

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

## ESTAVUDINA

### Infecção pelo HIV

Em adultos – Portaria SVS/MS nº 27, 29 de novembro de 2013 ([Protocolo na íntegra](#))

Em crianças e adolescentes – Portaria SVS/MS nº 12, de 22 de abril de 2014 ([Protocolo na íntegra](#))

### Informações gerais

**Apresentação:** 1mg/mL – pó para suspensão oral

**CID-10:** B20

**Esquema terapêutico recomendado:**

**Neonatos (< 13 dias):** 0,5 mg/kg, de 12 em 12 horas

**Crianças < 30 kg:** 1mg/kg, 12 em 12 horas

**Responsável pelo financiamento:** Ministério da Saúde

**Observações:**

Conservar em temperatura ambiente (entre 15°C e 30°C), protegido da luz e umidade. Após reconstituição, manter entre 2°C e 8°C.

Mais informações: [Nota Informativa nº 75/2016 – DDAHV-SVS-MS](#)

### Documentos necessários para cadastramento no SUS

O cadastramento dos usuários no SUS é obrigatório para a dispensação dos medicamentos antirretrovirais.

1. [Formulário de cadastramento de usuário SUS](#) original, preenchido de forma legível, sem rasuras e assinado.
2. Um dos seguintes documentos pessoais do paciente, original:
  - Documento de identidade (RG);
  - Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
  - Passaporte;
  - Carteira de trabalho;

ESTAVUDINA – INFECÇÃO PELO HIV (Atualizado em 08/02/2017)



# COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

- Carteira de registro de classe profissional.

Para pacientes menores de idade ou considerados incapazes para autocuidado:

- Um dos seguintes documentos pessoais do representante legal, original: documento de identidade (RG); carteira Nacional de Habilitação (CNH); passaporte; carteira de trabalho; carteira de registro de classe profissional.
- Documento pessoal do paciente, original: certidão de nascimento OU documento expedido pelo órgão público.

## Documentos necessários para dispensação do medicamento

1. Prescrição original elaborada de forma correta, legível e sem rasuras, em uma via, assinada pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
2. [Formulário de solicitação de medicamentos – tratamento](#), preenchido de forma completa, legível, e sem rasuras, em uma via, assinado pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

O formulário de solicitação de medicamentos – tratamento tem validade por um período de 30, 60, 90, 120, 150 ou 180 dias, conforme indicação do médico responsável pelo atendimento ao paciente.

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a uma das [Unidades Dispensadoras de Medicamentos \(UDM\)](#) para entrega dos documentos e retirada dos medicamentos.

A Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais (UDM) avaliará a possibilidade de dispensação do medicamento para períodos superiores a 30 dias de tratamento (e no máximo 90 dias de tratamento), conforme disponibilidade do medicamento em estoque.

