

PAUTA 45

Análise para envio de Medicamentos IOT que estão com o estoque acima de 10.000 ampolas 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; besilato de atracúrio 10 mg/mL, ampola 5 mL; citrato de fentanila 0,05 mg/mL, ampola 10 mL; cloreto de suxametônio 100 mg; cloridrato de dexmedetomidina 100 mcg/mL, ampola 2 mL; diazepam 5 mg/mL, ampola 2 mL; etomidato 2 mg/mL, ampola 10 mL; cloridrato de midazolam 5 mg/mL, ampola 10 mL; sulfato de morfina 10 mg/mL, ampola 1 mL; abaixo de 15 dias, conforme semana 46 de monitoramento.**

Resumo:

- Os medicamentos listados são os que apresentam quantitativo superior a 10.000 unidades na reserva estratégica;
- 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 46 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 46 da Planilha CONASS;
2. Estados sem 2 opções de similaridade;
3. Estados sem distribuidor local com quantitativo maior que o consumo médio mensal.

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 4,5 dias em todas as SES.** Desta forma, optamos em sugerir a distribuição para os de maior criticidade (os que possuem cobertura até 4 dias):

1. Estados com cobertura até 4 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 4,5 dias;

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

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 46 da Planilha CONASS;
2. Estados sem 2 opções de similaridade;
3. Estados sem distribuidor local com quantitativo maior que o consumo médio mensal.

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 5 dias em todas as SES. Desta forma, optamos em sugerir a distribuição para os de maior criticidade (os que possuem cobertura até 5 dias):

1. Estados com cobertura menor que 5 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 5 dias;
2. Estados com cobertura igual a 5 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 5,5 dias.

3- Citrato de fentanila 0,05 mg/mL, ampola 10 mL

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 46 da Planilha CONASS;
2. Estados sem distribuidor local com quantitativo maior que o consumo médio mensal.

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 13,2 em todas as SES.** Desta forma, optamos em sugerir a distribuição para os de maior criticidade (os que possuem cobertura até 12 dias):

1. Estados com cobertura até 12 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 13,2 dias;

4- Cloreto de suxametônio 100 mg

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 46 da Planilha CONASS;
2. Estados sem 2 opções de similaridade;
3. Estados sem distribuidor local com quantitativo maior que o consumo médio mensal.

Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:

1. Estados com cobertura menor que 15 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 15 dias;

5- 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 46 da Planilha CONASS;
2. Estados sem 2 opções de similaridade;
3. Estados sem distribuidor local com quantitativo maior que o consumo médio mensal.

Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:

1. Estados com cobertura menor que 15 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 15 dias;

6- Diazepam 5 mg/mL, ampola 2 mL

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 46 da Planilha CONASS;
2. Estados sem distribuidor local com quantitativo maior que o consumo médio mensal.

Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:

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

7- Etomidato 2 mg/mL, ampola 10 mL

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 46 da Planilha CONASS;
2. Estados sem 2 opções de similaridade;
3. Estados sem distribuidor local com quantitativo maior que o consumo médio mensal.

Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:

1. Estados com cobertura menor que 15 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 15 dias;

8- Cloridrato de midazolam 5 mg/mL, ampola 10 mL

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 46 da Planilha CONASS;
2. Estados sem 2 opções de similaridade;
3. Estados sem distribuidor local com quantitativo maior que o consumo médio mensal.

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 dias em todas as SES.** Desta forma, optamos em sugerir a distribuição para os de maior criticidade (os que possuem cobertura até 6 dias):

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

9- 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 46 da Planilha CONASS;
2. Estados sem distribuidor local com quantitativo maior que o consumo médio mensal.

Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:

1. Estados com cobertura menor que 15 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 15 dias;

Pauta 45 - Quantitativos distribuídos considerando os critérios apresentados acima e o fator de embalagem.

Estado	Medicamento	Apresentação	FE	Quantitativo
ACRE	FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML	AMPOLA 10 ML	25	7.875
ALAGOAS	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	3.375
ALAGOAS	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	400
ALAGOAS	FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML	AMPOLA 10 ML	25	22.225
ALAGOAS	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	5	2.670
ALAGOAS	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	8.250
AMAPÁ	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	1.600
AMAPÁ	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	3.175
AMAPÁ	FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML	AMPOLA 10 ML	25	2.425
AMAPÁ	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	5	3.395
AMAPÁ	ETOMIDATO 2 MG/ML	AMPOLA 10 ML	5	615
AMAPÁ	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	17.000
AMAZONAS	FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML	AMPOLA 10 ML	25	1.075
AMAZONAS	SULFATO DE MORFINA 10 MG/ML	AMPOLA 1ML	50	950
BAHIA	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	11.125
BAHIA	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	6.775
BAHIA	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	5	16.245
CEARÁ	FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML	AMPOLA 10 ML	25	14.000
DISTRITO FEDERAL	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	6.725
DISTRITO FEDERAL	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	11.500
GOIÁS	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	8.700
GOIÁS	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	5	6.300
MARANHÃO	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	5	2.715
MARANHÃO	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	2.550
MATO GROSSO	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	1.150
MATO GROSSO	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	5	3.165
MATO GROSSO DO SUL	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	67.475
MATO GROSSO DO SUL	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	39.400
MATO GROSSO DO SUL	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	5	35.635
MATO GROSSO DO SUL	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	34.150
MATO GROSSO DO SUL	SULFATO DE MORFINA 10 MG/ML	AMPOLA 1ML	50	12.550
MINAS GERAIS	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	19.775

Estado	Medicamento	Apresentação	FE	Quantitativo
MINAS GERAIS	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	10.125
PARÁ	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	3.725
PARÁ	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	5	9.900
PARAÍBA	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	325
PARAÍBA	FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML	AMPOLA 10 ML	25	17.225
PARAÍBA	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	3.900
PARANÁ	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	11.100
PARANÁ	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	5.175
PERNAMBUCO	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	900
RIO DE JANEIRO	FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML	AMPOLA 10 ML	25	53.825
RIO GRANDE DO NORTE	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	750
RIO GRANDE DO NORTE	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	1.825
RIO GRANDE DO NORTE	FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML	AMPOLA 10 ML	25	12.875
RIO GRANDE DO NORTE	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	5	4.655
RIO GRANDE DO NORTE	DIAZEPAM 10 MG/2ML	-	100	2.900
RIO GRANDE DO NORTE	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	16.400
RORAIMA	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	125
RORAIMA	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	100
RORAIMA	FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML	AMPOLA 10 ML	25	5.750
RORAIMA	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	5	4.500
RORAIMA	ETOMIDATO 2 MG/ML	AMPOLA 10 ML	5	30
RORAIMA	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	4.650
SANTA CATARINA	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	4.125
SÃO PAULO	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	14.150
SÃO PAULO	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	9.525
SÃO PAULO	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	5	11.965
SÃO PAULO	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	72.950
SERGIPE	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	14.000
SERGIPE	ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	12.450
SERGIPE	FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML	AMPOLA 10 ML	25	12.700
SERGIPE	SUXAMETÔNIO, CLORETO 100 MG PÓ LIOF. INJETÁVEL	-	10	10.460
SERGIPE	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	5	18.440
SERGIPE	ETOMIDATO 2 MG/ML	AMPOLA 10 ML	5	4.890
SERGIPE	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	20.050

Estado	Medicamento	Apresentação	FE	Quantitativo
TOCANTINS	DIAZEPAM 10 MG/2ML	-	100	100
TOCANTINS	SULFATO DE MORFINA 10 MG/ML	AMPOLA 1ML	50	550
TOTAL				752.080