

**CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS
"DR. JOÃO AMORIM"**

Relatório Assistencial

Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros

**Unidade de Terapia Intensiva Materna
Convênio n.º00023/2022**

2024



**Siga nossas
Mídias Sociais**

f @ in ▶ CEJAMOficial

SUMÁRIO

1. MENSAGEM DO GESTOR	3
2. NOSSA HISTÓRIA	4
2.1. LINHA DO TEMPO DA UNIDADE/CONTRATO	4
3. MODELO DE GESTÃO	5
3.1. IDENTIDADE ORGANIZACIONAL	5
3.2. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	7
3.3. ORGANOGRAMA DA UNIDADE	9
4. OBJETO DO CONTRATO	9
5. QUEM ATENDEMOS	10
6. GESTÃO DE PESSOAS	11
7. ATIVIDADES ASSISTENCIAIS	12
7.1. CAPACITAÇÕES REALIZADAS	12
8. RESULTADOS / METAS ALCANÇADAS (PREVISTO VERSUS REALIZADO)	13
8.1. RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS	14
9. ATIVIDADES DE DESTAQUE ANUAL	26
10. AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DOS SERVIÇOS (USUÁRIOS)	27
11. FINANCEIRO	27
12. ANEXOS	28
12.1. ANEXO I - Balanço Financeiro	28

1. MENSAGEM DO GESTOR

O trabalho que realizamos juntos, cuidando das nossas pacientes mais vulneráveis – às mães e mulheres em momentos de risco, é de extrema responsabilidade e importância. Sabemos que a cada atendimento, lidamos com vidas que dependem diretamente da nossa experiência, competência e dedicação.

Queremos expressar nossa gratidão pela forma incansável com que cada um de vocês se dedicam aos cuidados intensivos e especializados. A missão de proporcionar não apenas o suporte médico, mas também conforto, segurança e humanidade às mães, mulheres e suas famílias, é fundamental para o sucesso do nosso serviço. Cada gesto, cada decisão tomada na UTI Materna reflete o compromisso de todos com a saúde e o bem-estar da mãe e do bebê.

A excelência no atendimento que buscamos todos os dias é construída a partir do trabalho em equipe, da constante capacitação, da busca por novas práticas e da empatia. O serviço de terapia intensiva materna, por sua complexidade, exige um alto nível de colaboração entre todas as especialidades, e sei que a equipe tem superado todos os desafios com empenho e dedicação.

Com o trabalho de todos, continuamos a fazer a diferença na vida dessas mulheres, mães e suas famílias. Juntos, continuaremos a enfrentar desafios, transformando a vida de nossos pacientes e suas famílias.

2. NOSSA HISTÓRIA

2.1. LINHA DO TEMPO DA UNIDADE/CONTRATO



3. MODELO DE GESTÃO

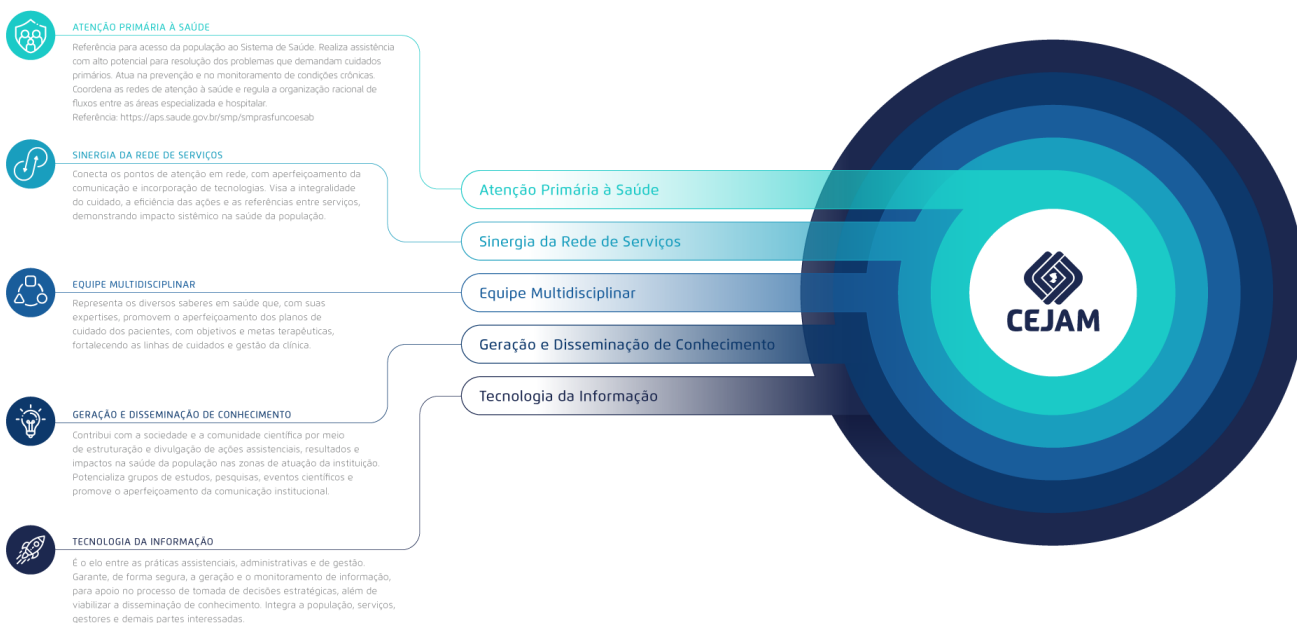
3.1. IDENTIDADE ORGANIZACIONAL

Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” - CEJAM é uma entidade sem fins lucrativos fundada em 20 de maio de 1991 por um grupo de médicos, advogados e profissionais de saúde do Hospital Pérola Byington - Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil – CRSMNADI para dar apoio àquela Instituição.

Seu nome é uma homenagem ao Dr. João Amorim, médico obstetra, um dos seus fundadores e 1º Diretor Clínico do Hospital Pérola Byington, com ampla experiência na administração em saúde.

Atuando por meio de contratos de gestão e convênios em parceria com o Poder Público, o CEJAM é qualificado como uma Organização Social (OSS).

PILARES ESTRATÉGICOS



Nossa Missão

Ser instrumento
transformador
da vida das pessoas
por meio de ações

de **promoção,**
prevenção
e **assistência à saúde**

Também se de medidas que buscam promover a saúde e o bem-estar, com direcionamento específico para populações e territórios carentes. Visam o fortalecimento de hábitos saudáveis, individuais e coletivos, considerando a multiplicidade dos determinantes e condicionantes de saúde.

Preservam ações e estratégias baseadas no conhecimento da história natural de doenças, visando evitar sua progressão imprevisível, e em condições com impacto no estado de saúde. Apoiem-se no conhecimento epidemiológico para prevenção, redução e controle de risco à saúde.

Envolve iniciativas voltadas à saúde em seus diferentes níveis: atendimento, incluindo atenção primária, especializada, de urgência e emergência, hospitalar e também os programas de reabilitação social e sustentabilidade da instituição.

VA
LO
RES

Valorizamos a Vida

Estimulamos a Cidadania

Somos Éticos

Trabalhamos com Transparência

Agimos com Responsabilidade Social

Somos Inovadores

Qualificamos a Gestão

Nossa Visão

Ser **reconhecida**
como a **melhor**
instituição nacional
na gestão de **saúde**
populacional.

LEMA

"Prevenir é viver com qualidade"



3.2. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL



OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DESDOBRADOS PELOS CONVÊNIOS

VISÃO ESTRATÉGICA DO NEGÓCIO

Ser reconhecida como a melhor instituição nacional na gestão de saúde populacional.

8

FINANCEIRO

1

Estabelecer modelo Gestão Financeira dos Recursos (Orçado, Despesas, Passivos, Contingência)

MERCADO / CLIENTE

1

Sustentar / ampliar serviços e parcerias considerados estratégicos para a instituição

PROCESSOS INTERNS

4

Assegurar a adequação às normas e legislações aplicáveis à instituição
Desenvolver os processos de gestão de pessoas
Aprimorar a gestão da cadeia de suprimentos
Consolidar o modelo de gestão e assistencial CEJAM

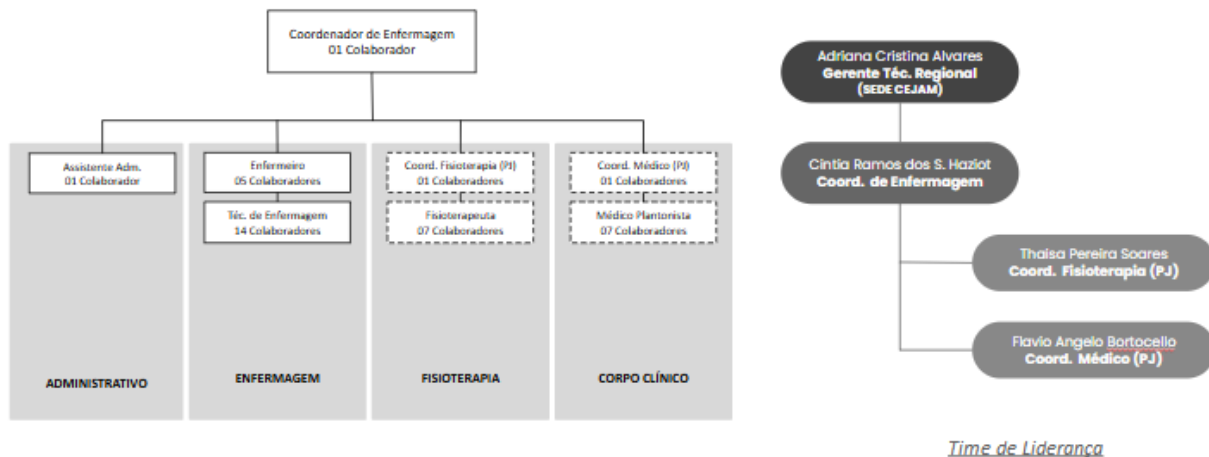
APRENDIZADO

2

Fortalecer a produção científica
Estruturar e fortalecer comissões e comitês

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PARA O CENÁRIO DE CRESCIMENTO

3.3. ORGANOGRAMA DA UNIDADE



UTI - HOSP. LEONOR MENDES DE BARROS – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL
 APLICAÇÃO: UNIDADE DE SAÚDE
 ATUALIZAÇÃO: 31/10/2024



4. OBJETO DO CONTRATO

O convênio visa o gerenciamento técnico/administrativo de **06 (seis) leitos em Terapia Intensiva Materno no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros**, de forma quantitativa e qualitativa, com o fornecimento de equipe multidisciplinar de plantonistas e diaristas, bem como a manutenção adequada dos equipamentos destinados à Unidade, para o funcionamento ininterrupto do serviço.

5. QUEM ATENDEMOS

No Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB), o CEJAM na busca da melhoria do atendimento médico-hospitalar prestado à população SUS do Município de São Paulo e considerando a necessidade de assegurar atendimento adequado aos pacientes que necessitem de cuidados de terapia intensiva, assim como garantir acolhimento humanizado, proporcionando atenção qualificada e eficiente, presta serviços especializados no Gerenciamento Técnico e Administrativo de 06 (seis) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Materna, disciplina as obrigações e responsabilidades para este gerenciamento de forma quantitativa e qualitativa, com o fornecimento de equipe multidisciplinar de plantonistas e diaristas, bem como a manutenção adequada dos equipamentos destinados à Unidade, para o funcionamento ininterrupto do Serviço.

O gerenciamento técnico e administrativo da UTI Materna obedece à normatização aplicável, de acordo com a RDC nº 07/2010 e RDC nº 26/2012, ambas do Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ao Regulamento Técnico para Funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva – AMIB, e demais legislações pertinentes que dispõem sobre os requisitos mínimos para funcionamento do Setor. Além de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) de Serviços utilizados dentro do HMLMB.

6. GESTÃO DE PESSOAS

6.1 QUADRO DE RH POR ATIVIDADE

Competência	Previsto em Plano de Trabalho	Efetivos no Período avaliado	Percentual de efetivação
janeiro/24	21	23	109%
fevereiro/24	21	23	109%
março/24	21	22	104%
abril/24	21	23	109%
maio/24	21	23	109%
junho/24	21	21	100%
julho/24	21	23	109%
agosto/24	21	23	109%
setembro/24	21	23	109%
outubro/24	21	23	109%
novembro/24	21	23	109%
dezembro/24	21	23	109%

Nos meses de janeiro a dezembro, com exceção do mês de junho, o efetivo superou o previsto devido à contratação de (01) uma enfermeira e de uma (01) técnica de enfermagem para cobertura de férias. No mês de junho o efetivo estava de acordo com o previsto pois houve o afastamento por motivo de doença de (01) técnica de enfermagem e o pedido de demissão também de (01) técnica de enfermagem.

7. ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

7.1. CAPACITAÇÕES REALIZADAS

No decorrer do ano realizamos 15 ações entre treinamentos, orientações e atividades de acordo com as campanhas mensais do Cejam. Foram:

- 08 treinamentos
 - Uso seguro de medicamentos
 - Manuseio diferentes BI
 - Atendimento PCR (1ª fase)
 - Atendimento PCR (2ª fase)
 - Manuseio do monitor cardíaco/desfibrilador/capnógrafo/eletrocardiógrafo
 - Oxigenioterapia (1ª fase)
 - Brainstorming (comunicação efetiva)
 - Planejamento estratégico CEJAM
- 04 atividades relacionadas às campanhas
 - Janeiro branco (cuidados com a saúde mental)
 - Fevereiro (todos juntos contra as ITs)
 - Março (dia internacional da mulher)
 - Outubro rosa
- 03 orientações focadas na prática assistencial
 - Uso do EPIs
 - Descarte adequado de resíduos
 - Ação consciente : redução uso copo descartável

No total foram impactadas 265 pessoas, número expressivo visto que somos uma Unidade com 23 colaboradores CLT e 23 colaboradores PJ.

8. RESULTADOS / METAS ALCANÇADAS (PREVISTO VERSUS REALIZADO)

8.1.RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

Indicador	Meta	2024											
		jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Saídas ≥	23	34	29	38	33	39	32	23	28	22	30	30	29
Taxa de ocupação ≥	85%	63,9%	58,6%	80,1%	63%	54%	77%	44%	56%	54%	67%	74%	54%
Média de Permanência (dias) ≤	6,5	3,50	3,52	3,92	3,45	2,59	4,34	3,52	4,16	4,41	4,13	4,47	3,45
Paciente Dia ≥	155	119	102	149	114	101	139	81	104	97	124	134	100
Taxa de Mortalidade ≤	2,50%	0,0%	6,9%	2,63%	0,0%	2,56%	6,25%	4,35%	4,0%	0,0%	6,67%	0,0%	0,0%
Taxa de Reinternação em 24 horas ≤	1%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,0%	3,33%	0,0%
Densidade de Incidência de Pneumonia (PAV) ≤	7,40%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Incidência de extubação acidental ≤	0,52‰	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central ≤	2,80‰	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Utilização de Cateter Venoso Central (CVC) ≤	53,64%	5,88%	28,4%	35,5%	12,2%	1,98%	16,5%	41,8%	23,1%	68,0%	14,5%	15,6%	11,0%
Densidade de Incidência de ITU relacionada a cateter vesical ≤	1,93%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Prontuários evoluídos	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Reclamações na ouvidoria ≤	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Índice de Úlcera por Pressão ≤	0,66%	0,0‰	0,0‰	0,67%	0,0%	0,0%	0,0%	2,47%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,00%
Incidência de queda de paciente ≤	0%	0,0‰	0,0‰	0,0‰	0,0‰	0,0‰	0,0‰	0,0‰	0,0‰	0,0‰	0,0‰	0,0‰	0,0‰
Incidência de Flebite ≤	0,24%	0,0%	1,98%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,08%	0,0%	0,86%	0,0%	0,0%
Incidência de não Conformidade na Adm de Medic ≤	0,50‰	1,16‰	0,0‰	0,0‰	1,26‰	0,0‰	0,0‰	0,0‰	0,0‰	0,0‰	0,0‰	0,0‰	0,0‰
Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral ≤	1,65%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	11,11%	0,0%	0,0%	0,00%

Classificação da Informação: Uso Interno
DIN.ADM.CEGISS.QA.079.001

Pág. 13 de 28

Análise crítica:

- ❖ **Saídas :** No período analisado, somente o mês de setembro esteve abaixo da meta contratual.
- ❖ **Taxa de ocupação:** No ano de 2024 não atingimos a meta contratual. Todas as vagas solicitadas via PS, Ambulatório, CO e CC foram prontamente atendidas. A Equipe do NIR (Núcleo Interno de Regulação) realiza contato diariamente com a UTI verificando a disponibilidade de vagas e avaliando os casos para aceitação mediante disponibilidade de vaga na UTI Neonatal. Ambas são co-dependentes para o aceite de vagas externas. Durante visita multiprofissional, é verificado possíveis casos que estejam nos demais setores do Hospital que necessitam de cuidados intensivos, onde são transferidos para esta unidade.
- ❖ **Média de Permanência:** No período analisado, tendo em vista a realização diária da visita multiprofissional e discutido o momento ideal para uma alta segura dos pacientes, atingimos a meta contratual
- ❖ **Paciente Dia:** No período analisado não atingimos a meta contratual, ressaltamos que atendemos todas as vagas solicitadas, e discutimos em visitas diárias na unidade maneiras de atingirmos a meta. Este índice está diretamente ligado à taxa de ocupação.
- ❖ **Taxa de Mortalidade:** No ano de 2024 atingimos a meta contratual nos meses de janeiro, abril, setembro, novembro e dezembro.

No mês de **fevereiro** a UTI Materna registrou 02 (dois) óbitos que não estão relacionados a óbito materno. As pacientes não eram puérpera ou gestante. Os óbitos foram das pacientes : **L. G. M**, 51 anos , internada no dia 01/02 com HD de sepse foco à esclarecer . Com índice preditivo de mortalidade , SAPS 3 = 68. Paciente estava em acompanhamento ambulatorial e em preparo para tratamento cirúrgico devido a presença de massa tumoral em região abdominal. Três dias antes da internação relatou desconforto

respiratório e febre com piora progressiva. Foi então trazida para o Hospital. Nas primeiras horas de internação houve uma piora do quadro clínico sendo necessária intubação e início de drogas vasoativas. Devido ao agravamento do quadro mesmo com todas as medidas de suporte e ressuscitação, paciente evoluiu para óbito dia 02/02/24 (24 horas após internação na UTI). **S. S. S**, 30 anos, internada em 14/02/2024 com HD de sepse com foco indeterminado. Com índice preditivo de mortalidade , SAPS 3 = 53 Portadora de asma, tuberculose e HIV sem tratamento, além de dependência de álcool e drogas. Foi trazida para o Hospital devido relato de dor abdominal e sangramento vaginal (na chegada sem presença de sangramento). Referiu também fraqueza, perda ponderal de cerca de 40 kg, tosse e febre. Indicada à internação em UTI devido a suspeita de quadro séptico. Na UTI foi avaliada pela equipe cirúrgica que indicou abordagem de emergência. Realizada LE (apendicectomia + exereses de linfonodo em região de mesentério omentectomia). Achado importante na LE: linfonodomegalia importante – TB intestinal. Paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica refratária a altas doses de fármacos vasoativos, apresentando também CIVD refratária às medidas clínicas. Evoluído com PCR sem sucesso na reanimação sendo constatado óbito em 15/02/2024 (1 dia após internação na UTI).

No mês de **março** a UTI Materna registrou 01 (um) óbito materno: Dia 09/03/2024, paciente **B.S.M.A.**, 37 anos, admitida na UTI em POI parto cesárea devido bradicardia fetal sustentada + histerectomia subtotal + salpingooforectomia bilateral devido útero hipotônico e infiltrado + hemorragia pós parto + choque hipovolêmico. Com índice preditivo de mortalidade , SAPS 3 = 70. Paciente refratária a todas as condutas clínicas, onde apresentou 03 paradas cardíacas, sendo realizado RCP conforme ACLS. Constatado óbito após 12h de internação na UTI.

Em **maio**, a paciente **T.M.V.**, 29 anos, com IG de 36 semanas, foi admitida na UTI no dia 18/05/2024, transferida do Hospital Mandaqui via Cross, após PCR. Primeiro atendimento realizado pela equipe do SAMU, que encontraram paciente no domicílio com Glasgow 3 e gasping após uso de substâncias ilícitas, tendo evoluído para PCR com necessidade de intubação. Encaminhada a princípio para o Hospital do Mandaqui, onde confirmaram óbito fetal após realização de USG (paciente havia realizado consulta pré-natal em 07/05 cujo laudo evidenciou ausência de batimentos cardíacos fetais). Paciente permaneceu intubada no P.S. do Hospital referido até disponibilidade de vaga em

UTI via Cross. Na chegada à UTI Materna, com índice preditivo de mortalidade , SAPS 3 = 44, entubada, sedada, com AVP. Indicado e realizado passagem de CVC . Verificado intubação seletiva desde admissão com necessidade de troca de cânula orotraqueal. Realizada troca de cânula orotraqueal e após procedimento paciente evoluiu com PCR. Realizada protocolo de RCP e mesmo após manobras de ressuscitação por 30 minutos paciente foi a óbito. Encaminhada ao SVO.

No mês de **junho** tivemos 02 óbitos Paciente **A.A.M.S**, 24 anos, puérpera de parto normal dia 30/05/2024. SAPS 59 Admitida na UTI dia 02/06/2024, com quadro de agitação + períodos de confusão, dor intensa e difusa em região abdominal, taquicardia, pulsos filiformes, extremidades frias, PAM aproximadamente 120 mmHg, saturação de 98%, petéquias em tronco e MMSS + icterícia. Rede venosa frágil e prejudicada sem condições de punção venosa periférica. Posteriormente foi realizada a passagem de CVC. Verificado presença de sangramento em região do canal vaginal e uretral, além da região próxima a inserção do CVC. Após procedimento de passagem de CVC paciente apresentou rebaixamento do nível de consciência e ventilação superficial. Optado por intubação orotraqueal. Após sequência rápida de intubação, paciente apresentou bradicardia e hipotensão evoluindo para parada cardiorrespiratória. Paciente com via aérea difícil, realizada 1ª tentativa de IOT pelo plantonista sem sucesso. Acionado anestesista que realizou a 2ª tentativa com sucesso. Às 15:35 foram iniciadas manobras de ressuscitação com retorno do pulso após 12 minutos de parada. Às 15:50 apresenta nova PCR e reiniciada manobras de ressuscitação. Paciente evolui com 16 minutos de PCR sem retorno. Paciente em assistolia mesmo após todas as medidas de reanimação. Constatado óbito às 16:06 e realizada declaração de óbito com encaminhamento para SVO. **T.A.S.**, 59 anos, admitida na UTI em 30/05/2024 com quadro de desconforto respiratório + dessaturação. SAPS 63. Paciente com histórico de HAS, DM, osteoporose e acompanhamento no AME Mulher devido queixa de dor abdominal difusa, vômitos, náusea, astenia, disúria e perda de peso ponderal (12Kg) em 2 meses. Em cuidados paliativos. Foi a óbito dia 02/06/2024.

Em **julho** a taxa de mortalidade da UTI Materna atingiu 4,35% , ficando acima da meta contratual. Tivemos o SAPS 3 médio (Sistema de Pontuação Simplificado) com valor de 36. Paciente C. O. P., 32 anos, gestante de 36 semanas + 04 dias, internada no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros no dia 28/06/2024, para realização de parto

cesariana devido a restrição de crescimento fetal estágio 3 + centralização fetal. Antecedentes: atresia de duodeno, operado nos primeiros dias de vida, asmática, sem tratamento, e 02 abortos prévios .

Em 30/06/2024, foi admitida na UTI com quadro de dor e distensão abdominal importante. SAPS 3 = 45. Diagnosticado abdome agudo, realizada Laparotomia Exploradora em 01/07/2024. Evidenciado lesão perfurativa no ceco. Realizada ileostomia, correção da lesão cecal. Apresentou duas falhas de extubação após 48h. Em 09/07/2024, apresentou quadro de arritmia cardíaca, dessaturação, dificuldade de ventilação mecânica, sibilos, estertores e diminuição de volume ventilatório, uso da musculatura acessória e necessidade de nova intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. Paciente apresentou piora do quadro clínico, piora da ventilação pulmonar, hipotensão refratária à norepinefrina, bradicardia, e PCR. Apesar das manobras de reanimação cardiopulmonar, evoluiu para assistolia sem retorno à circulação espontânea e consequentemente a óbito.

No mês de **agosto** a taxa de mortalidade da UTI Materna atingiu 4,0% ficando acima da meta contratual. No entanto, a análise objetiva dos óbitos utilizando o Sistema de Pontuação Simplificado (SAPS 3) e o *Standardized Mortality Ratio* (SMR), ou Taxa de Mortalidade Padronizado, demonstram que a mortalidade esperada no mês de agosto para a UTI Materna era de 7,67% enquanto a mortalidade real foi de 4,0 %. Isso resultou em um SMR de 0,52, indicando que a mortalidade foi menor que a esperada, refletindo uma eficácia clínica. Paciente **A.J.S.J.**, 36 anos, internada na UTI Materna em 04/08/2024 em POI de parto cesárea + histerectomia devido hemorragia pós parto. Mortalidade esperada 35,6% / SAPS 3 = 60 . Na admissão, consciente porém sonolenta e discurso confuso, com mucosas pálidas e profusamente decoradas. Extremidades frias, perfusão periférica lentificada, pulsos radiais e distais de MMII não palpáveis. Com taquicardia e PA inaudível. Iniciada DVA (noradrenalina). Após 1 hora da admissão, apresentou piora da sonolência, dessaturação, queixa de dor abdominal e saída de pequena quantidade de sangue por incisão cirúrgica. Ofertado O2 por máscara não reinalante e administrado bolus de adrenalina. Com piora progressiva do nível de consistência e dessaturação, optado por intubação. Paciente apresentou bradicardia e PCR. A principal suspeita da PCR foi de choque hemorrágico. Realizada RCP com compressões torácicas, desfibrilação e

administração de DVA. Foram realizados 14 ciclos de reanimação até retorno da circulação espontânea. Comunicado à gravidade para familiares. Paciente apresenta nova PCR e após 6 ciclos não retorna a circulação. Constatado óbito após 4 horas e 15 minutos de permanência na UTI.

No mês de **outubro** a taxa de mortalidade foi igual a 6,67 % ficando acima da meta contratual. No entanto, a análise objetiva dos óbitos utilizando o Sistema de Pontuação Simplificado (SAPS 3) e o *Standardized Mortality Ratio* (SMR), ou Taxa de Mortalidade Padronizado, demonstram que a mortalidade esperada no mês de outubro para a UTI Materna era de 7,3% enquanto a mortalidade real foi de 6,67 %. Isso resultou em um SMR de 0,91, indicando que a mortalidade foi menor que a esperada, refletindo um bom desempenho relacionados ao cuidado. Realizamos avaliação de gravidade de todas as pacientes da UTI diariamente, ajustando as terapias conforme as demandas dos casos clínicos. Paciente **N.I.V.**, 21 anos, gestante 17 semanas 5 dias, internada na UTI Materna em 11/10/2024 após ter apresentado parada cardiorespiratória (assistolia+AESP) por tempo indeterminado e de etiologia a esclarecer. Antecedentes: úlcera gástrica+colecistopatia+cesariana há dois anos. Paciente foi trazida ao hospital por familiares por não estar responsiva cerca de 60 minutos em seu domicílio. No PA chegou com rebaixamento do nível de consciência, irresponsiva, pupilas médio-fixas, pulso central filiforme, pressão arterial inaudível. BCF presente 120 bpm. Realizada intubação orotraqueal ainda no PA. Realizados 8 ciclos de RCP até retorno da circulação. Iniciada noradrenalina e transferida para UTI. Admitida na UTI com glasgow 3, taquicardia, hipotensa, enchimento capilar 5 segundos, hipocorada, desidratada, saturando 86% em VM com O2 a 100%. Mortalidade esperada 52,5% / SAPS 3 =68; batimento cardíaco fetal ausente ao sonar. Em 12/12/2024 foi realizado USG que constatou abortamento retido. Em 13/10/2024 paciente apresentou sangramento vaginal com expulsão do feto. Posteriormente encaminhada ao CO para curetagem uterina. Paciente com quadro neurológico grave, em 17/10/2024 submetida a tomografia de crânio que evidenciou HSA Fisher IV, HH V. Em 18/10/2024 foi realizado exames clínicos para morte encefálica e após avaliação notificado OPO (Organização de Procura de Órgão). No dia 19/10/2024 foi realizado eletroencefalograma com registro compatível a inatividade elétrica cerebral e com o diagnóstico de morte encefálica. Na mesma data foi constatado óbito às 20:40.

Paciente **S.T.B.**, 21 anos , gestante 29 semanas, internada na UTi Materna no dia 24/10/24 por quadro de choque séptico foco urinário/pélvico, coagulopatia/CIVD, DPP + POPC de emergência. Antecedentes: Hipotireoidismo, Lupus, Asma e AVCI. Apresentava quadro de apatia, febre no período noturno e diarreia. Devido a piora do quadro clínico optado por resolução do parto devido às condições maternas. Com deterioração rápida do quadro foi encaminhada para UTI e encontrava-se com: glasgow 13, taquicárdica, PA inaudível, taquipneica, cianose de extremidades e sem condições de registro de oximetria de pulso, além da queixa de dor em baixo ventre. Mortalidade esperada 52,5% / SAPS 3 =68. Sem acesso periférico, foi introduzido cateter central e iniciado reposição volêmica concomitante a administração de droga vasoativa. Encaminhada ao CO para resolução do parto. Retornou à UTI entubada, mantendo infusão de noradrenalina. Na sequência, foi introduzida sedação contínua e vasopressina. Paciente apresentou evolução desfavorável, compatível com choque refratário, mesmo em uso noradrenalina, dobutamina e dose máxima de vasopressina, entre outras medidas terapêuticas. Mesmo com o manejo de drogas vasoativas e infusão de bicarbonato de sódio, a paciente evoluiu para bradicardia e hipotensão e na sequência parada cardiorespiratória. Realizada ressuscitação conforme protocolo ACLS durante 18 minutos até retorno da circulação. Cerca de 20 minutos após a primeira PCR apresentou nova assistolia com realização da ressuscitação por 30 minutos. Não houve retorno da circulação sendo constatado óbito.

- ❖ **Taxa de Reinternação em 24 horas** : No período analisado não atingimos a meta nos meses de janeiro e novembro. Durante o mês de janeiro tivemos (01) uma reinternação no período de 24 horas, paciente **G.N.A.**, 38 anos, internada na UTI materna no dia 16/01 em pós operatório de parto cesárea e iminência de eclâmpsia. Devido a taxa de ocupação estar 100% e solicitação de vaga via PA, paciente recebeu alta para o alojamento conjunto no dia 18/01. Durante a madrugada do dia 19/01 paciente referiu mal-estar e "dor no peito" tendo apresentado discreta melhora após medicação. Persistindo o quadro pela manhã, foi solicitada novamente vaga de UTI devido a suspeita de TEP. Paciente foi readmitida na UTI dia 19/01. Posteriormente diagnosticada com ICS não associada a utilização de CVC.

No mês de novembro tivemos (01) uma reinternação no período de 24 horas, paciente **Y.A.G.B.**, 34 anos, internada na UTI materna no dia 20/11 em pós operatório de parto cesárea + pré-eclâmpsia com sinais de gravidade. No dia 21/11 queixou-se de dor abdominal, fraqueza e náuseas. Realizado USG de abdome que evidenciou grande quantidade de líquido em cavidade uterina sendo indicado abordagem cirúrgica. Foi então submetida a histerectomia subtotal abdominal + salpingooforectomia à esquerda devido abdome agudo hemorrágico com atonia uterina. Com melhora dos níveis pressóricos e evolução satisfatória no pós-operatório, recebeu alta para enfermaria no dia 24/11 no período da manhã. No final da tarde paciente apresentou novo pico pressórico, foi medicada a princípio com captopril e posteriormente com anlodipina. Porém, manteve PAM acima de 110 mmHg sendo necessário retornar para UTI, 12 horas após a alta, com indicação de nova sulfatação. Após otimização dos anti-hipertensivos e melhora do quadro, recebeu alta da UTI dia 27/11.

- ❖ **Densidade de Incidência de Pneumonia (PAV):** Meta contratual atingida em todo período avaliado.
- ❖ **Incidência de extubação acidental:** Meta contratual atingida em todo período avaliado.
- ❖ **Densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central:** Meta contratual atingida em todo período avaliado.
- ❖ **Utilização de Cateter Venoso Central (CVC):** Não atingimos a meta apenas no mês de setembro, onde tivemos uma taxa de utilização de cateter venoso central igual a 68,04 % ficando acima da meta contratual em 14,4%. O resultado reflete diretamente a complexidade das pacientes. A indicação do acesso central foi baseada na necessidade da infusão contínua de sedação e drogas vasoativas, além de transfusão sanguínea, nutrição parenteral e antibióticos. A retirada dos dispositivos invasivos é avaliada conforme evolução do quadro clínico das pacientes e discutida

durante a reunião multidisciplinar.

- ❖ **Densidade de Incidência de ITU relacionada a cateter vesical:** Meta contratual atingida em todo período avaliado.
- ❖ **Prontuários evoluídos:** Meta contratual atingida em todo período avaliado.
- ❖ **Reclamações na ouvidoria:** Durante o ano de 2024 não houveram manifestações negativas por parte das pacientes atendidas. Desta forma atingimos a meta contratual .
- ❖ **Adesão às metas de Identificação do Paciente:** Meta contratual atingida em todo período avaliado.
- ❖ **Índice de Úlcera por Pressão:** Durante o período avaliado a meta contratual não foi atingida nos meses de março e julho.

Em março, paciente **K.C.P.** , 19 anos, gestante 22 semanas, foi internada em 16/03/2024 por descontrole glicêmico + náuseas + vômitos + dor abdominal. Evoluindo com piora da dor e distensão abdominal, diminuição dos RHA e alto débito por SNG, foi avaliada pela equipe da cirurgia geral que optou por abordagem cirúrgica. Em 19/03/2024 submetida a Laparotomia Exploradora para lise de brida e drenagem de ascite. Devido a gravidade do quadro , ficou sedada, entubada e em uso de drogas vasoativas. Houve recomendação médica de não mobilizar paciente no leito devido ao risco de deiscência em incisão cirúrgica abdominal. Com a impossibilidade de mudança de decúbito e somando-se a diminuição da perfusão periférica, houve a formação da LPP grau I em calcâneos. Como parte do tratamento foi realizada hidratação local e elevação dos calcâneos apresentando melhora significativa.

Durante o mês de julho tivemos 81 pacientes-dia expostos a lesão por pressão e (02) dois casos novos de LPP.

Paciente **N.S.M.** , 26 anos, internada em 25/07/2024 para realização de parto cesárea. Durante a raquianestesia apresentou anafilaxia com necessidade de intubação e anestesia geral. Foi admitida na UTI, entubada e sob efeito sedativo. Evoluiu com arritmia, convulsões e hipotensão. Devido a gravidade do quadro, índice preditivo de mortalidade , SAPS 3 = 59, foi sedada continuamente e introduzida drogas vasoativas . Com a impossibilidade de mudança de decúbito, devido a instabilidade hemodinâmica e somando-se a diminuição da perfusão periférica, houve a formação da LPP grau II em calcâneos e em panturrilhas bilateralmente. Como parte do tratamento, além do uso colchão piramidal, hidratação adequada da pele, elevação dos calcâneos e rodízio dos coxins , foi introduzido curativo com hidrogel em calcâneos e loção oleosa a base de triglicérides nas panturrilhas. Foi observado que após 48 horas do início do tratamento com hidrogel houve melhora significativa do aspecto das lesões em calcâneos. Já o processo de cicatrização das lesões em panturrilhas foi mais lento, devido a característica e localização, quando comparado à evolução das lesões em calcâneos.

- ❖ **Incidência de queda de paciente:** Meta contratual atingida em todo período avaliado.
- ❖ **Incidência de Flebite:** Durante o ano de 2024 a meta contratual não foi atingida nos meses de fevereiro, agosto e outubro.

Em fevereiro, tivemos 02 casos de Flebite, **K.O.F.** , 32 anos, admitida na UTI em POPC + pré-eclâmpsia grave. Paciente portadora de hipertensão arterial crônica, DM 2 insulino dependente, doença renal crônica não dialítica e obesidade. Paciente com fragilidade capilar e necessidade de substituição de acesso venoso periférico para administração de reposição volêmica, transfusão sanguínea e sulfatação. Dia 04/02 verificado flebite grau 2 em MSD. retirado AVP e iniciado tratamento. No dia seguinte a paciente referiu dor no mesmo local e após avaliação evidenciou-se flebite grau IV. E **M.M.L.** , 33 anos, admitida na UTI em POI de histerectomia total + salpingectomia bilateral devido miomatose uterina. Antecedentes pessoais: obesidade e TVP. No intra operatório apresentou perda sanguínea importante, evoluindo com choque hipovolêmico e anemia. Foram realizadas várias punções venosas para ressuscitação volêmica. Recebeu de

transfusão sanguínea de três concentrados de hemácias. No 1º PO paciente queixando-se de dor em MSE além da evidência de edema e rubor. Constatado flebite grau 4.

Em agosto foram registrados 02 casos de flebite, **G.M.C.**, 21 anos, admitida na UTI em POPC+HPP. Antecedentes: Colelitíase e VDRL positivo. No pós operatório apresentou perda sanguínea importante, evoluindo com choque hipovolêmico e anemia. Foram realizadas várias punções venosas para ressuscitação volêmica e transfusão sanguínea. No 2º PO queixou-se de dor em MMSS, local de punções venosas anteriores, e verificado flebite grau 3 apenas em MSD. Iniciado tratamento tópico + preservação do membro. Devido a evolução satisfatória do quadro da paciente não foi indicado passagem de cateter venoso central. **R.G.O.**, 46 anos, admitida na UTI em POI de histerectomia total abdominal+salpingooforectomia esquerda+reabordagem com salpingectomia direita devido abdome agudo hemorrágico. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, diabetes e fibromialgia. Paciente com fragilidade capilar e múltiplas punções em decorrência da necessidade de infusão de grandes volumes (soro e ringer lactato), administração de antibióticos e transfusão sanguínea. Paciente queixou-se de dor durante infusão dos medicamentos e então foi verificado flebite grau 3 em MSE. Retirado AVP e iniciado tratamento tópico + preservação do membro. Devido a complicações cirúrgicas e prolongamento do tratamento com antibióticos, indicado e passado cateter venoso central.

Em outubro foi evidenciado 01 caso de flebite com origem na Casa da Gestante. **S.T.B.**, 21 anos, gestante 29 semanas, admitida na UTI com febre+taquicardia devido a possível resistência microbiana de foco urinário + novo foco infeccioso decorrente flebite MSE. Antecedentes: Hipotireoidismo, Lupus, Asma e AVCI. Fez uso de azitromicina, ceftriaxona, metronidazol e piperacilina/tazobactam entre outras medicações endovenosas. Na admissão queixou-se de dor em MSE, local da inserção do dispositivo venoso, que foi retirado imediatamente, e verificado flebite grau 4 no membro.

❖ **Incidência de não conformidade na Adm de Medic:** Meta contratual não atingida nos meses de janeiro e abril.

No mês de janeiro tivemos (02) dois eventos relacionados ao processo de administração de medicamentos. Paciente **M.N.**, 38 anos, gestante 29 semanas + iminência de

eclâmpsia. Prescrito anti-hipertensivo de 12 /12 horas. Administrada primeira dose do medicamento em prescrição anterior mas quando prescrito em nova prescrição não foi dada continuidade no horário por um período de 24 horas. Não houve dano grave para paciente, pois a mesma estava fazendo uso de outros medicamentos hipertensivos. E Paciente **E.A.F.**, 50 anos, POT de histerectomia+salpingectomia+TVP. Paciente referiu ser alérgica a dipirona cuja sinalização estava acima do leito e em prontuário. Após ter referido dor, paciente foi medicada com dipirona conforme prescrição médica. A colaboradora diz ter informado à paciente que estava administrando a dipirona e não houve manifestação contrária da mesma. No dia seguinte a paciente referiu ter recebido o medicamento no qual era alérgica e diz sentir um leve mal-estar após administração do medicamento.

Em ambos os casos foram realizadas notificações de evento adverso, análise, e orientação com registro para as colaboradoras envolvidas e iniciado treinamento para os demais colaboradores da equipe.

Durante o mês de abril tivemos duas não conformidades em relação ao processo de medicação. Os dois casos estão relacionados com a falta de aprazamento do medicamento enoxaparina 40 mg em duas pacientes distintas. Após a percepção da falha, realizado o aprazamento e administração medicamento e comunicado a equipe médica. Medicamento prescrito de forma preventiva e não causando dano aos pacientes. A fim de evitar novas ocorrências, as Enfermeiras foram orientadas a aprazar cada item da prescrição cuidadosamente focando no processo e tirando dúvidas com o médico de plantão quando necessário. Reforçado com equipe de Técnicas de Enfermagem a importância do processo de medicação na tentativa de identificar possíveis falhas. Orientação evidenciada por lista com assinatura.

- ❖ **Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral:** Meta contratual não foi atingida no mês de setembro, representando a incidência de 11,11% ficando acima da meta contratual. Paciente **A.P.O.**, 33 anos, no 2ºPO de apendicectomia + histerorráfia. Fazia uso de SNG para drenagem de conteúdo gástrico. Devido a intensidade das náuseas, mesmo sendo medicada, apresentou êmese em grande quantidade fazendo com que a SNG fosse mobilizada para

cavidade oral. Posteriormente a sonda foi retirada sem necessidade de passagem de nova SNG. Não houve prejuízo para a paciente.

9. ATIVIDADES DE DESTAQUE ANUAL

No decorrer do ano de 2024 não tivemos infecções relacionadas a procedimentos como mostram os resultados de alguns dos indicadores assistenciais: densidade de incidência de PAV, densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central e densidade de incidência de ITU relacionada a cateter vesical. Esses resultados somados ao incentivo e orientação da importância da higienização das mãos, fizeram um diferencial para que as pacientes não tivessem infecção.





10.AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DOS SERVIÇOS (USUÁRIOS)

Indicador	Meta	2024											
		jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out.	nov	dez
Reclamações na ouvidoria	≤ 0,00%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Análise crítica:

Como observado na tabela acima, em todos os meses a meta estabelecida foi alcançada, fato decorrente da qualidade do serviço e atendimento humanizado dentro da UTI Materna.

11. FINANCEIRO

11.1 BALANÇO – CONTROLADORIA E FINANCEIRO

Os recursos financeiros que sustentam as atividades da unidade são repassados ao CEJAM pela SES/SP, conforme acordado no Convênio. Os resultados do fluxo operacional do projeto constam no quadro em anexo **(Anexo 1)**.


Adriana Cristina Alvares
Gerente Técnico Regional - CEGISS
RG 28.885.468-4
CEJAM

Adriana Cristina Alvares
Gerente Técnico Regional

12. ANEXOS

12.1. ANEXO I - Balanço Financeiro

DEMONSTRATIVO FINANCEIRO													
CONVÊNIO Nº 00023/2022 - UTI ESP - H MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS - SÃO PAULO-SP													
PERÍODO: ANO 2024													
ORÇAMENTO / PLANO DE TRABALHO	Jan/2024	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL ANO
14 Termo Aditivo ao Convênio	326.875,50	326.875,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	653.751,00
24 Termo Aditivo ao Convênio_Promulgação	-	-	360.145,55	360.145,55	360.145,55	360.145,55	360.145,55	360.145,55	360.145,55	360.145,55	360.145,55	360.145,55	3.601.455,50
TOTAL	326.875,50	326.875,50	360.145,55	360.145,55	360.145,55	360.145,55	360.145,55	360.145,55	360.145,55	360.145,55	360.145,55	360.145,55	4.255.206,50
ENTRADAS / RECEITAS	Jan/2024	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL ANO
Saldo Anterior C/c	1.600.563,35	1.651.337,29	1.713.173,91	1.769.049,32	1.817.391,35	1.894.433,16	1.972.133,26	2.049.402,35	2.095.203,29	2.174.754,80	2.227.128,19	2.345.561,15	21.455.561,15
Repasso Financeiro	322.346,17	320.711,99	321.365,75	325.515,99	325.335,92	320.270,43	324.435,55	324.255,48	328.885,04	327.804,40	328.885,04	328.344,82	3.368.136,98
Resultado Aplic. Financeira	11.417,99	10.016,04	11.162,32	12.340,53	11.542,27	11.762,36	14.191,28	13.936,71	12.759,32	15.073,26	13.570,28	16.136,06	139.949,23
Outros Créditos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outros Créditos/ Dev. Terceiros	-	-	-	12.749,40	-	-	-	-	291,06	-	1.320,03	63,45	14.423,94
Outros Créditos/ Aporte Cooperativo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL (A+B+C+D)	1.933.327,51	1.982.065,32	2.045.702,98	2.116.905,24	2.184.269,54	2.226.465,85	2.310.791,09	2.417.394,54	2.467.118,61	2.547.632,66	2.606.903,54	2.744.035,48	23.964.529,14
Repasso Financeiro + Resultado (B+C)	322.346,17	320.711,99	322.528,07	367.856,52	366.868,19	362.023,89	364.628,63	368.192,19	371.664,26	372.877,86	372.455,32	374.480,88	4.322.105,20
Saldo do Repasse	24/01/2024	24/02/2024	18/03/2024	15/04/2024	20/05/2024	17/06/2024	15/07/2024	19/08/2024	20/09/2024	20/10/2024	25/11/2024	16/12/2024	
Número Documento de Crédito	202401200021989	202402200043782	202403190044784	202404120046758	202405170050517	202406140055145	202407130055151	202408130058966	202409170060977	202410190060989	202411200116689	202412160076867	
SALIDAS / DESPESAS	Jan/2024	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL ANO
Recursos humanos (D.T)	118.844,43	109.062,61	112.271,26	117.384,35	117.644,09	118.881,50	121.674,20	144.713,85	134.938,08	136.790,80	157.501,68	167.398,13	1.596.096,28
Recursos humanos (BPA)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Material médico/ hosp. e Medicamentos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Material de consumo	-	7.305,80	1.054,77	2.047,00	594,75	895,4	1.491,40	603,50	494,32	-	863,39	362,00	15.713,83
Serviços Médicos	163.098,11	140.671,38	146.459,02	140.145,10	151.150,73	144.746,55	149.795,19	159.274,06	138.408,88	180.163,51	175.043,02	177.042,76	1.845.998,31
Outros serviços de terceiros	-	-	1.213,94	2.794,81	3.332,83	2.879,03	3.455,66	3.511,17	3.610,52	4.355,36	3.681,04	3.865,68	32.399,24
Despesas financeiras e bancárias	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	925,00
Locações diversas	589,76	617,98	208,00	646,57	662,18	589,17	656,48	620,25	589,66	613,67	652,68	693,52	7.343,02
Manutenção de Equipamentos	2.943,12	2.976,02	2.180,17	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.716,30	1.716,30	24.153,91
Manutenção Áreas Física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Utilidades públicas	440,00	440,00	440,00	1.388,20	-	466,1	466,13	466,55	466,2	26,2	466,20	26,20	5.099,78
Investimento/ Bens permanentes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Investimento/ Obras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Despesas Gerais	-	7.722,62	12.749,40	25.942,76	14.796,80	13.896,84	11.943,68	11.320,87	12.016,25	16.889,93	15.338,88	15.507,24	158.166,17
Outras despesas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	296.033,42	268.891,41	276.652,66	312.263,89	289.856,38	284.332,59	295.357,74	322.391,25	290.383,81	320.504,47	355.342,39	364.693,08	3.694.696,04
Dev.Transferências/Aporte Cooperativo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dev.Transferências/Entre Contas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	296.033,42	268.891,41	276.652,66	312.263,89	289.856,38	284.332,59	295.357,74	322.391,25	290.383,81	320.504,47	355.342,39	364.693,08	3.694.696,04
SALDO ATUAL C/c	1.631.337,29	1.713.173,91	1.769.049,32	1.817.391,35	1.894.433,16	1.972.133,26	2.049.402,35	2.095.203,29	2.174.754,80	2.227.128,19	2.345.561,15	2.355.412,45	
SALDO EM C/c PROVISORIO	480.270,97	483.782,85	487.445,49	493.347,60	495.021,01	501.356,17	527.134,86	562.935,52	567.303,42	573.588,05	678.469,99	734.821,01	
PROVISÃO	Jan/2024	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
Provisão de Férias	96.817,78	102.614,24	114.820,75	120.281,67	117.697,74	124.725,16	121.779,98	121.844,34	112.245,54	99.230,18	104.697,46	97.871,30	
Provisão 13º Salário	7.430,29	14.922,11	21.278,11	21.247,87	39.224,78	46.504,32	53.142,52	58.348,38	64.496,79	69.133,74	77.368,08	-	
Rescisão	114.125,70	290.283,85	156.432,76	151.737,17	170.357,97	181.185,76	175.599,80	156.238,43	141.450,95	204.514,12	159.068,78	186.171,81	
TOTAL	218.373,77	407.820,20	292.481,62	303.266,71	327.280,49	352.415,24	350.522,30	336.431,15	326.192,18	272.878,14	341.073,32	284.043,11	

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO	
SALDO ANTERIOR	1.600.563,35
(I) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	4.336.529,14
(II) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO	3.684.690,04
(III) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO	2.355.412,45
(IV) VALOR DEVOLVIDO AO ORÇÃO PÚBLICO	-
(V) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUNTE (I - II)	2.255.412,45