

## **PAUTA 61**

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 **cloreto de suxametônio 100 mg, frasco-ampola; etomidato 2 mg/mL, frasco-ampola 10 mL; sulfato de morfina 10 mg/mL, ampola 1 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 cloridrato de dexmedetomidina 100 mcg/mL, ampola 2 mL**, abaixo de 15 dias, conforme semana 56 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 56 atualizada pelo CONASS.

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

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

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 56 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- 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 56 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.

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

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

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 56 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- 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 56 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- 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 56 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.

**6- 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 56 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.

**Pauta 61 – Quantitativos distribuídos considerando os critérios apresentados acima e o fator de embalagem.**

Estado	Medicamento	Apresentação	FE	Quantitativo ajustado FE
ALAGOAS	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	5	15.145
ALAGOAS	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	50	1.250
AMAPÁ	NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2 MG/ML	AMPOLA 4 mL	50	4.950

<b>AMAZONAS</b>	NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2 MG/ML	AMPOLA 4 mL	50	1.450
<b>BAHIA</b>	SUXAMETÔNIO, CLORETO 100 MG PÓ LIOF. INJETÁVEL	-	10	1.650
<b>BAHIA</b>	ETOMIDATO 2 MG/ML	AMPOLA 10 ML	25	3.700
<b>BAHIA</b>	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	5	18.800
<b>BAHIA</b>	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	50	1.400
<b>DISTRITO FEDERAL</b>	MORFINA, SULFATO 10 MG/ML	AMPOLA 1 mL	50	1.450
<b>PARÁ</b>	SUXAMETÔNIO, CLORETO 100 MG PÓ LIOF. INJETÁVEL	-	10	8.000
<b>RIO GRANDE DO NORTE</b>	NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2 MG/ML	AMPOLA 4 mL	50	3.200
<b>RORAIMA</b>	NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2 MG/ML	AMPOLA 4 mL	50	4.200
<b>RORAIMA</b>	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	5	10.010
<b>RORAIMA</b>	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	50	3.900
<b>TOTAL</b>				<b>79.105</b>