



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 12/2025

A Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Escola de Saúde Pública - ESP/PB torna público a abertura de inscrições para o preenchimento de vagas no **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE - ESTUDANTES**, cujo objetivo é expandir o conhecimento e experiências dos profissionais que atuam nos Núcleos de Segurança do Paciente dos serviços de saúde com Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da Rede Estadual da Paraíba.

1. OBJETO

1.1 O presente edital visa o preenchimento das vagas existentes no curso de ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE - ESTUDANTES, tendo como **público-alvo** os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) que atuam nos Núcleos de Segurança do Paciente dos serviços de saúde com UTI da Rede Estadual da Paraíba, e que possuam ensino superior completo na área da saúde ou áreas afins (**Anexo I**).

1.2 O objetivo da seleção é expandir o conhecimento e experiências dos profissionais que atuam em Vigilância Sanitária e nos serviços de saúde dos municípios da Paraíba, sobre a temática Segurança do Paciente, com relação à mitigação de riscos e evolução na qualidade do cuidado oferecido ao paciente em serviços de saúde.

1.3 Os candidatos aprovados neste edital preencherão as vagas existentes, bem como formarão cadastro de reserva, cuja convocação estará condicionada à vacância futura por desistência ou situações similares, dentro do prazo de validade desta seleção e respeitado o cronograma do curso. A utilização do cadastro de reserva obedecerá, rigorosamente, à ordem de inscrição, que será divulgada no site oficial da ESP/PB, conforme cronograma disposto no **Anexo II**.

1.4 O curso de Especialização em Gestão de Riscos e Segurança do Paciente **não** prevê oferta de bolsas de incentivo financeiro e nem custeios para despesas de transporte, alimentação, hospedagem ou qualquer outra despesa decorrente da participação dos estudantes no curso.

2. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

2.1 A presente Chamada Pública será regida por este edital e executada pela Escola de Saúde Pública - ESP/PB, localizada na Av. Dom Pedro II, nº 1826, Torre - João Pessoa-PB, CEP: 58.040.440.

2.2 O presente certame será acompanhado pelo Núcleo de Pós-graduação da ESP/PB e pela Agência Estadual de Vigilância Sanitária da Paraíba (AGEVISA-PB).

2.3 A Chamada Pública dispõe de **60 vagas** disponíveis ao público-alvo descrito no item 1.1, conforme distribuição de vagas disposta no **Anexo I**.

2.4 Os interessados devem atentar-se ao cronograma (**Anexo II**).

2.5 O Processo Seletivo terá validade de 12 meses, podendo ser prorrogado por igual período, conforme determina o art. 37, III, da Constituição Federal, a contar da data de publicação do resultado final, no Diário Oficial do Estado (DOE).

3. DO CURSO

3.1 O curso de Especialização em Gestão de Riscos e Segurança do Paciente acontecerá na modalidade presencial, com previsão de atividades online no moodle.

3.2 O curso terá carga horária de **360 (trezentos e sessenta) horas** e duração de **12 meses**.

3.3 Os momentos presenciais ocorrerão em polo parceiro da AGEVISA/PB e SES/PB, a Faculdade Estácio, localizada na Avenida Governador Flávio Ribeiro Coutinho, nº 115, Manaíra, João Pessoa - PB, CEP: 58037-000. Em caso de mudança, os estudantes serão comunicados via e-mail disponibilizados no ato da inscrição.

3.4 Será considerado concluinte do curso o estudante que obtiver a frequência mínima de 75% das aulas, obtendo o conceito APTO ao final do curso.

3.5 O diploma do curso de Especialização em Gestão de Riscos e Segurança do Paciente será expedido pela ESP/PB e disponibilizado ao estudante que obtiver êxito nos critérios de avaliação abordados no item 3.4 deste chamamento público.

4. DOS PRÉ-REQUISITOS PARA PARTICIPAR DO CURSO

4.1 O inscrito no curso de Especialização em Gestão de Riscos e Segurança do Paciente deverá:

- a) Ser trabalhador do Sistema Único de Saúde, com vínculo empregatício com a esfera estadual de saúde;
- b) Ter ensino superior completo na área da saúde ou áreas afins;
- c) Estar em atividade na vigilância em saúde, vigilância sanitária e gestão da clínica, com foco na gestão de riscos e/ou que atua diretamente no Núcleo de Segurança do Paciente de serviço de saúde com UTI da Rede Estadual da Paraíba, devidamente comprovado via declaração emitida pelo coordenador do núcleo ao qual pertence;
- d) Ter conhecimentos mínimos de informática e acesso à internet.

5. DAS INSCRIÇÕES

5.1 As inscrições acontecerão *on-line* através do formulário <https://forms.gle/yQtZ9j9PTeMogjdD9>, conforme o cronograma (**Anexo II**).

5.2 Não serão admitidas inscrições fora do prazo estabelecido.

5.3 A veracidade das informações prestadas no formulário de inscrição é de inteira responsabilidade do(a) candidato(a).

5.4 A inscrição do candidato só será efetivada com o preenchimento correto de todos os itens obrigatórios.

5.5 No ato da inscrição, o candidato deverá anexar os seguintes documentos em **ARQUIVO ÚNICO - PDF** no formulário *on-line*:

- a) Documento pessoal: RG, CPF ou CNH;
- b) Diploma de graduação;
- c) Diploma de maior titulação (especialização, mestrado ou doutorado), se tiver;
- d) Declaração emitida pelo chefe imediato e/ou coordenador do Núcleo de Segurança do Paciente de serviço de saúde com UTI da Rede Estadual da Paraíba, especificando a concordância de o profissional participar do curso, conforme modelo disponível (**Anexo III**). A declaração deve ser emitida em papel timbrado do Serviço de Saúde.

6. DAS ETAPAS E DOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO PARA SELEÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS CANDIDATOS INSCRITOS

6.1 O Processo de Seleção dos estudantes para o curso de Especialização em Gestão de Riscos e Segurança do Paciente - Estudantes será realizado em **02 (duas) etapas**.

6.1.1. A primeira etapa, de caráter eliminatório, decorrerá da conferência da documentação, devidamente comprovada, exigida no ato da inscrição.

6.1.2. A segunda etapa, de caráter eliminatório e classificatório, será a validação da disponibilidade do número de vagas por serviço de saúde e a ordem de inscrição.

6.2 Caberá recurso administrativo ao resultado preliminar do Processo Seletivo Simplificado, no prazo de 02 (dois) úteis, contados a partir da sua divulgação, conforme constante no cronograma (**Anexo II**).

6.3 O recurso deverá ser interposto por meio de preenchimento do formulário eletrônico disponibilizado no site da ESP-PB (<https://www.esp.pb.gov.br>).

7. DOS CRITÉRIOS DE DESEMPATE

7.1 Em caso de empate, serão classificados:

a) O candidato com mais idade, conforme artigo 27, parágrafo único, do Estatuto do Idoso (Lei Federal nº 10.741/2003).

8. DA MATRÍCULA

8.1 Após a publicação do resultado final, o candidato **aprovado e convocado** deverá enviar, para os endereços eletrônicos **ngt.esp@gmail.com** e **npg.esppb@gmail.com**, cópias de todos os documentos legíveis abaixo listados, EM PDF, ARQUIVO ÚNICO E NOMEADO COM O NOME COMPLETO DO CANDIDATO:

- a) Ficha de matrícula (**Anexo IV**);
- b) RG (frente e verso);
- c) CPF (o RG pode substituir o CPF quando este constar no documento);
- d) Diploma de Graduação (frente e verso), devidamente reconhecido pelo MEC;
- e) Certidão de quitação eleitoral, disponível no site do Tribunal Regional Eleitoral;

- f) Carteira de reservista (para candidatos do sexo masculino);
- g) PIS/PASEP/NIT;
- h) Comprovante de conta corrente Bradesco com todos os dados completos (**somente conta corrente**);
- i) Comprovante de residência atualizado NO NOME DO CANDIDATO;

8.2 O candidato aprovado e convocado que não entregar a documentação completa no período de matrícula será desclassificado, sendo a vaga destinada ao candidato subsequente.

9. DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

9.1 A inscrição do candidato implicará a aceitação das normas da chamada pública, contidas neste Edital.

9.2 É de inteira responsabilidade do candidato, acompanhar a publicação de todos os comunicados referentes a esta chamada pública no portal do Governo do Estado (<http://www.saude.pb.gov.br/>), no Diário Oficial do Estado da Paraíba e/ou Site da ESP/PB (<https://esp.pb.gov.br/>).

9.3 A ESP/PB não se responsabilizará por informações que não estejam vinculadas aos meios de comunicação oficiais (supracitados) desta chamada pública e/ou eventualmente sejam prestadas por telefone, ou qualquer outro meio de comunicação.

9.4 Os casos omissos serão resolvidos pela comissão organizadora.

9.5 Quaisquer alterações nas regras fixadas neste Edital somente poderão ser feitas por meio de outro edital, ou, excepcionalmente, por meio de Errata ao presente edital.

9.6 A falta de comprovação de qualquer um dos requisitos para a seleção ou a prática de falsidade ideológica em prova documental, acarretarão cancelamento da classificação do candidato, sua **eliminação** na respectiva Chamada Pública e **anulação** de todos os atos com respeito a ele praticados pela ESP/PB, ainda que já tenha sido publicado o Edital de Homologação do Resultado Final, sem prejuízo das sanções legais cabíveis.

9.7 Não serão fornecidos atestados, declarações, certificados ou certidões relativas à habilitação ou classificação, valendo, para tal fim, a publicação do resultado final e homologação em divulgação no Diário Oficial do Estado da Paraíba.

9.8 A qualquer tempo esta Chamada Pública poderá ser revogada ou anulada, no todo ou em parte, por motivo de interesse público, sem que isso implique direito à indenização de qualquer natureza.

9.9 Dúvidas e questionamentos sobre este Edital poderão ser dirimidos por meio do e- mail: segurancapacienteagevisapb@gmail.com e do telefone 3211-9838, das 09h até às 16h, em dias úteis, de segunda-feira a sexta-feira.

9.10 O extrato deste edital e a relação final dos aprovados neste Processo Seletivo Simplificado serão publicadas no DOE-PB, bem como no endereço eletrônico da Escola de Saúde Pública: <https://esp.pb.gov.br/editais>. Outras publicações como erratas, avisos, resultados preliminares e finais das fases do processo seletivo serão publicadas apenas no site oficial da ESP/PB.

João Pessoa, 06 de agosto de 2025.

Arimatheus Silva Reis

Secretário de Estado da Saúde da Paraíba

ANEXO I

DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS POR MUNICÍPIOS E HOSPITAIS QUE POSSUEM UTI



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

ANEXO I

DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS POR MUNICÍPIOS E HOSPITAIS QUE POSSUEM UTI

REGIÃO	MUNICÍPIO SEDE DE AULA	MUNICÍPI O	UNIDADE HOSPITALAR	VÍNCULO	NÚMERO DE VAGAS	TOTAL DE VAGAS
Região de Saúde	Município- Sede	Município	Hospitais	Público/ Privado	Profissionais dos Núcleos de Segurança do Paciente dos Serviços de Saúde com UTI	Total por Municípi o
1ª Região	João Pessoa	João Pessoa	SES-PB	ESTADUAL	04	24
			HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA (IWGP)	FILANTRÓPIC O	01	
			FUNDAÇÃO NAPOLEÃO LAUREANO	FILANTRÓPIC O	01	
			COMPLEXO DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS CLEMENENTINO FRAGA (CHCF)	ESTADUAL	03	
			HOSPITAL INFANTIL ARLINDA MARQUES	ESTADUAL	03	
			HOSPITAL DA MULHER / MATERNIDADE FREI DAMIÃO	ESTADUAL	05	
			HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA	ESTADUAL	04	
			HOSPITAL EDSON RAMALHO	ESTADUAL	03	
		Santa Rita	HOSPITAL METROPOLITANO DOM JOSÉ MARIA PIRES	ESTADUAL	05	06
			HOSPITAL E MATERNIDADE FLÁBIO RIBEIRO COUTINHO	FILANTRÓPIC O	01	
2ª Região	João Pessoa	Campina Grande	HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	ESTADUAL	04	9
			FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA (FAP)	FILANTRÓPIC O	01	
			HOSPITAL DAS CLÍNICAS	ESTADUAL	04	
		Guarabira	HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA	ESTADUAL	02	02
5ª Região	João Pessoa	Monteiro	HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL SANTA FILOMENA	ESTADUAL	02	02
6ª Região	João Pessoa	Patos	HOSPITAL INFANTIL NOALDO LEITE	ESTADUAL	02	08
			HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO	ESTADUAL	04	
			MATERNIDADE PEREGRINO FILHO	ESTADUAL	02	
7ª Região	João Pessoa	Piancó	HOSPITAL WENCESLAU LOPES	ESTADUAL	01	01



Assinado com senha por [SES22524] [SENHA] RENATA VALÉRIA NOBREGA em 11/07/2025 - 11:58hs.
Documento Nº: 8174533.67176695-3403 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=8174533.67176695-3403>



AGVOF1202 500361A

8ª Região	João Pessoa	Catolé do Rocha	HOSPITA DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS	ESTADUAL	01	01
9ª Região	João Pessoa	Cajazeiras	HOSPITAL REGIONAL DEP. JOSÉ DE SOUSA MACIEL	ESTADUAL	02	02
10ª Região	João Pessoa	Sousa	HOSPITAL DISTRITAL DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES	ESTADUAL	01	02
13ª Região	João Pessoa	Pombal	HOSPITAL DISTRITAL SENADOR RUY CARNEIRO	ESTADUAL	01	01
14ª Região	João Pessoa	Mamanguape	HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE	ESTADUAL	02	02
TOTAL						60

ARIMATHEUS SILVA REIS
SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE


ARIMATHEUS SILVA REIS
Secretário de Estado da Saúde
MAT.: 191.865-4



Assinado com senha por [SES22524] [SENHA] RENATA VALÉRIA NOBREGA em 11/07/2025 - 11:58hs.
Documento Nº: 8174533.67176695-3403 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=8174533.67176695-3403>



AGVOF202500361A

ANEXO II
CRONOGRAMA

CHAMADA PÚBLICA PARA CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE - ESTUDANTES	
INSCRIÇÃO	07/08/2025 a 11/08/2025
RESULTADO PRELIMINAR	12/08/2025
RECURSO CONTRA O RESULTADO PREMILINAR	13 e 14/08/2025
RESPOSTA AO RECURSO E RESULTADO FINAL	15/08/2025
MATRÍCULA	16 a 19/08/2025
INÍCIO DAS AULAS	21/08/2025 <i>(Previsão)</i>

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE LIBERAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA

(NOME DA INSTITUIÇÃO EM PAPEL TIMBRADO)

Eu, (nome do chefe imediato) _____, no exercício do cargo de (nome do cargo) _____, libero o (a) candidato (a) (nome) _____ matrícula nº _____, que desempenha a função/atividade de (cargo do (a) candidato (a)) _____, nesta instituição, para participar como *Especializando (a)* no **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE**. Informo estar ciente de que se trata de um curso de caráter formativo presencial, que acontecerá durante 12 meses, uma vez por mês (quinta-feira e sexta-feira) na cidade de João Pessoa. Expresso estar de acordo em liberar o profissional para participar da referida formação.

Local e data

Assinatura

(Carimbo contendo matrícula e cargo do chefe imediato)

ANEXO IV
FORMULÁRIO DE MATRÍCULA

FORMULÁRIO DE MATRÍCULA			
Nome do Curso:			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE			
Nome:			
Data de Nascimento: / /		Sexo: () Masc. () Fem.	Est. Civil:
Nacionalidade:			Naturalidade:
Endereço Residencial:			Nº
Bairro:		Cidade:	UF:
CEP:	Telefone:		Celular:
E-mail:			
Filiação:	Pai:		
	Mãe:		
IDENTIFICAÇÃO CIVIL			
RG:		Órgão Expedidor:	UF:
Título de Eleitor nº:		Zona:	Seção: UF:
CPF:			
DADOS PROFISSIONAIS			
Instituição de Trabalho:			
Endereço:			Nº
Bairro:		Cidade:	UF:
Data de Admissão: / /		Cargo:	Função:
Horário de Trabalho:			
DADOS DE ESCOLARIDADE			
Ens. Superior Completo ()		Ens. Superior Incompleto ()	
Área de formação:		Ano de conclusão:	

Local e Data

Assinatura do Estudante

Ass. do Resp. pela Matrícula Coord. do NDA