



Ministério da Saúde
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 02/2025-SCTIE/SAPS/SVSA/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Autoriza-se, em caráter excepcional e temporário, o uso do palmitato de retinol (vitamina A), nas apresentações cápsulas de 100.000 UI e 200.000 UI, fornecidas pelo Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), para administração em crianças menores de cinco anos com suspeita de infecção por sarampo no Brasil, visando à redução da ocorrência de complicações e da morbimortalidade associadas à doença.

2. **DA OFERTA DE PALMITATO DE RETINOL (VITAMINA A) NO SUS**

2.1. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, estabelece que:

“Art. 25. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS”.

2.2. Neste sentido, em relação ao medicamento palmitato de retinol, a RENAME estabelece:

Quadro 1. Padronização da oferta de palmitato de retinol no SUS, conforme RENAME

Denominação Comum Brasileira	Forma Farmacêutica	Concentração	Componente de Financiamento da Assistência Farmacêutica	Responsabilidade pela oferta
Palmitato de retinol	cápsula	100.000 UI	Estratégico (CESAF)	Ministério da Saúde
	cápsula	200.000 UI		
	solução oral	150.000 UI/mL	Básico (CBAF)	Estados, Municípios e Distrito Federal

Fonte: RENAME, 2024.

2.3. As apresentações cápsulas 100.000 UI e 200.000 UI são destinadas ao atendimento do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA), e a apresentação solução oral 150.000 UI/mL destinada ao atendimento das diversas condições assistenciais associadas à deficiência de vitamina A, entre elas a prevenção das complicações e morbimortalidade decorrentes da infecção por

sarampo.

2.4. No entanto, o Ministério da Saúde tem recebido relatos sobre a indisponibilidade, no mercado, da solução oral de palmitato de retinol na concentração de 150.000 UI/mL, o que tem dificultado sua oferta pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) nos Estados, Municípios e Distrito Federal.

2.5. Em consulta ao site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), verificou-se que, atualmente, não existem registros ativos para essa apresentação, o que provavelmente tem contribuído para a dificuldade de aquisição em âmbito local.

2.6. Por outro lado, o Ministério da Saúde, por meio do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), tem a responsabilidade de financiar e distribuir o palmitato de retinol (cápsulas de 100.000 UI e 200.000 UI) aos Estados para atendimento ao PNSVA, cujo objetivo é **reduzir e controlar a hipovitaminose A**, bem como a mortalidade e morbidade em crianças de 6 a 59 meses de idade, por meio da suplementação profilática medicamentosa (megadoses).

2.7. São considerados públicos prioritários para o PNSVA:

- Crianças de 6 a 59 meses das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, dos Vales do Jequitinhonha, do Mucuri e do Ribeira, e do Norte de Minas Gerais;
- Crianças de 6 a 23 meses em situação de vulnerabilidade social das Regiões Sul e Sudeste;
- Crianças indígenas de 6 a 59 meses assistidas pelo SasiSUS nos 34 DSEI.

2.8. Atualmente, participam do PNSVA 3.550 Municípios, abrangendo os 26 Estados e o Distrito Federal, os quais encontram-se devidamente abastecidos do referido medicamento.

3. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DO SARAMPO

3.1. O sarampo é uma doença viral potencialmente grave, de rápida disseminação e elevado contágio (WHO, 2024). A transmissão ocorre de forma direta, por meio de secreções nasofaríngeas expelidas ao tossir, espirrar, falar ou respirar. Também há relatos de contágio por dispersão de aerossóis contendo partículas virais em ambientes fechados, como escolas, creches e clínicas. Devido à alta contagiosidade, cerca de nove em cada dez pessoas suscetíveis que tenham contato próximo com um caso desenvolverão a doença.

3.2. As manifestações clínicas incluem febre alta (acima de 38,5°C), exantema maculopapular morbiliforme com progressão cefalocaudal, tosse seca inicial, coriza, conjuntivite não purulenta e manchas de Koplik (pequenos pontos brancos na mucosa bucal na altura do terceiro molar, podendo ocorrer também no palato mole, conjuntiva e mucosa vaginal, antecedendo o exantema) (Veronesi; Focaccia, 2015; Robbins, 1962).

3.3. As taxas de complicações e óbitos variam, sendo maiores em crianças

menores de 5 anos, gestantes, pessoas imunocomprometidas, adultos, indivíduos desnutridos e/ou **com deficiência de vitamina A**, além de populações em situação de vulnerabilidade social (CDC, 2024; WHO, 2017; Mclean et al., 2013; Manikkavasagan; Ramsay, 2009; Huiming; Chaomin; Meng, 2005; Kernahan; Mcquillin; Craft, 1987).

3.4. Antes da introdução da vacina, na década de 1960, o sarampo era uma das principais causas de morbimortalidade infantil no mundo, responsável por mais de 2 milhões de mortes anuais até a ampliação da cobertura vacinal nos anos 1980 (Moss, 2017; Rabaan et al., 2022; Aguilar Gamboa).

3.5. Em 2025, o Brasil permanece certificado como país livre da circulação endêmica do sarampo. Contudo, há o risco iminente da ocorrência de sarampo devido ao baixo percentual de vacinados e maior risco de importação do vírus de viajantes que retornam de países endêmicos ou com surtos, além do risco de que viajantes transmitam o vírus para pessoas suscetíveis (ex: crianças menores de 11 meses, hesitantes vacinais, pessoas com esquema vacinal incompleto). Com isso, devido ao atual cenário internacional do sarampo com surtos em todas as regiões do mundo, com destaque para a Bolívia, México, Estados Unidos e Canadá, e da ampla circulação de brasileiros ou estrangeiros, qualquer município do país tem risco de ter casos suspeitos ou confirmados de sarampo.

3.6. Nos últimos 5 anos, o Ministério da Saúde recebeu a notificação de uma média anual de 2.626 casos suspeitos de sarampo, sendo 1.636 (62%) em crianças menores de 5 anos.

4. DAS RECOMENDAÇÕES DO USO DE VITAMINA A EM CASOS DE SARAMPO

4.1. Não existe tratamento específico para a infecção por sarampo (PAHO, 2005). O uso de antibióticos é contraindicado, exceto quando houver indicação médica pela ocorrência de infecções secundárias (PAHO, 2005). Nos casos sem complicações, recomenda-se manter hidratação adequada, suporte nutricional e medidas para redução da hipertermia. Muitas crianças necessitam de quatro a oito semanas para recuperar o estado nutricional (PAHO, 2005).

4.2. Recomenda-se a administração de palmitato de retinol (vitamina A), mediante avaliação clínica e/ou nutricional por profissional de saúde, em todas as crianças com suspeita de sarampo, visando à redução da mortalidade e à prevenção de complicações decorrentes da doença (OMS, 2020).

4.3. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a vitamina A deve ser administrada a todos os casos de sarampo em menores de 5 anos de idade, independentemente do momento das doses anteriores de vitamina A. A maioria dos pacientes com sarampo, mesmo em países desenvolvidos, apresenta evidências laboratoriais ou clínicas de deficiência de vitamina A. Os níveis sanguíneos reduzidos de vitamina A podem ser parcialmente devidos à resposta de fase aguda que ocorre durante a infecção. No entanto, baixos níveis sanguíneos de vitamina A estão associados a casos graves de sarampo e complicações, especialmente doenças oftalmológicas.

4.4. Duas doses de vitamina A são recomendadas para todos os casos

suspeitos de sarampo em crianças com menos de 5 anos de idade, imediatamente após o diagnóstico e repetidas no dia seguinte. Este tratamento demonstrou reduzir a mortalidade geral em crianças e a mortalidade específica por pneumonia em crianças com sarampo com menos de 2 anos de idade. Se um paciente apresentar quaisquer sinais clínicos de deficiência de vitamina A, como xeroftalmia, incluindo manchas de Bitot e ulceração da córnea, uma terceira dose, específica para a idade, deve ser administrada 4 a 6 semanas depois.

4.5. No Brasil, o Ministério da Saúde tem preconizado que a suplementação de vitamina A está indicada, portanto, para todas as crianças menores de cinco anos (até 59 meses de idade) que sejam **casos suspeitos de sarampo**, conforme a posologia indicada no Quadro 2, independentemente do intervalo entre doses prévias da vitamina e da situação vacinal.

Quadro 2 - Posologia, faixa etária e via de administração da vitamina A em casos suspeitos de Sarampo

Faixa etária	Dose recomendada	Via de administração	Posologia
Crianças menores de 6 meses de idade	50.000 UI	Via Oral	02 doses (01 dose no dia da suspeita e 01 no dia seguinte)
Crianças entre 6 meses e 11 meses e 29 dias de idade	100.000 UI	Via Oral	02 doses (01 dose no dia da suspeita e 01 no dia seguinte)
Crianças entre 12 e 59 meses de idade (4 anos e 11 meses e 29 dias)	200.000 UI	Via Oral	02 doses (01 dose no dia da suspeita e 01 no dia seguinte)

Fonte: Adaptado de WHO (2020). *Guide for clinical case management and infection prevention and control during a measles outbreak.*

4.6. As cápsulas de vitamina A com 100.000 UI e 200.000 UI **não devem ser fracionadas** para administração em crianças menores de 6 meses.

4.7. Para atender essa população, recomenda-se a utilização da **via magistral**, por meio de farmácias de manipulação, para obtenção de **solução oral de palmitato de retinol a 150.000 UI/mL**, garantindo a dose adequada de **50.000 UI, conforme a dosagem determinada nas orientações do fornecedor.**

4.8. Essa mesma preparação magistral pode ser utilizada para outras faixas etárias, caso haja dificuldade de acesso às cápsulas fornecidas pelo CESAFA.

5. CONCLUSÃO

5.1. Pelo exposto e levando em conta a relação risco-benefício entre o não uso da vitamina A e as possíveis complicações decorrentes da infecção por sarampo, o Ministério da Saúde autoriza, **em caráter excepcional e temporário**, a utilização das cápsulas de vitamina A (palmitato de retinol 100.000 UI e 200.000 UI) disponibilizadas pelo CESAFA, fornecidas no âmbito do PNSVA.

5.2. Reforça-se a necessidade de monitoramento clínico e/ou nutricional por profissional de saúde para identificar a progressão da doença e as necessidades de suplementação caso necessário.

5.3. Considerando o caráter excepcional da ação, e a baixa demanda apresentada, não serão efetuadas remessas específicas para atendimento dos casos de sarampo, devendo os Estados, Municípios e o Distrito Federal adotar providências para promover o acesso compartilhado e o uso racional dos medicamentos que já se encontram nos territórios, garantindo o atendimento aos casos suspeitos sem comprometer as ações do PNSVA, mediante articulação entre as unidades de saúde sob sua jurisdição.

5.4. Caso seja necessário o envio de doses adicionais, os Estados deverão calcular a necessidade e formalizar a solicitação ao Ministério da Saúde por meio dos endereços eletrônicos exantematicas@saude.gov.br e cgafe.daf@saude.gov.br, para avaliação. O atendimento das solicitações estará condicionado à disponibilidade de estoque.

5.5. O Ministério da Saúde acompanhará a execução da estratégia destinada a garantir a oferta de vitamina A aos casos suspeitos de sarampo, bem como buscará alternativas para assegurar a oferta regular de palmitato de retinol na dose de 50.000 UI.

5.6. As dispensações de palmitato de retinol para os casos de sarampo deverão ser registradas nos sistemas de informação da Assistência Farmacêutica que compõem a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (BNAFAR/SUS).

5.7. Esta autorização excepcional e temporária permanecerá válida até a emissão de novo documento técnico orientador por parte deste Ministério.

5.8. Reforça-se que a vacinação é a medida mais eficaz para prevenção da infecção por sarampo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em 15 de dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/rename>. Acesso em 15 de dez. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta medicamentos registrados. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/q/?nomeProduto=retinol>. Acesso em 15 de dez. 2025.

WHO. World Health Organization. Guide for clinical case management and infection prevention and control during a measles outbreak. 2020. Disponível em

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f99e5950-6e13-402b-9c2c-9e0d62adc93e/content>. Acesso em 16 dez. 2025.

WHO. World Health Organization. Measles. 2024. Disponível em ><https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles><. Acesso em 01 dez. 2025.

WHO. Measles deaths down 88% since 2000, but cases surge. 2025. Disponível em https://www.who.int/news/item/28-11-2025-measles-deaths-down-88--since-2000--but-cases-surge?utm_source=chatgpt.com. Acesso em 1º dez. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Biomarcadores do estado de micronutrientes: prevalências de deficiências e curvas de distribuição de micronutrientes em crianças brasileiras menores de 5 anos: ENANI 2019. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em 15 de dez. 2025.

FERNANDA DE NEGRI

Secretária de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

ANA LUIZA F. R. CALDAS

Secretária de Atenção Primária à Saúde

MARIÂNGELA BATISTA GALVÃO SIMÃO

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente



Documento assinado eletronicamente por **Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 30/12/2025, às 11:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariângela Batista Galvão Simão, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 21/01/2026, às 17:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eder Gatti Fernandes, Diretor(a) do Departamento do Programa Nacional de Imunizações**, em 21/01/2026, às 17:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda De Negri, Secretário de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**, em 21/01/2026, às 20:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0052635758** e o código CRC **55FC2FA0**.

Referência: Processo nº 25000.221935/2025-15

SEI nº 0052635758

Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos - CGAFME
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br