

A **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO AMAZONAS - CIB/AM**, na sua Reunião 379ª (trecentésima septuagésima nona), 307ª (trecentésima sétima) Reunião Ordinária, realizada em 30/03/2026, e;

CONSIDERANDO a Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº 8.142/1990, que dispõem sobre a organização e o financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS;

CONSIDERANDO o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelecendo a organização do SUS, o planejamento, a assistência à saúde, a articulação interfederativa, a promoção, proteção e recuperação da saúde e o funcionamento dos serviços correspondentes;

CONSIDERANDO que, o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é reconhecido mundialmente como prioridade em saúde pública, por ser uma das principais causas de hospitalização em crianças menores de 1 ano, e tem se mantido como principal agente etiológico responsável por infecções respiratórias agudas na população pediátrica;

CONSIDERANDO que, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a imunização como estratégia eficaz para reduzir o impacto do VSR em populações vulneráveis e, juntamente com o Grupo Estratégico de Especialistas em Imunização, orienta que os países adotem medidas de prevenção da forma grave da doença em bebês;

CONSIDERANDO que, a infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) ocorre predominantemente durante o primeiro ano de vida, com maior risco em menores de 6 meses de vida, e até os 2 anos, no Brasil, dados do Ministério da Saúde indicam que o VSR é o principal vírus responsável por infecções respiratórias na população pediátrica, com impacto significativo nas hospitalizações por síndrome respiratória aguda grave (SRAG) em crianças menores de 2 anos;

CONSIDERANDO que, no Amazonas, em 2025 foram notificados 5.547 casos de SRAG, 2.278 (41%) casos confirmados, 486 (21%) dos casos com o agente etiológico Vírus Sincicial Respiratório (VSR) e 433 (89%) em crianças menores de 1 ano de idade;

CONSIDERANDO que, do ponto de vista clínico, as infecções causadas pelo VSR apresentam ampla variação de gravidade, podendo se manifestar desde formas assintomáticas ou leves até quadros graves;

CONSIDERANDO que, a incorporação de novas tecnologias para sua prevenção, como a adotada pelo Brasil, está alinhada às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que destaca o vírus como importante causa de hospitalização e mortalidade infantil;

CONSIDERANDO que, no âmbito do SUS, conforme protocolo incorporado em 2012 o uso do palivizumabe para prevenção da Infecção pelo VSR, o anticorpo monoclonal palivizumabe, estava disponível para a prevenção de infecção pelo VSR em crianças prematuras com idade gestacional ≤ 28 semanas (até 28 semanas e 6 dias) com idade inferior a 1 ano (até 11 meses e 29 dias), e crianças com idade inferior a 2 anos (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com doença pulmonar crônica da prematuridade (displasia bronco pulmonar) ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica;

CONSIDERANDO que, em 2025, o Ministério da Saúde incorporou duas novas tecnologias para prevenção de Infecção do Trato Respiratório Inferior (ITRI) associada ao VSR em crianças, o anticorpo monoclonal nirsevimabe, indicado para prevenção em bebês prematuros (≤ 36 semanas e 6 dias) e crianças com idade inferior a 24 meses (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com comorbidades (Cardiopatias congênitas ou imunocomprometidos graves ou síndrome de Down ou fibrose cística ou doença neuromuscular ou anomalias congênitas das vias aéreas). (Anexo Quadros 1 e 2);

CONSIDERANDO que, a infecção pelo VSR ocorre predominantemente durante o primeiro ano de vida da criança e a incorporação do nirsevimabe no SUS amplia a cobertura de uso de anticorpo monoclonal para todos os prematuros, além disso, inclui outras comorbidades como critério para uso em lactentes menores de 24 meses;

CONSIDERANDO que, com a padronização de uma única dose do anticorpo monoclonal nirsevimabe será ofertada proteção imediata e sustentada por pelo menos 150 dias com redução nas hospitalizações relacionadas ao VSR com garantia de esquema completo eliminando o risco de "perda de seguimento" (abandono do tratamento); e,

CONSIDERANDO que, com a redução drástica de casos graves de VSR em crianças menores de 1 ano de idade, irá diminuir a pressão sobre os leitos de UTI Pediátrica nos centros de referência em Manaus, reduzindo os custos com o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e remoções de emergência, que representam um alto custo fixo para o erário estadual;

CONSIDERANDO o Processo nº 01.02.017306.000639/2026-99 (SIGED) que dispõe sobre a solicitação de aprovação da Estratégia de imunização contra o vírus sincicial respiratório para crianças prematuras e com comorbidades: anticorpo monoclonal Nirsevimabe - Implantação do anticorpo monoclonal Nirsevimabe na prevenção do vírus sincicial respiratório no estado do Amazonas;

CONSIDERANDO o parecer favorável da Câmara Técnica de Vigilância, tendo em vista que à adoção do imunizante na prevenção do vírus sincicial respiratório no estado do Amazonas de acordo com a distribuição das doses informadas no (Anexo Quadro 3);

CONSIDERANDO o Parecer favorável da Sra. Laís Moraes Ferreira, secretária Executiva de Assistência Especializada e Políticas - SEAES/SES/AM, considerando sua fundamentação normativa, respaldo técnico e relevância epidemiológica, bem como seu potencial de reduzir internações graves, qualificar a organização da rede assistencial e otimizar a aplicação dos recursos públicos.

R E S O L V E: CONSENSUAR pela **CONVALIDAÇÃO** da Resolução AD REFERENDUM 012/2026 que aprovou a Estratégia de imunização contra o vírus sincicial respiratório para crianças prematuras e com comorbidades: anticorpo monoclonal Nirsevimabe - Implantação do anticorpo monoclonal Nirsevimabe na prevenção do vírus sincicial respiratório no estado do Amazonas..

Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Amazonas, em Manaus, 30 de março de 2026.

A **Coordenadora da CIB/AM** e a **Presidente do COSEMS/AM** estão de comum acordo com a presente Resolução.

A Secretária de Estado de Saúde **HOMOLOGA** as decisões contidas na Resolução CIB/AM Nº 019/2026, datada de 30 de março de 2026 nos termos do Decreto de 19.03.2024.

NAYARA DE OLIVEIRA MAKSOUD MORAES
Coordenadora da CIB/AM

MARIA ADRIANA MOREIRA
Presidente do COSEMS/AM

NAYARA DE OLIVEIRA MAKSOUD MORAES
Secretária de Estado de Saúde

Protocolo 266578

RESOLUÇÃO CIB Nº 018/2026 DE 30 DE MARÇO DE 2026.

Dispõe sobre a CONVALIDAÇÃO da Resolução AD REFERENDUM 006/2026 que aprovou a alteração da Resolução CIB nº 055/2018 que homologou o Plano de Necessidades em Oftalmologia e instituiu valores diferenciados da Tabela SUS, com complementação financeira estadual, para diversos procedimentos oftalmológicos.

A **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO AMAZONAS - CIB/AM**, na sua Reunião 379ª (trecentésima septuagésima nona), 307ª (trecentésima sétima) Reunião Ordinária, realizada em 30/03/2026, e;

CONSIDERANDO a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde;

CONSIDERANDO a Portaria MS nº 4.225/2018 que inclui, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, procedimentos referentes ao diagnóstico e tratamento da Degeneração Macular Relacionada com a Idade (DMRI), no âmbito do SUS;

CONSIDERANDO a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação

da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros;

CONSIDERANDO Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde e a articulação interfederativa;

CONSIDERANDO que, a complementação financeira estadual atualmente existente foi regularmente pactuada no âmbito da CIB/AM, com fonte definida e já incorporada ao planejamento estadual de saúde;

CONSIDERANDO que, a proposta ora apresentada não implica criação ou ampliação de despesa, mas tão somente o remanejamento da parcela do Tesouro Estadual já pactuada, transferindo-a de um procedimento isolado para outro que melhor reflete o modelo assistencial vigente;

CONSIDERANDO que, o procedimento 03.03.05.023-3 - Tratamento Medicamentoso de Doença da Retina, instituído pela Portaria MS nº 4.225/2018, traz incremento de financiamento federal, cuja captação é pretendida pelo solicitante, em consonância com a normatização do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO que, não se identifica, portanto, impacto financeiro adicional ao orçamento estadual, nem comprometimento de recursos além daqueles já autorizados pela Resolução CIB nº 055/2018;

CONSIDERANDO que a proposta é a suspensão da complementação estadual do procedimento 04.05.03.005-3 - Injeção Intra-Vítreo e sua migração para o procedimento 03.03.05.023-3 - Tratamento Medicamentoso de Doença da Retina, passando a vigorar conforme demonstrado a seguir: