

PAUTA 56

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 5 mL; brometo de rocurônio 10 mg/mL, ampola 5 mL; midazolam 5 mg/mL, frasco-ampola 10 mL; cloridrato de dexmedetomidina 100 mcg/mL, ampola 2 mL; propofol 10 mg/mL, frasco ampola 20 mL; sulfato de atropina 1 mg/mL, ampola 1 mL**, abaixo de 15 dias, conforme semana 52 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 52 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 52 da Planilha CONASS + pauta 55;
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 13,2 dias em todas as SES**, desta forma optamos em sugerir a distribuição para os de maior criticidade

1. Estados com cobertura até 11 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 13,2 dias;

2- 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 52 da Planilha CONASS + pauta 55;
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 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 52 da Planilha CONASS + Pauta 55;
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 até 15 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 15 dias;

4- 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 52 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 12,7 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 12,7 dias;

5- Propofol 10 mg/mL, frasco ampola 20 mL

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 52 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 5,8 dias em todas as SES**, desta forma optamos em sugerir a distribuição para os de maior criticidade

2. Estados com cobertura até 5 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 5,8 dias;

6- Sulfato de atropina 1 mg/mL, ampola 1 mL

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias para o medicamento **sulfato de atropina 0,25 mg/mL, ampola 1 mL**, considerando a semana 52 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 até 15 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 15 dias;

Observação: Reforça-se que a apresentação deste medicamento é 1 mg/mL, ampola 1 mL, diferente da apresentação que é encaminhada regularmente 0,25 mg/mL, ampola 1 mL.

Desta forma, as Secretarias de Saúde contempladas com esta pauta, quando forem informar no Coletakit o estoque e consumo deste medicamento, deverão multiplicar por 4 para que seja convertido para quantitativo de **sulfato de atropina 0,25 mg/mL, ampola 1 mL**.

Pauta 56 - 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	2.400
ALAGOAS	PROPOFOL 10 MG/ML, EMULSÃO INJETÁVEL	FRASCO-AMPOLA 20 mL	10	13.240
AMAPÁ	ROCURÔNIO, BROMETO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	10	18.800
AMAPÁ	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	8.200
BAHIA	ROCURÔNIO, BROMETO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	10	9.790
BAHIA	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	32.200
MARANHÃO	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	1.850
MARANHÃO	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	50	2.450
MARANHÃO	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	3.625
MARANHÃO	PROPOFOL 10 MG/ML, EMULSÃO INJETÁVEL	FRASCO-AMPOLA 20 mL	10	880
MATO GROSSO DO SUL	ROCURÔNIO, BROMETO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	10	42.780
MATO GROSSO DO SUL	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	55.700
MATO GROSSO DO SUL	ATROPINA, SULFATO 1 MG/ML	AMPOLA 1 mL	50	1.200
PARAÍBA	ROCURÔNIO, BROMETO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	10	4.700
PARAÍBA	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	50	6.850
PARAÍBA	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	14.925
PARAÍBA	PROPOFOL 10 MG/ML, EMULSÃO INJETÁVEL	FRASCO-AMPOLA 20 mL	10	8.530
PARAÍBA	ATROPINA, SULFATO 1 MG/ML	AMPOLA 1 mL	50	200
RIO GRANDE DO NORTE	ROCURÔNIO, BROMETO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	10	8.010

Estado	Medicamento	Apresentação	FE	Quantitativo ajustado FE
RIO GRANDE DO NORTE	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	2.275
RORAIMA	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	750
RORAIMA	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	50	3.300
RORAIMA	ATROPINA, SULFATO 1 MG/ML	AMPOLA 1 mL	50	100
SERGIPE	ATROPINA, SULFATO 1 MG/ML	AMPOLA 1 mL	50	550
Total				243.305