

coletada em gaiolas metabólicas nos dias 1 (pré-tratamento), 2 (efeito agudo), 9 (1ª semana), 16 (2ª semana), 23 (3ª semana) e 24 (pós-tratamento). A concentração de aMT6s urinária (ng/mL) foi determinada por ELISA e multiplicada pelo volume de urina para obter a quantidade de aMT6s excretada. A interação entre os fatores grupo, tempo e sexo foi avaliada através de GEE/Bonferroni (SPSS 18, $p < 0,05$). Resultados: Não houve efeito significativo dos grupos, do tempo, da interação grupo*sexo e da interação grupo*sexo*tempo sobre a quantidade de aMT6s. Porém, foi observado efeito significativo do fator sexo ($p < 0,001$), da interação sexo*tempo ($p < 0,05$) e da interação grupo*tempo ($p < 0,005$). Em relação à interação sexo*tempo, os machos excretaram mais aMT6s do que as fêmeas em todos os períodos de coleta ($p < 0,001$). Quanto à interação grupo*tempo, a quantidade de aMT6s aumentou após a primeira dose de tratamento no grupo fluoxetina (dia 1: $0,404 \pm 0,07$; dia 2: $0,461 \pm 0,06$; $p < 0,001$), mas não nos grupos salina e imipramina. Conclusão: Este trabalho propõe um método não-invasivo para a aferição do efeito de antidepressivos pela produção noturna de aMT6s urinária. Como potencial translacional deste estudo, a utilização da aMT6s como biomarcador pode representar uma forma simples de antecipar a constatação da resposta clínica a antidepressivos. Unitermos: Depressão; Antidepressivos; Cronobiologia

ePOSTERS

ADMINISTRAÇÃO

P1005

Mapeamento de melhorias no processo de liberação do leito após alta médica no em um hospital terciário

Rafael Selbach Scheffel, Auryane Santos Borges, Ricardo A. Cassel - HCPA

Introdução: A superlotação de hospitais se associa com atraso em diagnósticos e tratamentos, resultando em piora da qualidade no cuidado à saúde e em aumento de morbimortalidade dos pacientes. A melhoria processo de liberação do leito após alta médica, através da identificação e diminuição perdas, pode levar a um uso maior do leito hospitalar e consequentemente impactar sobre lotação. **Objetivo:** Mapear o processo de liberação de leitos em um hospital terciário e identificar fatores que afetem o tempo do processo. **Métodos:** Foi realizado mapeamento, com o uso de Business Process Management (BPM), no processo de liberação do leito após alta hospitalar. Foram observados processos in loco em três unidades de internação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), com obtenção dos tempos de cada etapa do processo. Também foi realizado o trabalho de observação de campo e entrevista com chefias de unidades de internação, além da através de entrevistas com os envolvidos. **Resultados:** Foram observados 29 processos de liberação do leito após alta médica em 3 dias não consecutivos, em dois turnos (manhã e tarde), em três unidades clínicas do HCPA (5º Norte, 6º Norte e 7º Norte). A mediana do tempo de liberação do leito após alta médica foi de 195 minutos (P25-P75 115-302 minutos). Quando analisados separados as duas partes deste tempo, o tempo administrativo foi responsável por 69% do tempo total e o tempo de higienização por 31%. Quando avaliados os possíveis fatores somente a necessidade de transporte por ambulância se correlacionou com tempos mais elevados de liberação do leito. Todos os pacientes que necessitaram de ambulância tinham os tempos de liberação do leito no percentil 75 ($P < 0,05$). Em 24 dos 29 processos observados (82,8%), o tempo administrativo era aumentado pelo paciente esperando transporte. Dos 29 pacientes, somente 3 precisaram ser transportados por ambulância e os demais aguardavam transporte pela sua família. Em relação ao tempo de higienização, a mediana deste foi de 48 minutos. Nesta parte do processo, poucas perdas foram identificadas e as mesmas são infrequentes: pertences do paciente no leito e atraso em avisar a equipe da higienização. **Conclusão:** O aumento do tempo de liberação do leito após alta médica foi decorrente de espera dos pacientes por transporte. Uma das alternativas seria a constituição de um espaço de pós-alta, em que os pacientes pudessem aguardar seus familiares recebendo um acompanhamento assistencial de vigilância. Unitermos: Mapeamento de processos; Leitos hospitalares.

P1021

Recursos públicos de saúde na mesorregião centro sul paranaense: um estudo de caso

Manoela Astolfi Vivan, Jean Karlo Urbanetto da Rosa, Felipe Marchiori Bau, Lucas Adriano Batz - UFRGS

Introdução: Os avanços e melhorias na área da saúde no Brasil não têm se equiparado ao crescimento progressivo de gastos, que eram de 1,33% do PIB em 2003 e tiveram crescimento real para 1,61% até 2013. É estimado que 40% dos gastos sejam desperdiçados em razão da ineficiência de sua gestão. **Objetivo:** Comparar os recursos de saúde existentes na região centro sul paranaense ao estimado necessário. **Métodos:** Estudo exploratório e descritivo sobre a situação assistencial à saúde na mesorregião centro sul paranaense no ano de 2016. Foram coletados dados demográficos, de morbidade hospitalar, de recursos físicos e humanos e de atividades ambulatorial e hospitalar na base Datasus, e a partir deles foram calculados parâmetros preconizados pelas portarias do SUS para estimativa da produção de serviços e da demanda de recursos. Assim, foi comparada a situação existente ao estimado necessário. **Resultados:** A população é de 567.069 habitantes. No que se refere aos estabelecimentos de saúde, havia 107 Unidades Básicas de Saúde, 12 clínicas especializadas, 2 hospitais gerais, 107 postos de saúde e 8 unidades de atendimento móvel emergencial. Em relação aos equipamentos para exame diagnóstico auxiliar, são insuficientes osteodensímetros(1), máquinas de diálise (3), ultrassom(13), ressonância (0) e mamógrafo (3), estimados respectivamente como necessários 4, 38, 28, 4 e 4. Máquinas de raio-x, tomógrafos e ecógrafos encontram-se em excesso, especialmente raio-x e ecógrafos, que existem em número 50% maior que o estimado necessário. Quanto aos leitos, o instalado ficou aquém do estimado necessário em clínica adulta, cirurgia pediátrica e adulta, e neonatologia. Existem leitos suficientes em obstetrícia, clínica pediátrica e clínica geral. A mesorregião é atendida por 145 equipes de saúde da família, e 20.6% dos municípios têm equipes em número insuficiente para cobertura de toda população residente atendendo à cobertura máxima de 4000 pessoas por equipe. Na análise de médicos por especialidade os valores instalados estão abaixo do recomendado para todas as especialidades, exceto clínicos gerais e cirurgiões gerais. São criticamente insuficientes oftalmologistas(inexistentes) e médicos de família (40% abaixo do recomendado). **Conclusão:** A mesorregião centro sul paranaense tem deficiência de médicos, especialmente em medicina de família e oftalmologia. Além disso, os gastos com equipamentos diagnósticos é inadequado, sendo excessivo para alguns e insuficiente para outros. Unitermos: Recursos de saúde; Administração de recursos; Mesorregião centro sul paranaense.