

DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG) E SUA APLICAÇÃO NA GESTÃO HOSPITALAR: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM E O FINANCIAMENTO EM SAÚDE

Alex Sander Brandão Braz¹.

¹Universidade Presidente Antônio Carlos, Uberlândia, Minas Gerais.

<http://lattes.cnpq.br/1067101693559881>

RESUMO: O Diagnosis Related Groups (DRG) constitui um sistema de classificação de pacientes amplamente utilizado na gestão hospitalar, com influência direta no financiamento em saúde e na organização dos serviços. Este estudo tem como objetivo analisar criticamente a produção científica acerca do DRG, destacando seus fundamentos conceituais, formas de aplicação e implicações para a gestão hospitalar, especialmente em relação ao financiamento, à gestão de custos, à qualidade assistencial e ao desempenho da enfermagem. Trata-se de uma revisão narrativa de caráter integrativo, realizada em bases de dados como SciELO, LILACS e Google Acadêmico, além de documentos institucionais. Os resultados demonstram que o DRG contribui para a padronização do financiamento, aumenta a eficiência na alocação de recursos e fortalece o monitoramento dos desfechos clínicos. Entretanto, sua implementação envolve limitações associadas à qualidade dos registros em saúde, à dependência de sistemas de informação estruturados e ao potencial risco de alta hospitalar precoce. Destaca-se o papel estratégico da enfermagem na produção, qualificação e confiabilidade das informações assistenciais. Conclui-se que o DRG deve ser compreendido como um instrumento de gestão em saúde, voltado à promoção da eficiência e da transparência, desde que articulado à qualidade da assistencial e à segurança do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Analista de Informação em Saúde. Classificação de pacientes. Custos Hospitalares.

DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRGs) AND THEIR APPLICATION IN HOSPITAL MANAGEMENT: IMPLICATIONS FOR NURSING AND HEALTHCARE FINANCING

ABSTRACT: Diagnosis Related Groups (DRG) is a widely used patient classification system in hospital management, directly influencing healthcare financing and service organization. This study aims to critically analyze the scientific literature on DRG, highlighting its conceptual foundations, application methods, and implications for hospital management,

especially regarding financing, cost management, quality of care, and nursing performance. This is an integrative narrative review conducted using databases such as SciELO, LILACS, and Google Scholar, as well as institutional documents. The results demonstrate that DRG contributes to the standardization of financing, increases efficiency in resource allocation, and strengthens the monitoring of clinical outcomes. However, its implementation involves limitations associated with the quality of health records, dependence on structured information systems, and the potential risk of early hospital discharge. The strategic role of nursing in the production, qualification, and reliability of healthcare information is highlighted. In conclusion, DRG should be understood as a healthcare management tool aimed at promoting efficiency and transparency, provided it is linked to quality of care and patient safety.

KEY-WORDS: Health Information Analyst. Patient Classification. Hospital Costs.

INTRODUÇÃO

O crescimento global dos gastos em saúde, associado à transição demográfica e a progressiva incorporação de novas tecnologias, tem exercido pressões relevantes à sustentabilidade financeira dos sistemas públicos e privados de saúde (ANS, 2019). Na realidade brasileira, a elevação constante dos custos assistenciais, não apenas evidencia a necessidade de adotar estratégias voltadas à eficiência operacional, mas também a transparência na alocação dos recursos, no entanto, ao mesmo tempo determina o desafio de conciliar a eficiência econômica com garantia de acesso universal e equitativo aos serviços de saúde (Rivera; Filho, 2023).

Tradicionalmente, a forma de remuneração no Brasil é o Fee-for-Service (FFS), ou pagamento por procedimento, no qual o prestador é pago de forma individualizada por cada procedimento, item ou serviço prestado na assistência. Neste sentido por mais que esse modelo garanta o acesso a procedimentos, ele evidencia limites relevantes, ao incentivar a fragmentação da assistência e o aumento dos custos sem correspondência direta com o desfecho clínico e resultados da saúde do paciente (Rivera; Filho, 2023). Em contraposição, dentre outros modelos de pagamento prospectivo, estruturado por meio de pacotes assistenciais destaca-se o Diagnosis-Related-Groups (DRG), que tem sido apresentado como alternativa, ao propor definição prévia de valor fixo por episódio de cuidado, pautado na redução do consumo de recursos e com intuito de promover a eficiência e gestão assistencial (Reis; Nascimento, 2021).

A metodologia DRG surgiu mundialmente na década de 1960, desenvolvida por pesquisadores da Universidade de Yale, EUA, com a finalidade de classificar pacientes internados em hospitais. Desde então, destacou a importância dos hospitais no tratamento de doenças e na necessidade de identificar melhor o serviço em atividade. Para isso, tornou-se necessário avaliar os hospitais quanto aos custos, à forma como desenvolve a prestação de cuidados ao paciente, quem são os sujeitos envolvidos durante a prestação da assistência, o modo como essa assistência é realizada e quais os resultados gerados

(Veras et. al., 1990).

O sistema DRG integra parte do controle financeiro promovendo maior eficiência e transparência na gestão hospitalar, de modo a reduzir os custos. Seu propósito inicial está relacionado à supervisão da qualidade da assistência e utilização dos serviços, sendo posteriormente adotado em diversos países, como Noruega, Alemanha, Holanda, China e Suíça. Trata-se de um instrumento de categorização de pacientes que relaciona o perfil clínico ao consumo de recursos durante a hospitalização, viabilizando a definição do produto hospitalar com base em padrões de uso de recursos clínicos e assistenciais (Roschel et. al., 2018).

No Brasil, o desenvolvimento de uma metodologia nacional consolidou-se em 2011 com o DRG Brasil, que adaptou os algoritmos norte-americanos para o perfil epidemiológico e estrutural do sistema de saúde brasileiro (Faria; Ribeiro, 2017). Atualmente, o DRG vem sendo utilizado de maneira crescente na saúde suplementar e, progressivamente, implantado de forma estratégica no setor público, como na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig), por meio de iniciativas voltadas à governança clínica monitoramento de desempenho e qualificação da gestão assistencial (Martins; Ângelo, 2021).

Apesar das potencialidades atribuídas ao sistema, a utilização do DRG também provoca relevantes implicações éticas, assistenciais e organizacionais. A busca pela eficiência econômica e pela redução do tempo médio de internação pode resultar em práticas centradas na produtividade hospitalar, resultando em altas precoces, intensificação do trabalho e priorização de indicadores financeiros em detrimento da integralidade assistencial (Roschel et.al., 2018). Nesse cenário, evidencia-se o debate em torno dos limites da racionalização econômica em relação à preservação da integralidade do cuidado, sobretudo em contextos de subfinanciamento e desigualdades estruturais no sistema de saúde.

Além disso, a implementação do DRG está diretamente relacionada à qualidade dos registros clínicos e à correta codificação das informações assistenciais, fortalecendo o papel da enfermagem na gestão hospitalar. O enfermeiro passa a desempenhar função estratégica na gestão das informações em saúde, atuando na qualificação dos registros, na análise de prontuários e na organização dos fluxos assistenciais (FHEMIG, 2025). Por outro lado, o aumento das responsabilidades da enfermagem pode intensificar a sobrecarga administrativa e conflitos entre exigências gerenciais e assistência direta ao paciente, além de provocar debates éticos relacionados à produtividade informacional e a padronização do cuidado (Oliveira; Pereira; Damião, 2025).

Sob essa perspectiva, o DRG deixa de se restringir à dimensão econômico e administrativa, passando a envolver questões vinculadas à segurança do paciente, à qualidade da assistência e à organização do trabalho em saúde. O uso inadequado de indicadores, associado à preferência na contenção de custos, pode prejudicar a alta segura, a continuidade assistencial e a tomada de decisão clínica centrada nas necessidades

individuais do paciente (Reis; Nascimento, 2021). Embora o sistema possa contribuir para a transparência institucional e para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente, sua implementação também provoca reflexões importantes: até que ponto a lógica de eficiência econômica pode impactar a qualidade assistencial, a autonomia dos profissionais e a integralidade do cuidado?

Diante disso, este estudo busca problematizar a produção científica acerca do DRG, analisando suas potencialidades e limitações na gestão hospitalar, discutindo seus fundamentos teóricos, formas de aplicação e implicações.

OBJETIVO

Analisar criticamente a literatura científica acerca do Diagnosis-Related-Groups (DRG), com o propósito de compreender seus fundamentos teóricos, formas de aplicação e implicações para a gestão hospitalar, especialmente no que se refere ao financiamento em saúde, controle de custos, qualidade assistencial e organização do cuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa de caráter integrativo, desenvolvida com o objetivo de reunir e analisar produções científicas acerca do *Diagnosis-Related Groups* (DRG) no contexto da gestão hospitalar, financiamento em saúde, qualidade assistencial e organização do cuidado.

A revisão bibliográfica foi realizada em bases de dados SciELO, LILACS e Google Acadêmico, além da consulta a documentos institucionais e publicações técnicas disponíveis em páginas oficiais na internet. Foram utilizados descritores em português e inglês, associados por meio de operadores booleanos AND e OR incluindo os termos: “*Diagnosis-Related Groups*”, “DRG”, “Grupos de Diagnóstico Relacionados”, “*Gestão Hospitalar*”, “Gestão em Saúde”, “Financiamento em Saúde” e “Enfermagem”.

Foram considerados artigos científicos, documentos institucionais, manuais técnicos e publicações relevantes que abordassem aspectos conceituais, operacionais, financeiros e impactos do DRG na gestão hospitalar. A seleção dos estudos ocorreu com base na leitura dos títulos e resumos, seguida de análise na íntegra das produções mais pertinentes ao tema.

Os dados foram organizados e analisados de forma temática, permitindo a construção de categorias analíticas relacionadas ao conceito e funcionamento do DRG, sua relação com a gestão de custos, impactos na qualidade assistencial e implicações para a enfermagem e desafios na sua implementação.

A síntese dos achados sustenta-se exclusivamente na análise crítica-reflexiva das produções científicas e documentos institucionais, buscando identificar convergências,

divergências e lacunas na literatura, enfatizando a problematização das implicações do uso do DRG no contexto dos sistemas de saúde. Por se tratar de estudo teórico-reflexivo, não houve coleta de dados primários nem participação de seres humanos, dispensando a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conceito e Funcionamento do DRG

O DRG é constituído por um sistema de classificação de pacientes internados em hospitais que atendem casos agudos (Minas Gerais, 2023). Desenvolvido pelos pesquisadores Robert B. Fetter e John Thompson na Universidade de Yale, como uma estratégia inovadora para classificar pacientes relacionando a complexidade clínica e ao consumo de recursos, entretanto sua operacionalização não está livre de instabilidade, porém ao atrelar o financiamento a gestão de custos pode incentivar a adoção de práticas voltadas a eficiência econômica, com a melhoria da qualidade da assistência e integralidade do cuidado (Zaha et. al., 2018).

O funcionamento do sistema fundamenta-se em algoritmos que agrupam os pacientes em categorias clinicamente homogêneas e com similaridade de padrões na utilização de recursos (Liu et.al., 2024). Para a classificação, utilizam-se variáveis essenciais obtidas do prontuário, como os seguintes parâmetros: Diagnóstico Principal (condição que motivou a internação), Diagnósticos Secundário (comorbidades e complicações), Procedimentos Cirúrgicos ou Terapêuticos Realizados, Dados Demográficos (idade e sexo), Condição da Saída (alta, óbito ou transferência) (Minas Gerais, 2023).

Os DRGs são organizados em Categorias Diagnósticas Maiores (MDC), que correspondem a sistemas orgânicos ou especialidades médicas, estruturados em 25 grandes grupos (Filho, 2014). Dessa forma, busca-se padronizar a classificação dos pacientes com base em diagnósticos principais semelhantes e com uso equivalente de recursos. Apesar de contribuir para a melhoria dos processos de gestão, o modelo pode tratar de forma diferente os quadros clínicos e reduzir as comorbidades de pacientes com múltiplos fatores, o que provoca discussão sobre o método e na atuação das necessidades assistenciais e diversidade do cuidado.

DRG e Gestão de Custos Hospitalares

O método DRG consiste em um instrumento de gestão eficaz de controle financeiro e eficiência, nesse sentido ele permite que os gestores identifiquem desperdícios, bem como, dimensionar os custos hospitalares. Internacionalmente, o DRG representa uma das principais modalidades de pagamento prospectivo, no qual os valores pagos pelos serviços são definidos em grupos de diagnósticos previamente estabelecidos propiciando

os hospitais a tratar o paciente de forma qualificada. No entanto, pode ocorrer risco de alta precoce, comprometendo a integralidade da assistência, ao atribuir o tratamento com o valor a ser pago previamente definido sem levar em consideração as características específicas de cada condição clínica (Roschel et. al., 2018).

O conceito central do DRG em relação a gestão de custos é o Case Mix, que é entendido como um coeficiente que expressa a complexidade assistencial dos pacientes atendidos (Minas Gerais, 2023). A partir desse indicador, é possível avaliar o nível de complexidade dos casos em uma instituição, sendo utilizado como parâmetro para ajuste de desempenho entre os hospitais. Além disso, ao considerar a estimativa de custos conforme a gravidade dos casos, esse coeficiente possibilita comparações entre diferentes linhas de cuidados e instituições de saúde (DRG Brasil, 2026b).

Entretanto, apesar de toda essa eficácia a aplicação do DRG no gerenciamento de custos hospitalares ainda evidencia desafios éticos e operacionais que fragilizam sua implementação. Para isso, o funcionamento depende exclusivamente da qualidade dos registros clínicos e da codificação adequada, o que representa um desafio notável em vários hospitais. Na prática, além de uma limitação funcional, existe a necessidade de um sistema de informação na saúde mais estruturado, para reduzir as inconsistências nos processos de registros e melhorar a qualidade dos dados, impactando direto na distribuição dos recursos financeiros.

Diante desse contexto, o DRG ao utilizar bases de dados inconsistentes, pode ocasionar distorções entre instituições, desfavorecendo aquelas com menor capacidade de organização e suporte técnico. Portanto, o emprego do DRG deve ser feito para fortalecimento da transparência assistencial, e não apenas como instrumento para contenção de custos e mecanização da assistência prestada.

Impactos na qualidade assistencial e implicações para a enfermagem e organização do cuidado

A utilização da metodologia DRG no cenário hospitalar, principalmente nos casos clínicos, exige uma reflexão que vai além de uma abordagem de contenção de custos, até a qualidade assistencial e a organização do cuidado (Martins; Ângelo, 2021). Ao estratificar pacientes em grupos clinicamente homogêneos, o sistema proporciona um instrumento de transparência para monitoramento de desfechos clínicos e identificação de condições adquiridas no durante o processo de internação, bem como os eventos adversos não presentes na admissão (Minas Gerais, 2023). A partir de uma análise dialógica, a procura pela eficiência do leito hospitalar pode produzir benefícios expressivos, que incluem a redução da exposição e infecções, acrescido de outras complicações associadas ao prolongamento da internação (Roschel et. al., 2018). Essa exigência institucional de cumprimento do tempo de permanência carrega o risco inerente de induzir incentivos inadequados, além de favorecer a realização de altas hospitalares precoces e inapropriadas. Tal prática pode

comprometer a integralidade da assistência, na medida em que decisões de alta passam a ser influenciadas por metas gerenciais em sobreposição a avaliação clínica individualizada (Roschel et. al., 2018).

Com base nessa análise, o enfermeiro assume papel de destaque ético e técnico como Analista de Informação em Saúde, atuando de forma fundamental na qualificação dos dados e na codificação precisa da prática clínica em informações estruturadas. Durante o exercício de suas funções, a interação entre cuidado direto e os sistemas de informação, reforça a consistência dos registros e a confiabilidade dos indicadores na gestão hospitalar (FHEMIG, 2025). Ainda que essa atividade encontra vários desafios importantes, ao destacar a necessidade de domínio técnico em codificação, pode gerar risco de sobrecarga administrativa e recorrente conflito entre a lógica assistencial e as exigências de produtividade informacional. Mesmo assim, o enfermeiro revela-se como um protagonista estratégico na produção da chamada “verdade assistencial”, contribuindo diretamente na tomada de decisão, bem como na qualidade do cuidado prestado e na transparência institucional (FHEMIG, 2025).

Embora o DRG funcione como um referencial analítico, ao mobilizar a enfermagem, especialmente o enfermeiro líder, na elaboração de protocolos de alta segura e planos de cuidado continuado, com intuito de melhorar o giro de leitos sem comprometer a segurança do paciente, sua utilização também deve evitar uma abordagem meramente reducionista voltada ao controle de gastos. Nesse sentido, o DRG necessita ser inserido na perspectiva do cuidado centrado no paciente, na qual a eficiência assistencial esteja diretamente vinculada à qualidade dos desfechos clínicos (Reis; Nascimento, 2021).

Dessa forma, o enfermeiro representa um componente central desse sistema, uma vez que sua visão integral possibilita que os dados obtidos pela plataforma embasem decisões capazes de equilibrar a sustentabilidade econômica com integralidade e ética no cuidado (DRG Brasil, 2026a). Por esse motivo, a valorização do registro clínico e o investimento em educação permanente tornam-se condições necessárias para que a tecnologia atenda aos princípios da proteção da vida, qualidade assistencial e da transparência institucional (Oliveira et. al., 2025).

Desafios na implementação do DRG

A implementação da metodologia DRG no sistema de saúde brasileiro ultrapassa a dimensão tecnológica, ao estabelecer um processo amplo de transformação cultural e organizacional. A partir de uma análise crítica, nota-se a resistência institucional e profissional como um dos principais entraves a implementação desse modelo, especialmente diante da transição do sistema Fee-for-Service para um modelo orientado por valor. Esse cenário desperta, por parte dos prestadores, insegurança quanto a possíveis perdas financeiras e, entre os profissionais do corpo clínico, o receio de redução da autonomia profissional (ANS, 2019). O desconhecimento por parte dos gestores acerca da própria metodologia, configura-

se como um desafio a alocação dos profissionais exclusivamente dedicados à codificação clínica, somado às dificuldades de integração entre os sistemas de gestão hospitalar e o software de DRG. Assim, tais aspectos não se limitam a obstáculos operacionais, mas evidenciam lacunas mais amplas relacionadas à maturidade da governança em saúde e ao fortalecimento de uma cultura institucional orientada por dados (Minas Gerais, 2023).

A qualidade dos registros em prontuário constitui uma das principais fragilidades, marcada por ilegibilidade das anotações, a subnotificação de comorbidades e o preenchimento incompleto de diagnósticos secundários. O sistema utiliza algoritmos para agrupar pacientes em categorias clinicamente homogêneas, a falha no registro prejudica a classificação correta e distorce o Case Mix que rebaixa a relevância dos pacientes atendidos (Silva et. al., 2024). Além do mais a função de Analista de Informação em Saúde exige uma aprendizagem técnica contínua, de modo que a alta rotatividade de codificadores pode afetar e comprometer a base de dados (Oliveira et. al., 2021).

Por fim, a realidade brasileira evidencia um paradoxo de baixa produtividade clínica, com internações que consome, em média 86,3% mais diárias do que o referencial internacional de excelência (Filho, 2014). Essa realidade evidencia que a gestão por DRG no país não pode se limitar a variáveis biológicas, e sim enfrentar determinantes não biológicos que a metodologia isoladamente, não resolve. Nessa perspectiva, o maior desafio da implementação é assegurar que o DRG atue como um indutor de transparência e que promova tanto a segurança do paciente quanto a sustentabilidade econômica por meio da eficiência dos processos assistenciais (Rivera; Filho, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao examinar os estudos existentes, observa-se que DRG é um instrumento estratégico para a gestão hospitalar. Contribuindo sobretudo, para a otimização e a racionalização de recursos, mediante a melhoria da transparência e na organização da assistência. Convém ressaltar, que a aplicação desse sistema enfrenta obstáculos consideráveis, relacionados à falta de precisão dos dados, à forma de administração interna dos hospitais e os métodos de trabalho dos profissionais.

No Brasil, para que o DRG seja efetivamente operacional, é fundamental superar a dimensão técnica, promovendo reconfigurações consistentes nas bases estruturais e na cultura institucional do setor saúde. Diante dessa discussão, o enfermeiro desempenha um papel fundamental, ao promover a qualificação dos dados a integração entre prática assistencial e gestão.

Finalmente, conclui-se que o sistema DRG não pode ser tratado apenas com um mecanismo de contenção de gastos, mas sim como um recurso capaz de qualificar o cuidado desde que vinculado a estratégias de aprimoramento da informação em saúde e a implementação de condutas clínicas integrada as práticas clínicas e à segurança do

paciente.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor**. Rio de Janeiro; 2019.

DRG Brasil, 2026a. Enfermeiro DRG: entenda tudo sobre esta profissão. Disponível em: <https://www.drgbrasil.com.br/valoremsaude/enfermeiro-drg/>. Acesso em: 05/05/2026.

DRG Brasil, 2026b. Por que o Case Mix é importante? Disponível em: <https://suporte.grupoagsaude.com.br/hc/pt-br/articles/36308682376980-O-que-%C3%A9-Case-Mix>. Acesso em: 29/04/2026.

FARIA, Livia Brito de; RIBEIRO, Weslley Carlos. **Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG): Brasil e Colômbia**. Revista Debate Econômico. v. 5, n. 1, p. 83-97. 2017.

FILHO, José Carlos Serufo. **Avaliação da produtividade de hospitais brasileiros pela metodologia do Diagnosis Related Groups 145.170 altas em 116 hospitais**. 2014. Dissertação (Mestrado em Infectologia e Medicina Tropical). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2014.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - FHEMIG. **Diretrizes de codificação da FHEMIG**. Belo Horizonte. 2025

LIU, et. al. **Comparison of diagnosis-related-groups (DRG) – based hospital payment system design and implementation strategies in diferente countries: The case of ischemic stroke**. BioScience Trends. v. 18, n. 1, p. 1-10. 2024.

MARTINS, Barbara Ribeiro; ÂNGELO, Marco Aurélio Fagundes. **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. 2021. Belo Horizonte. Anais do Fórum Científico – FHEMIG. DOI: 10.21450/rahis.v18i5.7322

MINAS GERAIS. **Manual de Governança do DRG FHEMIG**. Belo Horizonte. 2023.

OLIVEIRA, et. al. **A efetividade de ações educativas na redução de inconformidades geradas sistema DRG-Brasil em 10 hospitais públicos de Minas Gerais: estudo de caso**. p. 14-22. 2021. Belo Horizonte. Anais do Fórum Científico – FHEMIG. DOI: 10.21450/rahis.v18i4.7301

OLIVEIRA, Katiulcy Carvalho; PEREIRA, Bruna Angelica; DAMIÃO, Denis Lay Neves. **Função do enfermeiro diante da análise de prontuários: principais dificuldades enfrentadas**. Revista REGEO. v. 16, n. 5, p. 1-16. 2025. DOI: 10.56238/revgeov16n5-165

REIS, Aline Aparecida Campos; NASCIMENTO, Marcelo Augusto. **Elaboração de propostas para alta segura com uso do Diagnosis-Related-Groups**. Revista Científica da Fa-

culdade UNIMED. V. 2, n. 3, p. 37-60. 2021. DOI: 10.37688/RCFU.V213.146

RIVERA, Felipe Florez; FILHO, Alexandre Dias Porto Chiavegatto. **DRG Baseado em dados: o futuro da remuneração no setor de saúde suplementar no Brasil.** Revista Brasileira de Saúde Suplementa. v. 2, p. 1-7. 2023

ROSCHEL, et. al. **Eficiência nos gastos dos Hospitais: um estudo sobre o sistema Diagnosis Related Groups (DRG).** Rev. Gest. Sist. Saúde. v. 7, n. 2, p. 42-57. 2018. DOI: 10.5585/rgss.v7i2.350

SILVA, et. al. **A implantação do sistema diagnosis-related group: um relato de experiência das auditorias de codificação nos hospitais.** Rev. Adm. Saúde (on-line). v. 24, n. 95, p. 1-17. 2024. DOI: dx.doi.org/10.23973/ras.95.383

VERAS, et. al. **Diagnosis related groups – DRG's: avaliação do uso de uma metodologia de mensuração do produto hospitalar com utilização de base de dados do SAMHPS/AIH na cidade do Rio de Janeiro.** Cad. Saúde Pública. v. 6, n. 3, p. 330-337. 1990. DOI: 10.1590/S0102-311X1990000300009

ZAHA, et. al. **A utilização da metodologia DRG como ferramenta para a definição do perfil de internação.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. v. 21, n. 1, p. 21-28. 2018.