

PAUTA 60

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 **brometo de rocurônio 10 mg/mL, ampola 5 mL; cloreto de suxametônio 100mg, frasco ampola; cloridrato de dexmedetomidina 100 mcg/mL, ampola 2 mL; etomidato 2mg/mL, frasco ampola 10mL; hemitartrato de norepinefrina 2mg/mL (Equivalente a 1mg/mL de norepinefrina), ampola 4mL; sulfato de morfina 10mg/mL, ampola 1mL** abaixo de 15 dias, conforme semana 55 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 55 atualizada pelo CONASS.

1- Brometo de rocurônio 10 mg/mL, ampola 5 mL

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 55 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 7,3 dias em todas as SES**, desta forma optamos em sugerir a distribuição para os de maior criticidade:

1. Estados com cobertura até 6 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 7,3 dias.

2- Cloreto de suxametônio 100mg, frasco ampola

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 55 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.

3- 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 55 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.

4- Etomidato 2mg/mL, frasco ampola 10mL

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 55 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.

5- Hemitartarato de norepinefrina 2mg/mL (Equivalente a 1mg/mL de norepinefrina)

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 55 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.

6- Sulfato de morfina 10mg/mL, ampola 1mL

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 55 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.

Pauta 60 – Quantitativos distribuídos considerando os critérios apresentados acima e o fator de embalagem.

Estado	Medicamento	Apresentação	FE	Quantitativo ajustado FE
ALAGOAS	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	50	1.450

ALAGOAS	NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2 MG/ML	AMPOLA 4 mL	50	12.350
AMAPÁ	ROCURÔNIO, BROMETO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	10	5.660
AMAPÁ	NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2 MG/ML	AMPOLA 4 mL	50	4.400
AMAZONAS	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	50	250
BAHIA	ROCURÔNIO, BROMETO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	10	7.250
BAHIA	SUXAMETÔNIO, CLORETO 100 MG PÓ LIOF. INJETÁVEL	FRASCO	10	940
BAHIA	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	50	3.000
BAHIA	ETOMIDATO 2 MG/ML	AMPOLA 10 ML	25	3.780
DISTRITO FEDERAL	ROCURÔNIO, BROMETO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	10	2.830
DISTRITO FEDERAL	MORFINA, SULFATO 10 MG/ML	AMPOLA 1 mL	50	750
MARANHÃO	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	50	2.750
MARANHÃO	NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2 MG/ML	AMPOLA 4 mL	50	3.950
PARAÍBA	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	50	3.850
PARAÍBA	MORFINA, SULFATO 10 MG/ML	AMPOLA 1 mL	50	21.100
RIO GRANDE DO NORTE	NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2 MG/ML	AMPOLA 4 mL	50	4.900
RONDÔNIA	ROCURÔNIO, BROMETO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	10	3.130
RORAIMA	ROCURÔNIO, BROMETO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	10	1.130
RORAIMA	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	50	3.900
RORAIMA	ETOMIDATO 2 MG/ML	AMPOLA 10 ML	25	125
RORAIMA	NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2 MG/ML	AMPOLA 4 mL	50	4.850
RORAIMA	MORFINA, SULFATO 10 MG/ML	AMPOLA 1 mL	50	150
SERGIPE	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	50	3.500
SERGIPE	NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2 MG/ML	AMPOLA 4 mL	50	8.000
TOTAL				103.995