

## PAUTA 62

Análise para envio de Medicamentos IOT que estão com o estoque acima de 10.000 unidades na reserva estratégica para estados com cobertura inferior a 15 dias

Segue abaixo análise realizada para todos os estados que apresentam cobertura dos fármacos **besilato de atracúrio 10 mg/mL, ampola 2,5 mL; citrato de fentanila 0,05mg/mL, frasco ampola 10mL; cloreto de suxametônio 100 mg, frasco-ampola; cloridrato de dexmedetomidina 100 mcg/mL, ampola 2 mL; etomidato 2 mg/mL, frasco-ampola 10 mL; hemitartrato de norepinefrina 2 mg/mL (equivalente a 1 mg/mL de norepinefrina), ampola 4 mL; midazolam 5 mg/mL, frasco-ampola 10 mL e sulfato de morfina 10 mg/mL, ampola 1 mL**, abaixo de 15 dias, conforme semana 57 de monitoramento.

### **Resumo:**

- Os medicamentos listados são os que apresentam quantitativo superior a 10.000 unidades no almoxarifado do Ministério da Saúde;
- Os quantitativos a serem enviados foram determinados a partir do estoque de cada um dos medicamentos;
- O CMM e cobertura considerados referem-se à semana 57 atualizada pelo CONASS.

#### **1- Besilato de atracúrio 10 mg/mL, ampola 2,5 mL**

##### **Critérios utilizados para seleção dos estados:**

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 57 da Planilha CONASS;
2. Estados sem 2 opções de similaridade.

##### **Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:**

1. Estados com cobertura até 15 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 15 dias.

#### **2- Citrato de fentanila 0,05mg/mL, frasco ampola 10mL**

##### **Critérios utilizados para seleção dos estados:**

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 57 da Planilha CONASS;

##### **Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:**

Dos estados que se enquadram nos critérios acima, pela baixa quantidade em estoque menor que o consumo médio mensal, **a maior cobertura possível de atingir foi para igualar minimamente 14 dias em todas as SES**, desta forma optamos em sugerir a distribuição para os de maior criticidade:

1. Estados com cobertura até 13 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 14 dias;

### **3- Cloreto de suxametônio 100 mg, frasco-ampola**

#### **Critérios utilizados para seleção dos estados:**

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 57 da Planilha CONASS;
2. Estados sem 2 opções de similaridade.

#### **Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:**

1. Estados com cobertura até 15 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 15 dias.

### **4- Cloridrato de dexmedetomidina 100 mcg/mL, ampola 2 mL**

#### **Critérios utilizados para seleção dos estados:**

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 57 da Planilha CONASS;
2. Estados sem 2 opções de similaridade.

#### **Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:**

1. Estados com cobertura até 15 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 15 dias.

### **5- Etomidato 2 mg/mL, frasco-ampola 10 mL**

#### **Critérios utilizados para seleção dos estados:**

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 57 da Planilha CONASS;
2. Estados sem 2 opções de similaridade.

#### **Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:**

2. Estados com cobertura até 15 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 15 dias.

### **6- Hemitartarato de norepinefrina 2 mg/mL (Equivalente a 1 mg/mL de norepinefrina)**

#### **Critérios utilizados para seleção dos estados:**

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 57 da Planilha CONASS.

#### **Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:**

1. Estados com cobertura até 15 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 15 dias.

### **7- Midazolam 5 mg/mL, frasco-ampola 10 mL**

#### **Critérios utilizados para seleção dos estados:**

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 57 da Planilha CONASS;

- Estados sem 2 opções de similaridade.

**Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:**

- Estados com cobertura até 15 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 15 dias.

**8- Sulfato de morfina 10 mg/mL, ampola 1 mL**

**Critérios utilizados para seleção dos estados:**

- Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 57 da Planilha CONASS.

**Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:**

- Estados com cobertura até 15 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 15 dias.

**Pauta 62 – Quantitativos distribuídos considerando os critérios apresentados acima e o fator de embalagem.**

Estado	Medicamento	Apresentação	FE	Quantitativo ajustado FE
ACRE	MORFINA, SULFATO 10 MG/ML	AMPOLA 1 mL	50	4.700
ALAGOAS	FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML	AMPOLA 10 mL	50	19.050
ALAGOAS	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	50	1.550
ALAGOAS	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	5	13.720
AMAPÁ	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	9.625
AMAPÁ	NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2 MG/ML	AMPOLA 4 mL	50	5.200
BAHIA	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	30.200
BAHIA	FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML	AMPOLA 10 mL	50	13.900
BAHIA	SUXAMETÔNIO, CLORETO 100 MG PÓ LIOF. INJETÁVEL	-	10	2.370
BAHIA	ETOMIDATO 2 MG/ML	AMPOLA 10 mL	25	1.750
BAHIA	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	5	17.040
DISTRITO FEDERAL	MORFINA, SULFATO 10 MG/ML	AMPOLA 1 mL	50	1.450
MARANHÃO	FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML	AMPOLA 10 mL	50	8.350
MATO GROSSO	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	8.100
MATO GROSSO DO SUL	FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML	AMPOLA 10 mL	50	7.100
PARÁ	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	7.575
PARÁ	FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML	AMPOLA 10 mL	50	10.700
PARÁ	SUXAMETÔNIO, CLORETO 100 MG PÓ LIOF. INJETÁVEL	-	10	4.730
PARÁ	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	50	3.750

<b>PARÁ</b>	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	5	3.525
<b>PIAUI</b>	FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML	AMPOLA 10 mL	50	8.100
<b>RIO GRANDE DO NORTE</b>	FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML	AMPOLA 10 mL	50	15.000
<b>RIO GRANDE DO NORTE</b>	NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2 MG/ML	AMPOLA 4 mL	50	5.300
<b>RORAIMA</b>	FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML	AMPOLA 10 mL	50	7.000
<b>RORAIMA</b>	NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2 MG/ML	AMPOLA 4 mL	50	3.900
<b>RORAIMA</b>	MORFINA, SULFATO 10 MG/ML	AMPOLA 1 mL	50	50
<b>TOTAL</b>				<b>213.735</b>