 - 3,89 %
J960	Insuficiência respiratória aguda	12 - 3,59 %
T801	Complicações vasculares subsequentes à infusão, transfusão e injeção terapêutica	12 - 3,59 %
T810	Hemorragia e hematoma complicando procedimento não classificada em outra parte	11 - 3,29 %
O860	Infecção da incisão cirúrgica de origem obstétrica	10 - 2,99 %

Fonte: Sistema DRG Brasil

As condições adquiridas foram encontradas em 2,44% das internações codificadas, o que sugere uma subnotificação, visto que em estudos a porcentagem foi de 4%, onde se estima que apenas 40% das condições são devidamente registradas e conhecidas¹⁰.

Daibert¹⁰ encontrou em seu estudo sobre as complicações relacionadas à internação hospitalar e seu impacto assistencial e econômico as seguintes condições adquiridas mais prevalente com suas frequências, respectivamente: Outras apneias do recém-nascido (9%), Úlcera de decúbito (6,9%), Infecção subsequente a procedimento não classificada em outra parte (6%), Infecção do trato urinário de localização não especificada (5,7%), Parada

cardíaca não especificada (5,4%), Parada respiratória (5,2%), Septicemia não especificada (5,1%), Hemorragia e hematoma complicando procedimento não classificada em outra parte (4,6%), Insuficiência respiratória aguda (3,4%), Outras afecções especificadas da pele e do tecido subcutâneo (3,2%).

A ocorrência de infecção hospitalar determina um aumento no tempo de internação, dos custos da internação, índices de mortalidade e tempo de afastamento do trabalho²². Assim, um foco maior na sua notificação se faz necessário, tendo em vista suas consequências no atendimento de qualidade.

4. CONCLUSÃO

Este estudo procurou mostrar o Sistema de Informação a nível do SUS, com a utilização do TABNET e a nível da Saúde Suplementar, com a utilização do Sistema DRG. Ambas ferramentas se mostraram de fácil manuseio, com estudo prévio sobre as ferramentas e utilização constante.

Demonstrou sucintamente os benefícios que o sistema DRG pode trazer para a análise, acompanhamento e planejamento das ações em saúde, visando a qualidade assistencial, segurança do paciente e sustentabilidade de sistema. Porém, ainda encontra desafios, como mais estudos brasileiros sobre esta metodologia e melhor valorização dos registros e codificações das internações.

REFERÊNCIAS

- [01] Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Guia da Saúde Suplementar. 44p. 2013. [acessado 2016 nov 14]. Disponível em: <http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/jwfnpl1a4g3pcsuj.pdf>
- [02] Universidade de São Paulo. Centro de Desenvolvimento de Educação Médica. Sistema de Saúde no Brasil [internet]. São Paulo. [acessado 2016 nov 14]. Disponível em: <http://fm.usp.br/cedem/did/atencao/4-%20Bibliografia%20Complementar%20-%20Sistema%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil%20FINAL.pdf>
- [03] Brasil. Lei nº 9.656. Dispõe sobre os Planos de Assistência à Saúde. Brasília, 1998. [acessado 2016 nov 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Cci-vil_03/leis/L9656.htm
- [04] Brasil. Lei nº 9.961/2000. Dispõe sobre a criação da ANS. Brasília, 2000. [acessado 2016 nov 16]. Disponível em: <http://www.sbp.org.br/arquivos/LEI%20No%209961%20DE%2028%20DE%20JANEIRO%20DE%202000..pdf>
- [05] Branco Maria Alice Fernandes. Sistemas de informação em saúde no nível local. Cad. Saúde Pública [Internet]. 1996 June [acessado 2016 nov 20]; 12(2):267-270. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n2/1512>

- [06] Brasil. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. [acessado em 2016 nov 20]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=298&Itemid=965
- [07] Nitão, SRV. Saúde suplementar no Brasil: um estudo da dinâmica industrial pós-regulamentação [dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2004. 130 p. [acessado em 2016 nov 22]. Disponível em: <<http://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/nitaosrvn.pdf>>
- [08] Noronha, MF, Portela, MC, Lebrão, M. Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2004. [acessado em 2016 jul 14]; 20(supl. 2):S242-S255. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800019&lng=en&nrm=iso>
- [09] Noronha, MF. et al. O desenvolvimento dos "Diagnosis Related Groups"- DRGs. Metodologia de classificação de pacientes hospitalares. Rev. Saúde Pública, São Paulo, June 1991. [acessado em 2016 jun 15]; 25(3):198-208. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000300007&lng=en&nrm=iso>
- [10] Daibert, PB. Impacto econômico e assistencial das complicações relacionadas à internação hospitalar. 2015; 89 f. Dissertação. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.
- [11] Stuardo YRJ, Guanais SBJ, Guedes GLM. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. Rev. Saúde Pública. 1997 Out [citado 2017 Maio 04]; 31(5):479-487. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2300.pdf>
- [12] Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Júnior AA, Guimarães DA, Carvalho SF, Valentin RF. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. Rev Panam Salud Publica. 2013 Oct [acessado em 2017 mai 01]; 34(4):227-234. Available from: www.scielo.org/pdf/rpsp/v34n4/03.pdf
- [13] Sousa-Muñoz RL, Bezerra MWR, Lima Júnior ZB, et al. Fatores relacionados com permanência hospitalar prolongada em clínica médica. Congresso Médico da Paraíba; João Pessoa: Anais do XX Congresso Médico da Paraíba; 1999
- [14] De Souza, MS. Indicações e Tempo de Permanência em Internação Pós-Cirúrgica em um Hospital Público da Cidade de São Paulo - SP. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, jun. 2012 [S.l.]; 1(1):108-115. ISSN 2316-3712. [acessado em 2017 abril 20] Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/2/43>>
- [15] Rufino GP, Gurgel MG, Pontes TC, Freire E. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. Rev Bras Clin Med. 2012; 10(4): 91-7. [acessado em 2017 jan 15]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3043.pdf>
- [16] Silva GS, Sousa AG, Soares D, Colósimo FC, Piotto RF. Avaliação do tempo de permanência hospitalar em cirurgia de revascularização miocárdica segundo a fonte pagadora. Rev. Assoc. Med. Bras. 2013 Jun [acessado em 2017 abril 20]; 59(3):248-253. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n3/v59n3a10.pdf>
- [17] Santos MCE, Jorge LT, Ancão MS, Sigulem D. O indicador hospitalar média de permanência e sua aplicação no ambiente hospitalar. 2004. [acessado em 2017 abril 15] Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/732.doc>
- [18] Lima-Costa MF, Barreto sm. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiol. Serv. Saúde. 2003 Dez [acessado em 2017 fev 22]; 12(4):189-201. Disponível em: scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf
- [19] Cabrera MAS, Andrade SM, Wanjgarten M. Causas de mortalidade em idosos: estudo de seguimento de nove anos. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2007 out-dez; 1(1):12-8. [acessado em 2017 abril 25] Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/2007-1.pdf>
- [20] Tadielo BZ, Neves ET, Arrué AM, Silveira A, Ribeiro AC, Tronco CS, et al. Morbidade e mortalidade de recém-nascidos em tratamento intensivo neonatal no Sul do Brasil. Rev Soc Bras Enferm Ped. 2013; 13(1):7-12. [acessado em 2017 abril 30] Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/163-morbidade-e-mortalidade-de-recm-nascidos-em-tratamento-intensivo-neonatal-no-sul-do-brasil.html>
- [21] Araújo BF, Tanaka ACA, Madi JM, Zatti H. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2005 Dec [acessado em 2017 abril 30]; 5(4):463-469. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27765.pdf>
- [22] Rufino GP, Gurgel MG, Pontes TC, Freire E. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. Rev Bras Clin Med. 2012; 10(4):91-7. [acessado em 2017 fev 10] Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3043.pdf>