



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

RESOLUÇÃO CIB-PB Nº 80, DE 18 DE MAIO DE 2023.

Aprova o Componente Saúde do Plano Estadual da Primeira Infância da Paraíba.

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, e considerando:

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, 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;

A Portaria de nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

A Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde;

A Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;

A Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;

A Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, marco legal da Primeira Infância, que dispõe sobre as políticas públicas para a Primeira Infância;

A Lei Estadual nº 12.141 de 24 de novembro de 2021, que instituiu o Plano Estadual da Primeira Infância da Paraíba; e,

A decisão da plenária da CIB-PB, na 4ª Reunião Ordinária da CIB, no dia 18 de maio de 2023, realizada por videoconferência.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Componente Saúde do Plano Estadual da Primeira Infância da Paraíba, conforme anexo.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

JHONY WESLLYS BEZERRA COSTA
Presidente da CIB/PB

KATIANE PIRES QUEIROGA
Vice - Presidente do COSEMS/PB



ANEXO DA RESOLUÇÃO CIB Nº 80, DE 18 DE MAIO DE 2023.



**PLANO ESTADUAL PRIMEIRA INFÂNCIA DA PARAÍBA:
COMPONENTE SAÚDE**



JOÃO PESSOA

2023

João Azevedo Lins
Governador da Paraíba

Lucas Ribeiro Novais de Araújo
Vice Governador da Paraíba

Jhony Wesllys Bezerra Costa
Secretário de Estado da Saúde

Renata Valéria Nóbrega
Secretária Executiva de Saúde

Ari Reis
Secretário executivo de Gestão de Rede de Unidades de Saúde

Soraya Galdino
Presidente do COSEMS PB - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba

EQUIPE TÉCNICA:

Maria Izabel Ferreira Sarmento – Gerente Executiva de Atenção à Saúde

Talita Tavares – Gerente Executiva de Vigilância em Saúde

Kamilla Helen Rodrigues Capistrano – Gerente Operacional de Atenção às Condições Crônicas

Fátima Moraes – Gerente Operacional de Atenção Materno Infantil

Thaíse Ribeiro – Diretora da Rede Estadual de Bancos de Leite Humano

Kleyber Araújo – Gerente Executivo de Tecnologia da Informação

Marcela Tássia – Diretora da Maternidade Frei Damião

Juliana Soares – Rede Cuidar

Debóra Gomes – Gerência de Aprimoramento das Redes de Atenção à Saúde (Projeto AMAR)

Ilára Nóbrega – Gerência de Aprimoramento das Redes de Atenção à Saúde (Projeto AMAR)

Hélio Soares – Gerente Operacional de Atenção às Condições Crônicas

Iaciara Mendes de Alcantara - Gerente Operacional de Atenção Psicossocial

Adélia de Moura Gomes – Chefe de Núcleo de Promoção à Saúde

Talitha Emanuelle B. G de Lira Santos - Gerente Operacional de Vigilância Epidemiológica

Tatiane Ferreira de Jesus – Chefe de Núcleo das Linhas de Cuidados Prioritárias

Marcílio – Coordenador Estadual de Saúde Bucal

Roseane Marques de Queiroga – Gerente Operacional de Atenção Básica

Secretaria de Estado da Saúde

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9000



APRESENTAÇÃO

O Plano Estadual da Primeira Infância da Paraíba - Componente Saúde é um documento, elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde, que estabelece diretrizes, metas e estratégias para garantir que as crianças paraibanas, na faixa etária de zero a seis anos, tenham acesso a serviços de saúde de qualidade desde a gestação até a infância e compõe o Programa Estadual Primeira Infância (PEPI-PB), instituído através da Lei Estadual nº 12.141 de 24 de novembro de 2021. O objetivo central do plano é promover o desenvolvimento integral das crianças paraibanas, garantindo-lhes uma vida saudável e feliz.

O Plano foi elaborado com base na Política Nacional da Primeira Infância, instituída pela Lei nº 13.257/2016, que reconhece a importância dos primeiros anos de vida para o desenvolvimento humano e estabelece diretrizes para a formulação de políticas públicas voltadas para essa faixa etária.

Para garantir a saúde das crianças paraibanas, o plano prevê uma série de ações, como a qualificação da assistência pré-natal, do parto e do puerpério, o incentivo ao aleitamento materno, a prevenção de doenças por meio de imunizações, o estímulo à alimentação saudável, a promoção do desenvolvimento infantil, a detecção precoce de deficiências e a promoção do acesso a serviços especializados quando necessário.

Além disso, o Plano Estadual da Primeira Infância da Paraíba, no componente saúde, tem como objetivo a melhoria do acesso aos serviços de saúde, com foco na regionalização da saúde, por meio da organização da estrutura e do atendimento.

O plano também prevê a capacitação dos profissionais de saúde que atuam na atenção à saúde da criança, bem como a articulação entre os diferentes serviços de saúde para garantir a continuidade do cuidado e a integralidade da assistência.

Dessa forma, o Plano Estadual da Primeira Infância da Paraíba, no componente saúde, busca assegurar que as crianças tenham acesso a serviços de qualidade desde a gestação até os seis anos de idade, promovendo seu desenvolvimento físico, cognitivo e emocional, além de garantir o respeito e a proteção de seus direitos fundamentais.

1 INTRODUÇÃO

A primeira infância é um período crítico e determinante para o desenvolvimento humano, compreendido entre o nascimento e os seis anos de idade, conforme preconiza o Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016). É nessa fase que se estabelecem as bases para o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da criança, e que se formam as conexões neurais que vão influenciar a saúde, o bem-estar e o sucesso na vida adulta. A Lei Estadual nº 12.141 de 24 de novembro de 2021, que instituiu o Plano Estadual da Primeira Infância da Paraíba, reforça o compromisso do Estado em garantir o pleno desenvolvimento das crianças paraibanas nessa fase da vida.

É por isso que investir na saúde e no bem-estar das crianças na primeira infância é tão importante. O acesso a serviços de saúde de qualidade, desde a gestação até os seis anos de idade, é essencial para garantir que as crianças tenham um desenvolvimento saudável e equilibrado, e para prevenir problemas de saúde no futuro.

Para elaboração deste plano, foi essencial realizar um diagnóstico detalhado sobre as condições de saúde, seus determinantes e condicionantes na primeira infância. Para tanto, foi feito um levantamento minucioso de dados acerca dos programas, projetos e ações desenvolvidos nessa área. Somente com essa análise foi possível identificar as principais necessidades e desafios para promover a saúde integral das crianças paraibanas na primeira infância e estabelecer estratégias efetivas para enfrentá-los.

É fundamental ressaltar que a primeira infância sempre foi uma prioridade no Governo do Estado, através de ações que visam a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento da rede estadual de bancos de leite humano, o fortalecimento das ações de imunização, entre outros.

Nesse sentido, o Plano Estadual da Primeira Infância da Paraíba, no componente saúde, tem como objetivo principal promover a saúde integral das crianças paraibanas, garantindo-lhes o acesso a serviços de qualidade desde a gestação até a infância. O plano se baseia em diretrizes nacionais e estaduais, e estabelece metas e estratégias para garantir a implementação de ações voltadas para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde das crianças na primeira infância.

2 DESAFIOS: A realidade da primeira infância na Paraíba

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população da Paraíba estimada em 2021 é de cerca de 4.039.277 pessoas. Em relação à população de crianças de 0 a 6 anos, segundo dados do Censo Demográfico de 2010, havia um total de 357.157 crianças nessa faixa etária no estado da Paraíba. No entanto, é importante ressaltar que esses dados podem ter sofrido alterações ao longo dos anos, e é necessário um levantamento mais atualizado para obter informações mais precisas. Essas crianças estão distribuídas nos 223 municípios paraibanos, sendo que as cidades com maior número de crianças nessa faixa etária são João Pessoa, Campina Grande, Santa Rita, Bayeux e Patos.

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), em 2022 a Paraíba apresenta uma cobertura de 95,95% de Atenção Básica, conforme apresenta o quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição da cobertura de atenção básica por região de saúde - Paraíba, 2023.

REGIÃO DE SAÚDE	Nº DE HABITANTES	COBERTURA AB
1ª	1.336.175	86.23%
2ª	307.517	98.38%
3ª	198.338	99.25%
4ª	114.101	95.98%
5ª	114,323	100%
6ª	239.548	98.55%
7ª	148.467	98.8%
8ª	119.599	98.37%
9ª	178.797	98.92%
10ª	118.110	100%
11ª	85.509	94.29%
12ª	176.715	100%
13ª	60.792	98.77%
14ª	154.096	100%
15ª	151.796	99.31%
16ª	556.022	81.47%
TOTAL	3.945.696	

Fonte: e-Gestor AB / Relatórios Públicos: histórico de cobertura - APS.

Quadro 2 - Distribuição da cobertura de Saúde Bucal por região de saúde - Paraíba, 2023.



REGIÃO DE SAÚDE	Nº DE HABITANTES	COBERTURA SB
1 ^a	1.336.175	85,39%
2 ^a	307.517	95.11%
3 ^a	198.338	96,30%
4 ^a	114.101	92,71%
5 ^a	114,323	99,99%
6 ^a	239.548	95.28%
7 ^a	148.467	97.73%
8 ^a	119.599	96.73%
9 ^a	178.797	95.65%
10 ^a	118.110	100,00%
11 ^a	85.509	91.02%
12 ^a	176.715	100,00%
13 ^a	60.792	97.00%
14 ^a	154.096	100,00%
15 ^a	151.796	96.04%
16 ^a	556.022	75.70%
TOTAL	3.945.696	89%

Fonte: e-Gestor AB / Relatórios Públicos: histórico de cobertura - APS.

Em 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído como estratégia para promover a integração e a articulação permanente entre as políticas públicas de educação e saúde, com participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de Saúde da Família e da Educação Básica. Trata-se de uma iniciativa intersetorial, cujo objetivo é contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos à saúde e de atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino e a qualidade de vida desses educandos.

Sendo a escola um espaço de relações, compreende-se portanto, que o ambiente escolar é fundamental para o desenvolvimento do pensamento crítico e político à medida em que contribui na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo, interferindo diretamente na produção social da saúde. Por essa razão, a escola configura-se como um espaço privilegiado na propagação de um programa de educação para a saúde entre crianças e adolescentes.

Atualmente, todos os 223 municípios paraibanos aderiram ao PSE, e no decorrer de 2022, o programa atingiu a marca de 6.278 ações realizadas no âmbito estadual,

constituindo fatores relevantes para o desenvolvimento da cidadania e conformação de redes de corresponsabilidade (SISAB, 2023).

Mortalidade infantil na Paraíba

Apesar de persistir como um importante problema de saúde pública na Paraíba, é importante destacar que a mortalidade infantil vem apresentando uma redução significativa nas últimas décadas. Observa-se que a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) vem apresentando uma tendência de queda desde o ano 2000, quando foram registradas 32,0 mortes de crianças com menos de 1 ano a cada 1.000 nascidos vivos. Isso não foi observado em 2022, quando a Paraíba apresentou uma taxa de 14,6 óbitos por cada 1.000 nascidos vivos, representando um aumento de 16,3% em relação ao ano anterior. Esse aumento na TMI foi observado em todas as macrorregiões, com exceção da 2ª Macrorregião.

Gráfico 01. Taxa de Mortalidade Infantil. Paraíba e Macrorregiões, 2000 a 2022*.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM e Sistema de Informação sobre Nascidos vivos - SINASC.

(*) Dados Preliminares, sujeitos a alterações

O aumento da TMI em 2022 pode ser observado na maioria das Regiões de Saúde do estado, com exceção da 3ª, 6ª e 7ª. Em 2017. A variação foi analisada em relação aos anos de 2022/202.

Tabela 01. Taxa de Mortalidade Infantil. Paraíba e Regiões de Saúde, 2018 a 2022*

Região de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022	% Variação
1ª Região	11,4	12,6	11,9	12,8	15,0	16,9
2ª Região	10,7	12,0	11,2	13,0	16,6	28,0
3ª Região	10,2	14,0	12,8	16,1	13,8	-14,3
4ª Região	14,3	15,6	16,4	9,6	17,0	76,5
5ª Região	19,3	10,7	17,4	9,6	12,2	27,2
6ª Região	9,2	13,5	10,7	15,8	9,1	-42,4
7ª Região	14,7	11,8	10,3	15,2	9,7	-35,7
8ª Região	19,5	10,6	9,7	11,4	13,9	21,6
9ª Região	11,8	16,4	12,0	12,4	19,3	55,5
10ª Região	6,9	18,7	9,9	12,5	19,3	54,0
11ª Região	12,1	16,2	12,8	13,8	16,2	17,5
12ª Região	7,6	10,3	14,6	9,7	18,4	88,6
13ª Região	7,3	10,9	8,2	10,4	15,9	52,6
14ª Região	10,3	10,1	14,3	9,6	12,0	24,8
15ª Região	16,5	10,6	16,4	9,3	12,2	30,4
16ª Região	11,7	15,3	14,5	13,1	14,4	9,8
PB	11,7	13,0	12,7	12,6	14,6	16,1

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade -SIM e Sistema de Informação sobre Nascidos vivos - SINASC

(*) Dados Preliminares, sujeitos a alterações

Quanto aos componentes etários da mortalidade infantil, em 2022, observa-se que 50% dos óbitos infantis ocorreram no período Neonatal Precoce (0 a 6 dias), seguido de 32% no Pós- Neonatal (28 a 364 dias) e 18% no Neonatal Tardio (7 a 27 dias). Ressalte-se que 31% de todo óbito de crianças menores de 1 ano de idade ocorre nas primeiras 24 horas de vida (Gráfico 2).

Gráfico 02. Mortalidade Infantil por idade do óbito. Paraíba, 2022.

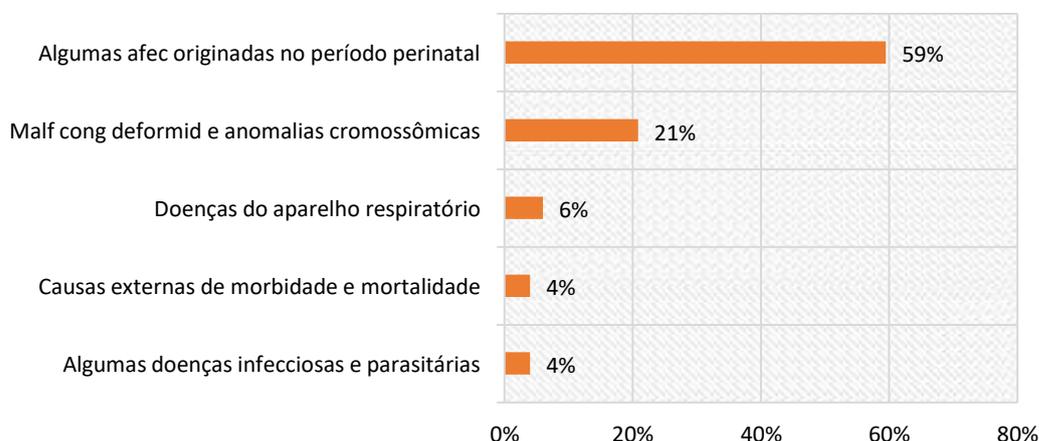


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

(*) Dados Preliminares, sujeitos a alterações

A mortalidade na infância, que é definida como o óbito de crianças menores de cinco anos, é um importante indicador para avaliar a saúde da população. A inclusão desse indicador entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para o ano de 2030 destaca a sua relevância. A análise das principais causas de morte na infância tem especial relevância para a definição de ações preventivas mais efetivas. Os cinco primeiros grupos de causas de óbito em menores de 1 ano são as complicações relacionadas à gestação, parto e período perinatal, as malformações congênitas, as doenças respiratórias, as causas externas e as doenças infecciosas.

Gráfico 3. Mortalidade proporcional por grupos de causas definidas do CID-10 para crianças com menos de 1 ano de idade. Paraíba, 2022*



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

(*) Dados Preliminares, sujeitos a alterações

Entre as principais causas de óbitos infantis relacionadas ao período perinatal (CID10 P00-P96) temos as complicações relacionadas à gestação, parto e período perinatal (30%), os transtornos respiratórios (24%) e as septicemias (17%).

Gráfico 4. Proporção de mortalidade por grupo de causas do CID-10 relacionados ao período perinatal com menos de 1 ano de idade. Paraíba, 2022*

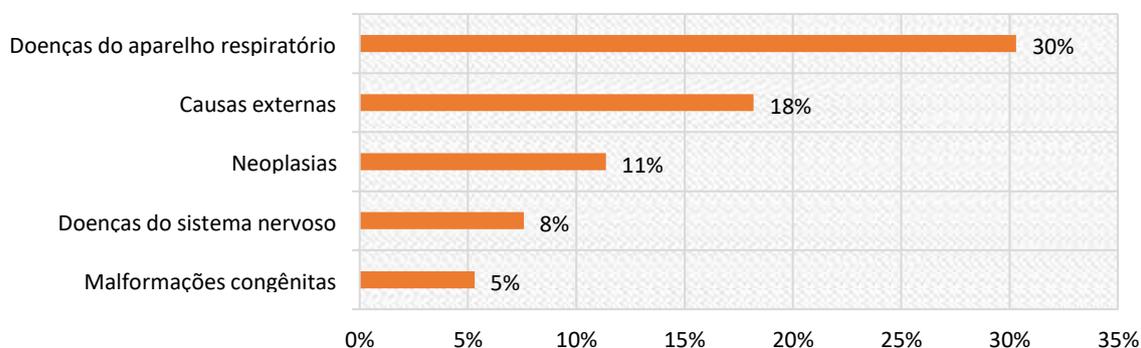


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade –SIM

(*) Dados Preliminares, sujeitos a alterações

Esse perfil muda radicalmente quando é considerada a faixa etária acima de 1 ano. Os gráficos 6 e 7 mostram as cinco principais causas de óbito nas crianças de 1 a 4 anos e de 5 a 9 anos, respectivamente. As doenças do aparelho respiratório (30%) são o principal grupo de causas entre as crianças de 1 a 4 anos, seguido pelas causas externas (18%), as neoplasias (11%), as doenças neurológicas (8%) e as malformações congênicas (5%). Entre as crianças de 5 a 9 anos, as causas externas (24%) compõem a principal causa morte, as doenças do aparelho respiratório (15%), as doenças neurológicas (15%), as neoplasias (13%) e as doenças infecciosas (11%) aparecem na sequência.

Gráfico 6. Mortalidade proporcional por grupos de causas definidas do CID-10 para crianças de 5 a 9 anos de idade. Paraíba, 2022*



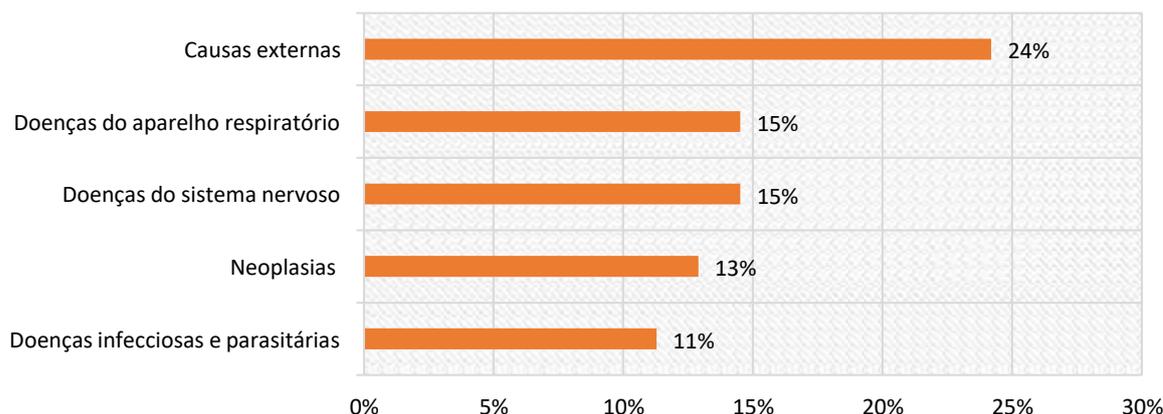
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade -SIM

(*) Dados Preliminares, sujeitos a alterações

Gráfico 7. Mortalidade proporcional por grupos de causas definidas do CID-10 para crianças de 10 a 14 anos de idade. Paraíba, 2022*

Secretaria de Estado da Saúde

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9000



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade -SIM

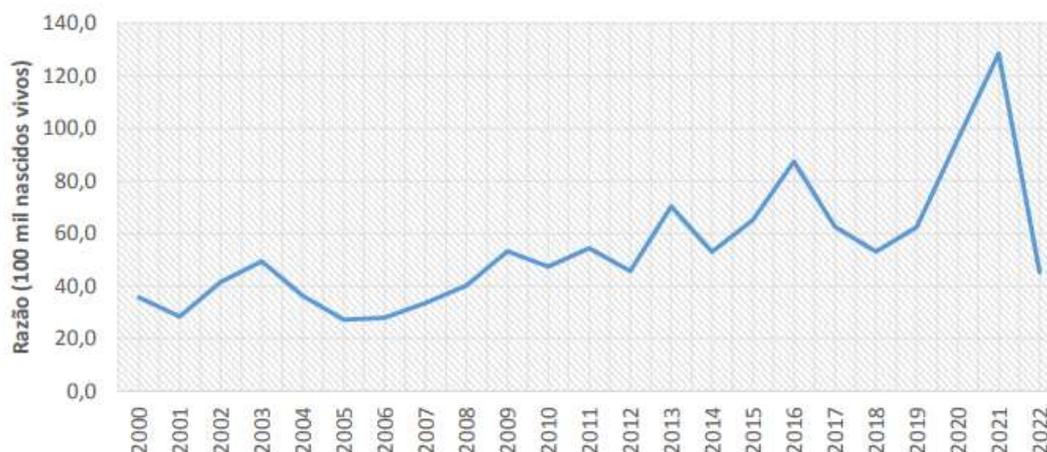
(*) Dados Preliminares, sujeitos a alterações

Mortalidade Materna

Ressalta-se que, a seguir, na análise da mortalidade materna e infantil foram incluídos os dados referentes ao ano de 2022. Apesar de tratar-se de dados preliminares, o número de óbitos infantis, registrados em 2022, ultrapassou o cômputo do ano anterior, enquanto que a redução dos maternos, em 2022, foi muito significativa.

A mortalidade materna é uma preocupação global de saúde pública e tem sido um indicador importante da qualidade dos cuidados de saúde para mulheres em todo o mundo. Na Paraíba, a taxa de mortalidade materna tem sido um problema de saúde significativo ao longo dos anos. As menores Razões de Mortalidade Materna (RMM) observadas no início do período analisado, entre os anos 2000 e 2010, podem ser atribuídas a dois fatores: à qualidade das informações das causas dos óbitos e ao sub-registro das declarações de óbito, que dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna. O aumento dos óbitos maternos, nos anos de 2020 e 2021, está relacionado ao excesso de mortes maternas causadas direta e indiretamente pela Covid-19. Em 2020, 23% (10/44) dos óbitos maternos foram por Covid-19 e 44% (32/72), em 2021. Em 2022, a RMM apresentou uma drástica redução em relação ao ano anterior, passando de 128,5 para 45,3 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representa uma queda em 65%. Vale ressaltar que nesse ano não foi registrado nenhum óbito materno por Covid-19. Essa redução na razão de mortalidade materna pode ser atribuída a várias políticas e programas implementados pelo governo paraibano.

Gráfico 7. Razão da mortalidade materna (por 100 mil nascidos vivos). Paraíba, 2000 a 2022*



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM e Sistema de Informação sobre Nascidos vivos - SINASC.

(*) Dados Preliminares, sujeitos a alterações.

A redução da mortalidade materna foi observada em todas as Macrorregionais de Saúde, no ano de 2022 em relação ao ano de 2021. As maiores reduções ocorreram nas 1ª e 2ª Macrorregiões de Saúde, com -71% e -72%, respectivamente. Esses índices de redução foram superiores ao apresentado pelo estado, que foi de - 65%. Quanto as Regiões de Saúde, a 5ª, 11ª e 13ª não registraram óbitos maternos em 2022 e a 7ª Região de Saúde foi a que apresentou maior RMM.

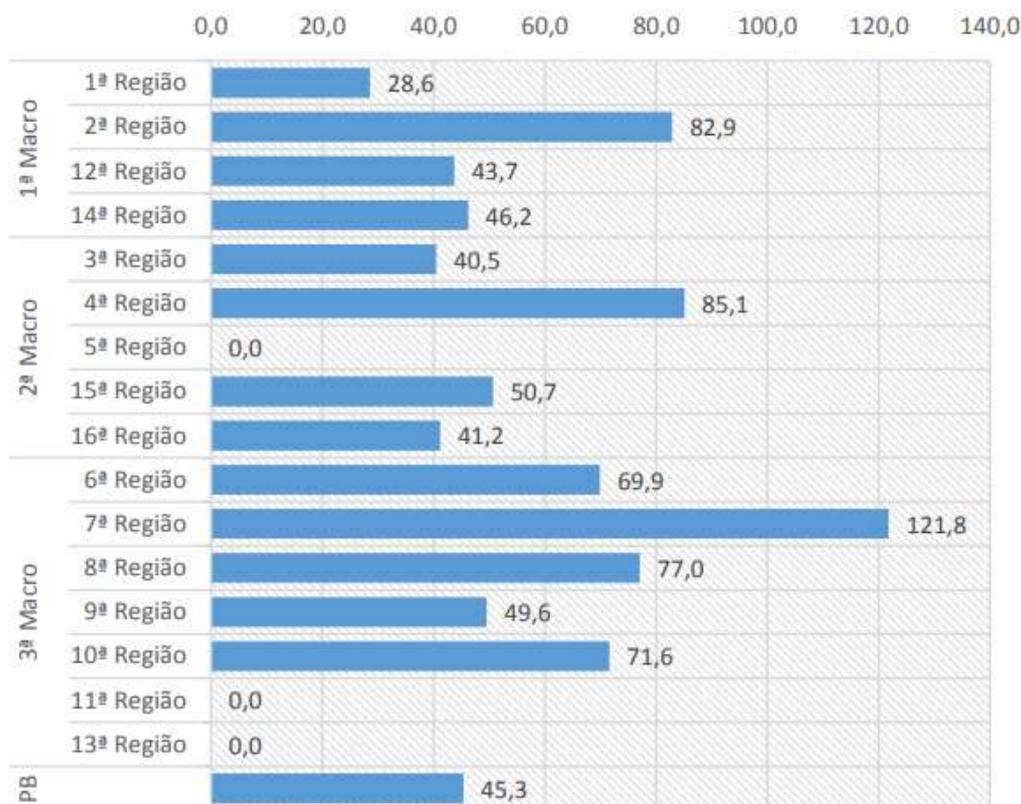
Tabela 2. Razão da mortalidade materna (por 100 mil nascidos vivos). Paraíba e Macrorregiões de Saúde, 2018 a 2022*

Macrorregião de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022	%Variação
I - João Pessoa	39,5	75,1	109,4	133,9	39,1	-71%
II - Campina Grande	94,5	49,1	94,1	146,8	41,7	-72%
III -Sertão /Alto Sertão	31,0	49,5	66,1	91,6	65,0	-29%
Paraíba	53,1	62,4	95,8	128,5	45,3	-65%

Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM e Sistema de Informação sobre Nascidos vivos - SINASC.

(*) Dados Preliminares, sujeitos a alterações

Gráfico 08. Razão da mortalidade materna (por 100 mil nascidos vivos). Paraíba e Regiões de Saúde, 2022*



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM e Sistema de Informação sobre Nascidos vivos - SINASC.

(*) Dados Preliminares, sujeitos a alterações

Assistência ao Parto e Nascimento

O conhecimento sobre as características dos nascimentos numa população é de fundamental relevância, pois permite a construção de indicadores epidemiológicos, demográficos e econômicos com base na realidade de cada ente federativo. Esses indicadores de saúde permitem o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas, programas e ações de saúde pública na atenção materno-infantil, além de distinguir os grupos mais vulneráveis em termos de perfil sócio econômicos e demográficos, e de manejo das instalações de saúde públicas e privadas.

A gravidez e o nascimento são eventos biológicos naturais na vida reprodutiva da mulher, embora as práticas do nascimento sejam realizadas de maneiras diferentes por grupos distintos, por razões relacionadas a aspectos culturais e históricos da população.

Essas evidências apontam desigualdades existentes que constituem desafios a serem enfrentados no âmbito do Estado e nas Regiões de Saúde, e mostram a necessidade de aprimoramento e ampliação de políticas que garantam a qualidade no atendimento às mulheres no seu estado gravídico puerperal, como também aos recém nascidos.

Gráfico 09. Número de nascidos vivos e taxa bruta de natalidade. Paraíba, 2011 a 2021*



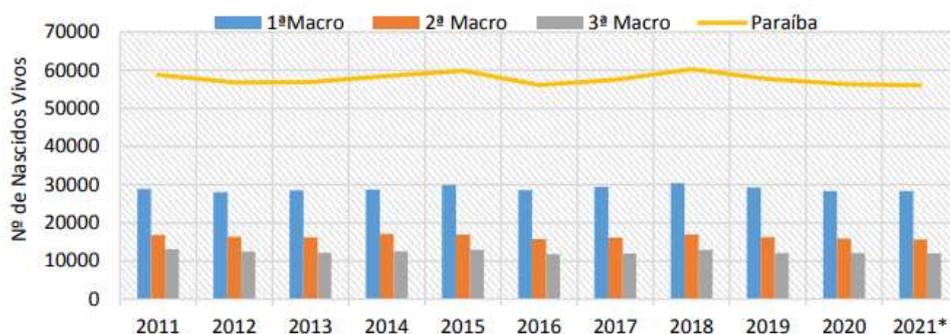
Fonte: Sistema de Informações sobre nascidos vivos-Sinasc /IBGE

(*) Dados Preliminares, sujeitos a alterações

Em todos os estados brasileiros, inclusive a Paraíba, a taxa de natalidade acompanha a tendência mundial, que vem sofrendo reduções nos últimos anos. Há um aumento da população, mas as porcentagens de crescimento estão caindo, principalmente por causa da queda nas taxas de natalidade.

No período, observam-se valores decrescentes na taxa bruta de natalidade, em 2011 de 15,2 e no ano de 2021 de 13,8, com uma variação de decréscimo no período de 9,2%.

Gráfico 10. Número de nascidos vivos por macrorregião de saúde. Paraíba, 2011 a 2021*



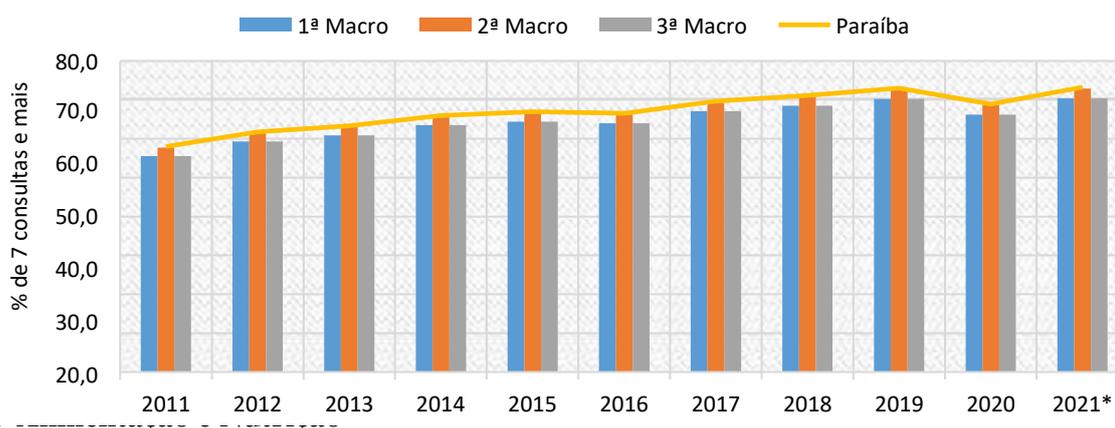
Fonte: Sistema de Informações sobre nascidos vivos-Sinasc

(*) Dados Preliminares, sujeitos a alterações

É com os dados dos nascidos vivos que são monitoradas as características do pré-natal, da gestação e do parto, contribuindo assim para o conhecimento da situação de saúde da mulher e do bebê da população brasileira, além de subsidiar programas e políticas que objetivam a melhoria na qualidade dos serviços de saúde pública prestados a esta população adstrita.

Na série histórica observa-se uma tendência de queda no número de nascidos vivos nas três macrorregiões de saúde, por conseguinte no Estado. O gráfico 10 revela, ainda, que a curva observada acompanha o padrão do restante do país, com redução do número de nascidos e aumento da população pelo aumento da expectativa de vida.

Gráfico 11. Proporção de nascidos vivos por macrorregião de saúde, segundo 7 e mais consultas de pré-natal. Paraíba, 2011 a 2021*



Fonte: Sistema de Informações sobre nascidos vivos-Sinasc /IBGE.(*) Dados Preliminares, sujeitos a alterações

A cobertura de 7 e mais consultas de pré-natal mede o percentual de mulheres com filhos nascidos vivos, a partir de informações prestadas pelas mulheres durante a atenção à gravidez e ao parto. É influenciada por fatores sócios econômicos, pela infraestrutura de prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas.

As consultas de pré-natal prestadas à gestante contribuem na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal, fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto da mãe como do bebê. Associadas a outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil, podem subsidiar a gestão nas ações de saúde voltadas para atenção ao pré-natal, ao parto e a atenção à saúde da criança.

No decorrer do período, o número de 7 e mais consultas de pré-natal apresenta um incremento, como resultado de esforços para alcançar esse parâmetro, observado em

todas as macros regionais de saúde e conseqüentemente no Estado, com uma proporção de 73,2 % acima do percentual do Brasil (60%).

Gráfico 12. Proporção de nascidos vivos por macrorregião de saúde, segundo faixa etária da mãe. Paraíba, 2011 a 2021*



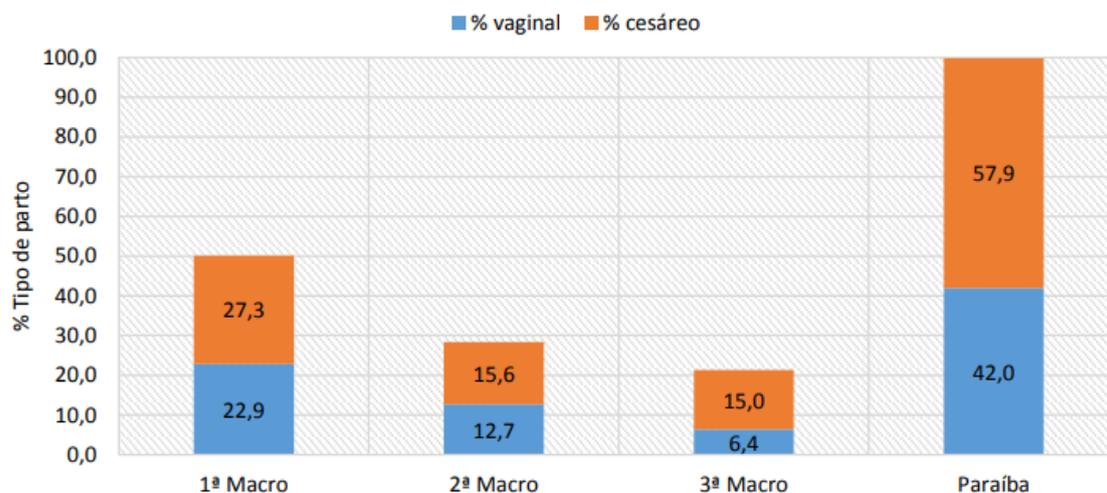
Fonte: Sistema de Informações sobre nascidos vivos-Sinasc /IBGE

(*) Dados Preliminares, sujeitos a alterações

A proporção de nascidos vivos por idade materna gera subsídios sobre a frequência de mães adolescentes e idosas, que pode ser analisada em relação às condições sociais e econômicas da população. Contribui na avaliação dos níveis de saúde infantil e dos fatores socioeconômicos e culturais que intervêm na ocorrência da gravidez como também nas ações voltadas para a promoção de saúde reprodutiva e planejamento familiar.

A proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (< 19 anos) por macro região de saúde apresenta variação distintas, a 1ª Macro com 5,4% a 2ª Macro com 4,1% e a 3ª Macro com 8,9%, sendo o estado com 18,4%. A concentração maior se encontra na faixa etária de mães de 20 a 39 anos, onde observamos a 1ª Macro com 23,0%, a 2ª Macro com 15,8% e a 3ª Macro com 40,3% em distinção ao estado apresenta percentual de 79,0%.

Gráfico 13. Proporção de nascidos vivos por macro região de saúde, segundo tipo de parto. Paraíba, 2011 a 2021*



Fonte: Sistema de Informações sobre nascidos vivos-Sinasc /IBGE

(*) Dados Preliminares, sujeitos a alterações

A proporção por tipo de parto pode significar o modelo de assistência obstétrica adotado, e é impactado pelas condições socioeconômicas e de saúde da gestante e pela disponibilidade de recursos especializados tanto de tecnologias e de serviços, além de subsidiar a gestão nas ações de saúde voltadas ao aumento de partos vaginais em relação ao partos por cesariana consideradas os parâmetros da OMS.

A 1ª Macrorregião apresenta-se com 27,3% de parto por cesárea e 22,9% por parto vaginal, a 2ª Macro com 15,6% de parto cesáreo e 12,7% de parto vaginal, a 3ª Macro com 15,0% de parto cesáreo e 6,4% de parto vaginal. O Estado representou 57,9% de parto cesáreo e 42,0% de parto vaginal. Observa-se que em todas as macrorregiões de saúde e no Estado a proporção de partos cesáreos é elevada em relação ao parto vaginal, mantendo-se em patamares acima dos padrões internacionais.

Triagem Neonatal

O Programa Nacional de Triagem Neonatal - PNTN, criado em 6 de junho de 2001, é considerado um programa de grande importância nacional e de sucesso no Sistema Único de Saúde por contemplar os princípios e diretrizes fundamentais do SUS, uma vez que:

- É um programa de grande abrangência, tendo atingido no ano de 2014 mais de 84% de cobertura dos nascidos vivos brasileiros na rede pública;



- Está implantado em todos os estados brasileiros, sendo coordenado pelas Secretarias de Estado da Saúde e operacionalizado pelas Secretarias Municipais de Saúde;
- Privilegiam os princípios da universalidade, equidade, integralidade, preservação da autonomia e igualdade da atenção à saúde;
- Tem a Atenção Básica como porta de entrada preferencial no sistema de saúde;
- Está inserido nas Redes de Atenção à Saúde - RAS, com destaque para a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) e a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência;

As pessoas com distúrbios e doenças detectadas são acompanhadas por equipes multidisciplinares em serviços especializados, visando a sua saúde integral, redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida.

Todos os objetivos, diretrizes e estratégias do programa exigem responsabilidade das três esferas de gestão, Federal, Estadual e Municipal, além dos técnicos envolvidos, na busca dos melhores indicadores do programa e o atendimento da melhoria das condições de saúde desse grupo de pacientes detectados no PNTN. É uma política transversal que prevê ações compartilhadas tanto na Atenção Básica como na Média e Alta Complexidade.

Triagem Neonatal tem como objetivo identificar distúrbios e doenças no recém-nascido em tempo oportuno para intervenção adequada, garantindo tratamento e acompanhamento contínuo às pessoas com diagnóstico positivo, conforme estabelecido nas linhas de cuidado, com vistas a reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas. Todo recém-nascido tem direito a realizar a triagem neonatal (teste do pezinho) para detectar possíveis doenças. Amparo Legal: A Portaria GM/MS nº 822 06 de junho de 2001.

O Estado da Paraíba está habilitado pelo Ministério da Saúde através da Portaria Nº 727, publicada em 01 de julho de 2013 para realizar a confirmação diagnóstica, o acompanhamento e o tratamento da Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Doenças Falciformes e outras hemoglobinopatias e Fibrose Cística (Fases I, II e III da Triagem neonatal). Em 17 de Junho de 2014 a Portaria 491 do Ministério da Saúde habilita o Estado na Fase IV (deficiência de Biotinidase e Hiperplasia Adrenal Congênita) ficando, portanto o Estado da Paraíba habilitado em todas as Fases da Triagem Neonatal.



Conforme Portaria Nº 822, de 06 de junho de 2001, os municípios devem organizar/estruturar/implantar e cadastrar tantos Postos de Coleta quantos forem necessários para a cobertura/acesso de sua população à realização da coleta de material para a realização dos exames relativos à Triagem Neonatal.

A Gerência de Atenção à Saúde, por meio da Coordenação Estadual da Triagem Neonatal, se disponibiliza a apoiar/orientar os Gestores Municipais de Saúde na implantação e implementação de posto de coleta para triagem neonatal (Teste do Pezinho) em seus municípios, bem como na capacitação de profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem em coleta das amostras do teste do pezinho.

Desde a década de 60, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a importância dos programas populacionais de Triagem Neonatal para a prevenção de deficiência mental e agravos à saúde do recém-nascido e recomenda sua implementação, especialmente nos países em desenvolvimento. A Triagem Neonatal – Teste do Pezinho – foi incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1992 (Portaria GM/MS n.º 22, de 15 de Janeiro de 1992) com uma legislação que determinava a obrigatoriedade do teste em todos os recém-nascidos vivos e incluía a avaliação para Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito. O procedimento foi então incluído na tabela SIA/SUS na seção de Patologia Clínica, podendo todos os laboratórios credenciados ser cobrados para que realizassem o procedimento.

No ano de 2001, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, empenhou-se na reavaliação da Triagem Neonatal no SUS, o que culminou na publicação da portaria ministerial (Portaria GM/MS n.º 822, de 6 de junho de 2001) que criou o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN).

Com base na PNTN o estado da Paraíba apresenta o Programa Estadual de Triagem Neonatal (PETN) com intuito de consolidar os serviços de triagem neonatal.

A triagem neonatal a partir da matriz biológica, “teste do pezinho”, é um conjunto de ações preventivas, responsável por identificar precocemente indivíduos com doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas e endocrinológicas, para que estes possam ser tratados em tempo oportuno, evitando as sequelas e até mesmo a morte. Além disso, propõe o gerenciamento dos casos positivos por meio de monitoramento e acompanhamento da criança dos casos identificados nas seguintes doenças congênitas, de acordo com a respectiva Fase de Implantação do Programa:

1. Fase I – Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito

2. Fase II – Fase I + Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias
3. Fase III – Fase I + Fase II + Fibrose Cística
4. Fase IV – Hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase.

Com a publicação da Lei Estadual n.º 11.566/2019, que amplia as seguintes doenças a serem triadas: (Galactosemias, Leucinoses, Deficiência de G6PD e Toxoplasmose Congênita).

O Programa Estadual de Triagem Neonatal Biológica está inserido na coordenação estadual da saúde da criança e aleitamento materno. A rede estadual é composta por três eixos de atenção que são:

- Eixo Laboratorial – Laboratório Central Estadual (LACEN/PB);
- Eixo Assistencial – Complexo de Pediatria Arlinda Marques e Hemocentro da Paraíba;
- Eixo de formação e capacitação profissional em coleta das amostras – Rede Estadual de Banco de Leite Humano (Coleta das Mostras) e LACEN/PB (Sistema de Informação).

No estado da Paraíba no ano de 2022 obteve-se o total de 50.929 crianças nascidas vivas, destes foram triadas de janeiro a dezembro 35.137 pelo Serviço de Referência em Laboratório – Laboratório Central Estadual (LACEN), os quais foram diagnosticados: 02 pacientes com Fenilcetonúria; 19 pacientes com hipotireoidismo congênito; 00 pacientes com fibrose cística; 17 com hiperplasia adrenal congênita; 01 paciente com deficiência de biotinidase; 05 pacientes com doença falciforme. Cobertura de RN triados na PB em 2022 foi de 69%.

POSTOS DE COLETA (TESTE DO PEZINHO)		
GRS	NUMERO DE MUNICIPIOS	NUMERO DE POSTOS DE COLETAS DISTRIBUÍDOS NOS MUNICIPIOS
1	23/25	33
2	22/25	23
3	40/42	45
4	11/12	23
5	16/16	21
6	21/24	34
7	14/18	22
8	10/10	13
9	15/15	30
10	14/15	39
11	6/7	20
12	14/14	15
TOTAL	206	331

Propõe-se expandir os postos de coletas para que o serviço possa ficar próximo a população local do município e propõe-se ampliar as qualificações dos profissionais de saúde, uma vez que ocorre muita rotatividade dos mesmos nos municípios.

Imunização

Com 223 municípios componentes do Estado da Paraíba, executou-se uma análise dos dados da cobertura vacinal em menores de 1 ano e um ano entre os anos de 2019 a 2022.

A Tabela 03, apresenta comparativo da cobertura vacinal no decorrer dos anos de 2019 a 2022 no Estado da Paraíba.

Tabela 03. Coberturas vacinais por tipo de vacina em menores de 1 ano de idade e um ano e respectivas metas (%). Paraíba, 2019 a 2022*

Vacinas	2019	2020	2021	2022
BCG	93,57	66,9	69,17	93,15
Rotavírus	95,38	76,45	71,04	70,87
Hepatite A	91,44	70,94	61,42	70,4
Menigocócica C	96,69	76,78	70,54	72,32
Penta	81,93	73,63	70,99	72,39
Pneumocócica	99,78	81,35	74,65	76,24
Poliomielite	92,28	73,73	70,15	72,35
FA	0,53	13,1	47,29	51,24
Tríplice Viral - D1	105,36	80,43	70,79	78,37

Fonte: SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS, 2023

Legenda: 0% a <50%  ≥50% a <Meta  ≥Meta 

A Paraíba vem enfrentando baixas coberturas vacinais, sobretudo no que diz respeito as vacinas de rotina. Com muitos esforços, no ano de 2019, houve uma melhora considerável na cobertura vacinal do Estado, chegando a alcançar, a meta de 5 imunizantes. Contudo, a partir de 2020, devido a pandemia, houve um declínio nos valores das coberturas. Por conta desta realidade, em junho de 2022, o Governo do Estado da Paraíba, visando à proteção da população paraibana, lançou o projeto Vacina Mais

Paraíba, cujo objetivo consistia em fortalecer as ações de imunização do Estado, a fim de obter melhores coberturas vacinais.

Diante desse contexto, a primeira iniciativa do projeto foi o lançamento de um edital para contratação de enfermeiros que pudessem atuar juntos aos coordenadores de imunização de cada regional. Sendo assim, foram selecionados 19 apoiadores focais e 2 coordenadores para as macrorregiões. Fortalecido de recurso humano, a etapa subsequente do projeto consistiu em uma análise de todas as salas de vacina do Estado, com construção do diagnóstico situacional e oficinas com coordenadores de imunização e atenção básica para a partir dos problemas identificados na análise, pudessem construir um plano de ação para resolução dos problemas.

Diante das problemáticas identificadas nas análises, observou-se que era necessário, prioritariamente, resolver três situações: fortalecer a busca ativa dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), construir o Procedimento Operacional Padrão (POP) para as salas de vacinas e atualizar enfermeiros e técnicos de enfermagem quanto às boas práticas nas salas de vacina.

Além de todas essas ações desenvolvidas, os colaboradores do projeto também desenvolveram planilhas para monitoramento diário nos períodos de campanha. Essa planilha surgiu, porque em agosto de 2022 o Estado estava iniciando a campanha de poliomielite, mas após 28 dias de campanha dos 223 municípios, apenas 8 havia atingido a meta da campanha. A partir desse momento, mudou-se a estratégia e os colaboradores do projeto junto com equipe de imunização da SES passaram a monitorar diariamente a campanha, estimulando a vacinação nos municípios. Em 30 dias de monitoramento diário, 188 municípios alcançaram a meta da campanha e, por causa dessa estratégia, a Paraíba foi o primeiro Estado a alcançar a meta da campanha de poliomielite no ano de 2022.

O projeto Vacina Mais Paraíba tem fortalecido as ações de imunização no Estado e muito mais ações estão e serão feitas para que a Paraíba possa alcançar adequadas coberturas vacinais, protegendo toda população paraibana dos riscos do retorno de doenças imunopreveníveis.

Sífilis e HIV

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), diariamente, no mundo, são conhecidos mais de um milhão de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Tendo como base essa estimativa e dados do boletim

epidemiológico do Ministério da Saúde (2019) aponta-se que houve um aumento na taxa de detecção de sífilis no país, a sífilis em gestante passou de 8,9/1.000 nascidos vivos em 2014 para 21,4/1.000 nascidos vivos no ano de 2018 e a taxa de incidência da sífilis congênita foi de 5,5/1.000 nascidos vivos em 2014 para 9,0/1.000 nascidos vivos em 2018, sendo, portanto, a sífilis um problema de saúde pública no Brasil.

No período de 2011 a 2021 a Paraíba diagnosticados 6.626 casos de sífilis em gestante, a 1ª macrorregião destaca-se pelo maior número de casos no Estado registrando 3.947 (59,00%) casos confirmados, na 2ª macrorregião foram diagnosticados 1.576 (24,00%) casos e a 3ª Macrorregião 1.103 (17,00%) casos. Esse crescimento da sífilis gestacional ocorre pelo aumento do diagnóstico da sífilis durante o pré-natal a partir da oferta do teste rápido, onde temos hoje 100% dos municípios realizando os testes na atenção primária e nas maternidades, oportunizando o acesso precoce da gestante ao resultado de triagem e sua vinculação oportuna ao protocolo de prevenção da transmissão vertical.

Na Paraíba entre 2011 e 2021 a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 10,4 por 1.000 nascidos vivos (NV) observa-se uma tendência ascendente com destaque para o ano de 2021 apresentando maior taxa de 19,3/1.000 NV no período avaliado. A taxa de detecção 2ª Macrorregião destaca-se entre os anos de 2015 e 2017 chegando a 13 casos por 1.000 NV em 2017, a 3ª Macrorregião mostrou um aumento na taxa de detecção ao longo do período analisado.

Gráfico 14. Taxa de detecção de Sífilis em Gestante por macrorregião segundo ano de diagnóstico. Paraíba, 2011 a 2021*



Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação - Sinan

Secretaria de Estado da Saúde

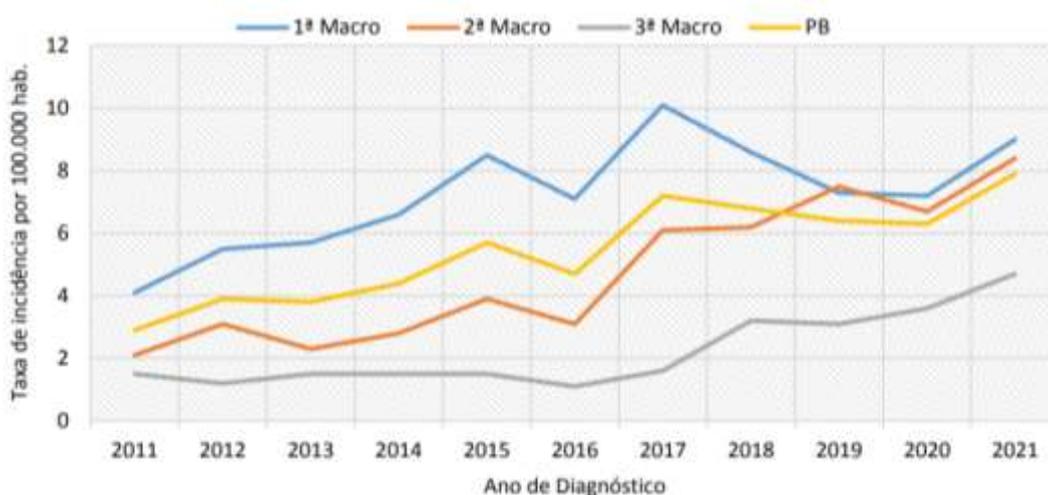
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9000

(*) Dados Preliminares, sujeitos a alterações

No Estado da Paraíba foram diagnosticados 3.467 casos de Sífilis congênita no período de 2011 a 2021, apresentando um coeficiente de incidência (C.I) de 5,5 a cada 1.000 nascidos vivos (NV) e com tendência ascendente e percentual de aumento de 256,6 %, com uma leve queda no ano de 2016. Diante do cenário epidemiológico observa-se uma crescente no número de casos notificados nas três macrorregiões de saúde.

Na 1ª Macrorregião de saúde foram diagnosticados 2.315 casos, o coeficiente de incidência de 7,2 a cada 1.000 NV, registrando uma tendência ascendente com percentual de aumento de 216% na taxa de incidência. Esses números equivalem a 67% dos casos registrados na Paraíba, tendo o município de João Pessoa o maior registro com 1.222 casos. Na 2ª Macrorregião de Saúde foram diagnosticados 850 casos, o coeficiente de incidência no período foi de 4,7 a cada 1.000 NV, apresentando uma tendência ascendente com percentual de aumento de 377%, tendo o município Campina Grande o maior registrou com 449 de casos. Na 3ª Macrorregião de Saúde, foram diagnosticados 302 casos, o coeficiente de incidência de 2,2 a cada 1.000 NV, o município de Patos confirmou 47 casos, sendo este município como o maior número de casos na macro.

Gráfico 15. Taxa de incidência de Sífilis Congênita por macrorregião segundo ano de diagnóstico. Paraíba, 2011 a 2021*



Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação - Sinan

(*) Dados Preliminares, sujeitos a alterações

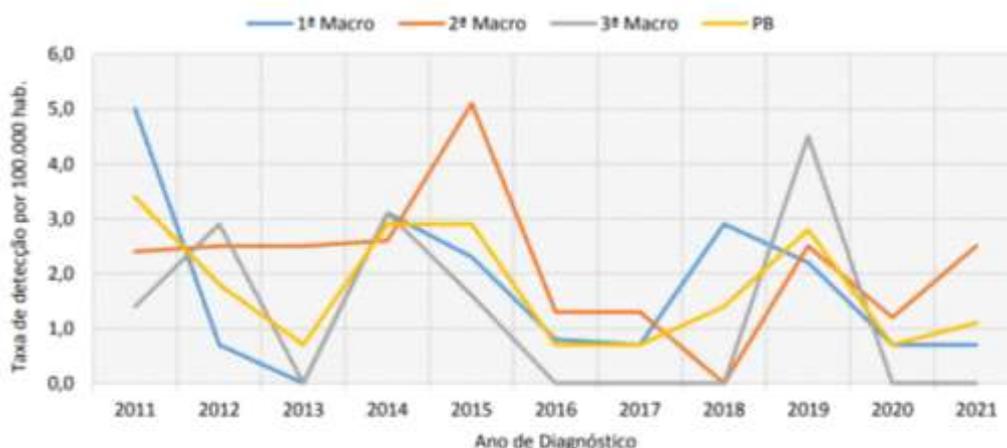
Ressalta-se que a sífilis adquirida e a sífilis em gestante podem ter sua detecção associada a uma maior sensibilidade pela melhoria das ações de vigilância referentes ao acesso ao diagnóstico, incluindo maior comprometimento com as notificações dos casos.

A incidência da sífilis congênita requer um olhar diferenciado para as ações da Atenção Primária à Saúde quanto ao fortalecimento das ações do pré-natal, toda gestante deve realizar os testes para o diagnóstico da sífilis e, quando reagente, deve ser encaminhada imediatamente para o tratamento, com acompanhamento e vínculo da gestante ao cuidado integral de sua saúde, bem como com acompanhamento e seguimento da criança exposta à sífilis.

O número de casos de Aids em crianças menores de cinco anos é utilizado como indicador para avaliar a transmissão vertical do HIV.

Na Paraíba, no período de 2011 a 2021, foram confirmados 54 casos de ADIS em menores de 5 anos. Na 1ª Macrorregião foram confirmados 26 casos, que corresponde a 48,14% dos casos do estado, verifica-se que houve uma diminuição de 85% dos casos de 2011 a 2021, a taxa de detecção no ano de 2021 foi de 0,7. Na 2ª Macrorregião foram confirmados 19 (35,20%) dos casos, a maior taxa de detecção registrada foi no ano de 2015 de 5,1 houve uma redução nos anos subseqüente em 2021 a taxa é de 2,5 e na 3ª Macrorregião foram confirmados 9 (16,66%) casos, quanto a taxa de detecção em 2019 foi registrado a maior taxa de 4,5 a cada grupo de 100.000 hab., observa-se que houve uma redução nos anos subseqüente.

Gráfico 16. Taxa de detecção de AIDs em menores de 5 anos por macrorregião segundo ano de diagnóstico. Paraíba, 2011 a 2021*



Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação - Sinan

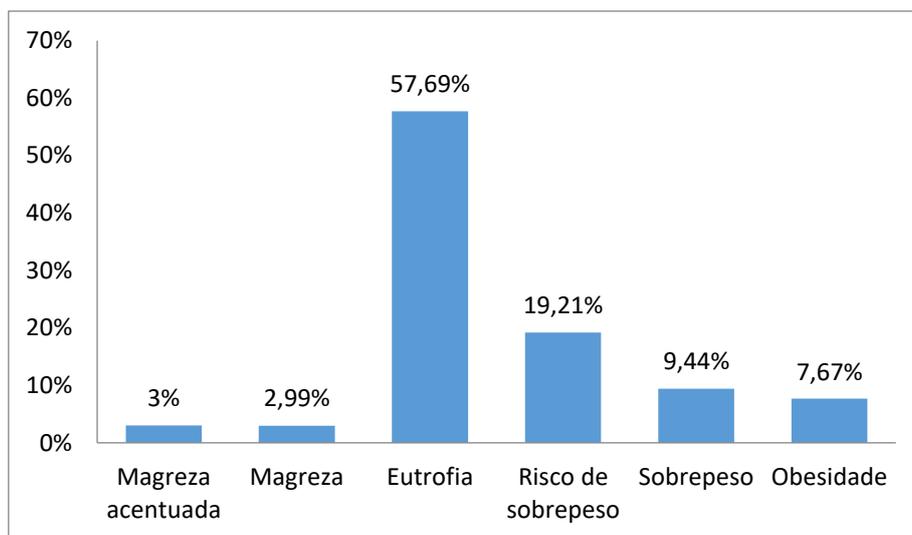
(*) Dados Preliminares, sujeitos a alterações

Alimentação e Nutrição

De acordo com dados do Ministério da Saúde e do IBGE, o estado da Paraíba apresenta alguns indicadores preocupantes em relação à alimentação e nutrição na

primeira infância. Em 2022, a cobertura do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A para crianças de 6 a 59 meses foi de apenas 41,05% no estado. Além disso, segundo o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), em 2022, a Paraíba apresentou uma prevalência de magreza acentuada de 3% e uma prevalência de magreza de 2,99%, além de uma prevalência de 9,44% de sobrepeso e 7,67% de obesidade em crianças menores de 5 anos.

Gráfico 17 – Estado Nutricional de crianças menores de 5 anos na Paraíba, de acordo com os dados do SISVAN, 2022.



Fonte: SISVAN, acesso em 16 de abril de 2023.

No que diz respeito à amamentação, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, 38,3% das crianças paraibanas de até 6 meses de idade não são alimentadas exclusivamente com leite materno, o que pode contribuir para um maior risco de desnutrição e outras complicações de saúde.

Ainda de acordo com a PNS de 2019, a Paraíba apresenta um baixo índice de aleitamento materno prolongado, com apenas 17,9% das crianças de 12 a 15 meses de idade sendo amamentadas. Além disso, a introdução precoce de alimentos sólidos também é um problema no estado, com 43,4% das crianças de 6 meses de idade já recebendo outros alimentos além do leite materno.

O acompanhamento dos condicionantes da saúde do Programa Bolsa Família é uma importante ação para acompanhar o estado nutricional das crianças em maior vulnerabilidade social. Porém, houve uma queda importante no percentual de cobertura

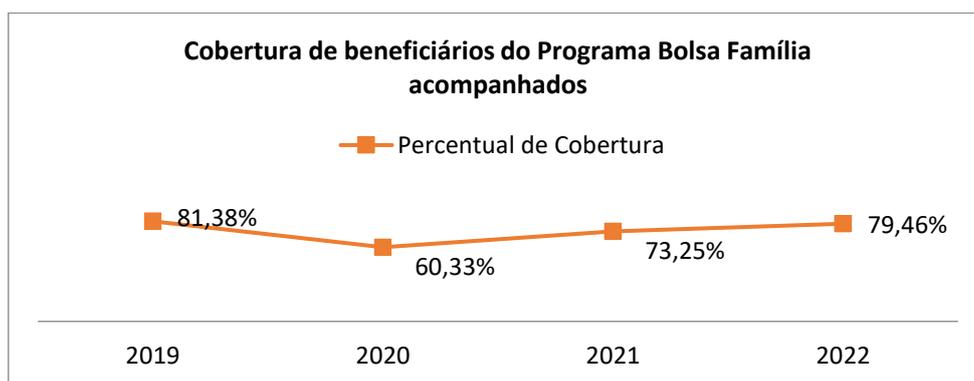
de beneficiários acompanhados, de 81,38% em 2019 para 79,46% em 2022, com uma importante variação entre os anos.

Nesse sentido, a Rede Paraibana de Bancos de Leite Humano está disposta e organizada, de forma regionalizada, com a finalidade de fortalecer e aumentar os índices de aleitamento materno e disponibilizar leite humano ordenhado pasteurizado para as unidades neonatais, conforme os incisos V e VI do art. 11 da Lei 12.141/2021.

Atualmente a Rede Paraibana de Bancos de Leite Humano está composta por 06 (seis) Bancos de Leite Humano em João Pessoa, Guarabira, Campina Grande, Patos e Cajazeiras, além de 20 Postos de Coleta de Leite Humano localizados em João Pessoa, Mamanguape, Campina Grande, Monteiro, Santa Luzia, Piancó, Pombal, Sousa, Catolé do Rocha e São José de Espinharas.

Os Bancos e Postos de Coleta de Leite Humano estaduais, como centros de incentivo ao aleitamento materno em suas regiões, prestam suporte para o fomento da política na Atenção Básica dos municípios da sua abrangência, os quais devem promover ações que visem o incentivo da amamentação, doação de leite humano e a alimentação complementar saudável da gestação, ao nascimento e o acompanhamento através da puericultura.

Gráfico 18 – Cobertura de beneficiários do Programa Bolsa Família com acompanhamento das condicionalidades da saúde de 2019 a 2022.



Fonte: E-Gestor AB.

Esses indicadores demonstram a necessidade de implementação de políticas públicas que promovam a alimentação saudável e a nutrição adequada na primeira infância na Paraíba, com ações que incentivem o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, a introdução alimentar adequada e o acompanhamento nutricional das crianças.



Acompanhamento Psicossocial

No que se refere ao acompanhamento em Saúde Mental para crianças e adolescentes, a assistência é prestada pelos municípios através da Unidade de Saúde da Família e por meio dos serviços específicos como o CAPS Infantojuvenil, conforme preconiza a Portaria nº 3088 (republicada em 21 de Maio de 2013), que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

O CAPS é um serviço de atenção diária destinado especificamente o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e aos que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Funcionam de segunda à sexta, no horário diurno das 8 às 18 horas, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21 horas. Na Paraíba dispomos de 14 CAPS Infantojuvenis, distribuídos nos municípios de Bayeux, Cajazeiras, Campina Grande, Conceição, Cuité, João Pessoa, Mataraca, Patos, Piancó, Pombal, Princesa Isabel, Sapé e Sousa.

3 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

O Plano Estadual da Primeira Infância na Paraíba é uma iniciativa que visa promover o desenvolvimento saudável e integral das crianças paraibanas nos primeiros anos de vida. Esse plano é pautado por diversas diretrizes e princípios, tais como a equidade, diversidade, integralidade, integração e articulação entre os diversos atores do SUS, regionalização e inclusão, que são fundamentais para garantir um cuidado de qualidade às crianças e suas famílias.

A pluralidade étnica, diversidade cultural, variedade de gêneros e diferenças geográficas é um dos princípios que norteiam esse plano. Esse princípio se refere à valorização da diversidade cultural, étnica, racial e de gênero das crianças e suas famílias. Assim, as ações de saúde devem ser equânimes adaptadas às necessidades e realidades específicas de cada grupo, respeitando suas crenças, práticas e saberes.

A integralidade da criança é outro princípio que orienta o Plano Estadual da Primeira Infância na Paraíba. Esse princípio se refere ao atendimento completo e integrado das necessidades das crianças e suas famílias, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Assim, as ações de saúde para a primeira infância devem levar em conta o desenvolvimento global da criança, desde o seu nascimento até os seis anos de idade, incluindo ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação.

A integração é um princípio que busca a articulação das ações de saúde com outras áreas, tais como educação, assistência social e cultura, de forma a promover um cuidado integral às crianças e suas famílias. Dessa forma, o Plano Estadual da Primeira Infância na Paraíba busca fortalecer a interação entre essas áreas, para garantir um cuidado mais completo e adequado às crianças.

A regionalização é outro princípio que orienta o Plano Estadual da Primeira Infância na Paraíba. Esse princípio se refere à organização dos serviços de saúde levando em conta as necessidades de cada localidade. Dessa forma, o plano busca garantir o acesso equitativo e qualificado às ações de saúde para a primeira infância em todas as regiões do estado, incluindo as áreas mais remotas e vulneráveis.

A articulação é um princípio que busca a integração dos serviços de saúde em todas as esferas de governo, de forma a garantir um cuidado mais efetivo e articulado às crianças e suas famílias. Assim, o Plano Estadual da Primeira Infância na Paraíba busca articular as ações de saúde em todas as esferas de governo, de forma a garantir um cuidado mais completo e adequado às crianças.



Por fim, a **inclusão** é um princípio que busca garantir o acesso aos serviços de saúde para todas as crianças, sem distinção de gênero, raça, etnia ou qualquer outra forma de discriminação. Além disso, o plano busca **incluir as famílias das crianças no processo de cuidado, valorizando suas culturas, práticas e saberes, e fortalecendo sua participação nas decisões relacionadas à saúde da criança.**

São diretrizes técnicas do plano:

1. Integralidade do Plano, visando contemplar todos os direitos da criança no âmbito familiar, comunitário e institucional, de forma abrangente e holística.
2. Multissetorialidade das ações, assegurando que as intervenções junto às crianças sejam realizadas de maneira integrada, envolvendo diversos setores e áreas de atuação.
3. Valorização dos processos que promovem atitudes de defesa, proteção e promoção dos direitos da criança, incentivando ações que fortaleçam sua qualidade de vida e bem-estar.
4. Reconhecimento e capacitação dos profissionais que atuam diretamente com as crianças, bem como daqueles cujas atividades impactam na qualidade de vida das crianças de até seis anos, promovendo o reconhecimento de seu papel estratégico e a divulgação de boas práticas.
5. Respeito e valorização da criança como sujeito de direitos, enfatizando que a maneira como ela é tratada pelos adultos reflete o valor e o compromisso que se tem com ela, bem como sua capacidade de captar e assimilar essas mensagens.
6. Foco nos resultados, com persistência na busca pelos objetivos e metas estabelecidos pelo PNPI e na divulgação dos avanços conquistados.
7. Transparência, disponibilidade e divulgação dos dados coletados no acompanhamento e avaliação do PNPI, que servirão como indicadores para o controle social da execução do Plano.



4 PLANO DE AÇÃO

O plano de ações está organizado em três eixos principais: (1) ampliação das ações do pré-natal de risco habitual e alto risco visando à integralidade do cuidado; (2) fortalecer o acompanhamento das crianças de 0 a 5 anos nos vários níveis de atenção; e (3) implementação de estratégias para incentivar a amamentação, promover a alimentação complementar saudável e prevenir a obesidade infantil. As ações estão descritas no quadro abaixo, sendo o prazo subdividido em curto (até 6 meses para execução), médio (até 1 ano para execução) e longo (mais de 1 ano para execução).

Eixo: Ampliação das ações do pré-natal de risco habitual e alto risco visando à integralidade do cuidado					
Ação	Meta	Prazo	Responsáveis	Parceiros	
Implementar e monitorar a estratificação de risco na APS	80% dos municípios realizando	Médio	GEAS	COSEMS; Secretarias Municipais de Saúde e ESP.	
Expansão do pré-natal de alto risco em todas as regiões de saúde	100% das regiões de saúde	Longo	GEAS; GEAE	Secretarias Municipais de Saúde.	
Fortalecimento e ampliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Estado	Ampliar em 2 hospitais habilitados	Longo	GEAS; GEAE.	Secretarias Municipais de Saúde	
Capacitação e protocolos clínicos das maternidades	100% das maternidades	Médio	GEAS; Rede Cuidar	Maternidades; Secretarias Municipais de Saúde	
Treinamento das equipes das Unidades neonatais para assistências a crianças com necessidades especiais	100% das unidades neonatais	Médio	GEAE; Rede Cuidar	Maternidades; Secretarias Municipais de Saúde	
Realizar qualificação com foco no fortalecimento do	80% dos municípios capacitados	Médio	GEAS; Rede de Bancos de	Secretarias Municipais de Saúde	



aleitamento materno no pré-natal na APS			Leite Humano	
---	--	--	--------------	--

Eixo: Fortalecer o acompanhamento das crianças de 0 a 5 anos nos vários níveis de atenção				
Ação	Meta	Prazo	Responsáveis	Parceiros
Curso AIDPI para profissionais das maternidades e atenção básica	2000 profissionais	Até 2025	GEAS; GEAE; AMAR.	Secretarias Municipais de Saúde
Ampliação da oferta de Palivizumabe para crianças de 28 a 32 semanas	100% das crianças elegíveis	2023	GEAS; GEAE.	Maternidades
Garantir do uso de leite humano ordenhado cru ou pasteurizado para os RN prematuros de baixo peso internos em unidades neonatais	100% das unidades neonatais	Médio	Rede de Bancos de Leite Humano; GEAE.	Maternidades
Apoiar a expansão do registro civil nos serviços de saúde da rede materno infantil.	100% dos Hospitais e Maternidades estaduais e Municipais.	Longo	GEAS; GEAE; GEVS;	Maternidades e Hospitais estaduais e municipais, Secretaria Estadual de Desenvolvimento Humano (SEDH), Secretarias Municipais de Saúde e Ação Social, Associação dos Registradores de Pessoas Naturais da Paraíba (ARPEN PB).



Acompanhar e monitorar os hospitais e maternidades estaduais e municipais envolvidos no registro civil.	100% dos Hospitais e Maternidades estaduais	Curto	GEAS; GEVS; GEAE;	Maternidades e Hospitais estaduais.
Qualificar as equipes das unidades de atenção primária à saúde e da assistência hospitalar estadual e municipal.	100% dos Hospitais e Maternidades estaduais e municipais e 80% dos municípios;	Médio	GEAS; GEVS; GEAE;	Maternidades e Hospitais estaduais e municipais, Secretarias Municipais de Saúde.
Instituir a Linha de Cuidado do HTLV no Estado da Paraíba.	Aprovar em Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Implementar a linha de cuidado no âmbito estadual;	Médio	GEAS; GEVS; GEAE;	Maternidades e Hospitais estaduais e municipais, Secretarias Municipais de Saúde e Laboratório Central (LACEN).
Apoio a realização do XVI Simpósio Internacional de HTLV.	Prover e garantir os recursos e logística necessários a realização do evento;	Curto	GEAS; GEVS;	Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba, Pernambuco, Bahia, Alagoas e Rio Grande do Norte.
Capacitar os profissionais da APS, Atenção especializada e hospitalar sobre o HTLV.	100% dos Hospitais e Maternidades estaduais e municipais e 80% dos municípios.	Médio	GEAS; GEVS; GEAE;	Maternidades e Hospitais estaduais e municipais. Secretarias Municipais de Saúde;
Fortalecimento das ações do Programa Nacional de Imunização	Ampliar as ações de capacitação e incentivo	Médio	GEVS GEAS	Secretarias Municipais de Saúde COSEMS



Fortalecer a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, com foco na reabilitação intelectual/TEA	Implantar serviços de Reabilitação Intelectual/TEA em todas as regiões que não possuem CER; Ampliar o número de vagas dos serviços de reabilitação existentes;	Longo	GEAS GEAE GERAV GEPLAG GEVS SEDH	FUNAD Centros Especializados em Reabilitação-CER
Garantir o preenchimento do Quesito Raça/cor e a identificação das crianças como membro dos povos e comunidades tradicionais nos Sistemas de Informação em Saúde	100% municípios	Médio	GEAS	COSEMS Secretarias Municipais de Saúde

Eixo: Implementação de estratégias para incentivar a amamentação, promover a alimentação complementar saudável e prevenir a obesidade infantil

Ação	Meta	Prazo	Responsáveis	Parceiros
Ampliar o número de banco de leite humano no estado	Mais 2 bancos de leite humano	Longo	Rede de Bancos de Leite Humano	Maternidade; Secretarias Municipais de Saúde
Ampliar o número de postos de coleta de leite humano no estado	Mais 2 unidades	Longo	Rede de Bancos de Leite Humano	Maternidade; Secretarias Municipais de Saúde
Realizar capacitação para APS sobre aleitamento materno e alimentação saudável	80% dos municípios capacitados	Médio	GEAS	Secretarias Municipais de Saúde; COSEMS.
Fortalecimento da Política Nacional de Alimentação e	100% dos municípios	Médio	GEAS; ESP	Secretarias Municipais de



Nutrição nos Municípios				Saúde; COSEMS.
Capacitação para Creches e Escolas sobre aleitamento materno e alimentação Saudável	80% dos municípios	Longo	GEAS; ESP	Secretarias de Educação
Acompanhamento e capacitação sobre o Programa Bolsa Família na Saúde	100% dos municípios	Médio	GEAS	Secretarias Municipais de Saúde; COSEMS.
Ampliação do número de salas para Mulheres Trabalhadoras que Amamentam	Abertura de 5 novas salas	Longo	GEAS; Rede de Bancos de Leite Humano	Secretarias Municipais de Saúde.

5 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Para garantir o sucesso na implementação do Plano Estadual da Primeira Infância da Paraíba, é essencial um sistema de monitoramento efetivo, que permita avaliar o alcance das metas e estratégias estabelecidas e realizar ajustes necessários.

Para tanto, o monitoramento se dará através de grupos de trabalho municipais, regionais e estaduais. Esses grupos têm como objetivo monitorar as ações implementadas em cada município, região de saúde e no estado, e identificar possíveis problemas e oportunidades de melhoria.

Os grupos de trabalho municipais são compostos por representantes dos setores da secretaria municipal de saúde, envolvidos nas ações da primeira infância, como atenção básica, atenção hospitalar, vigilância sanitária, entre outros. Nos municípios com população menor que 10.000 habitantes, o grupo de trabalho pode ser substituído pela indicação de um profissional responsável pelo acompanhamento das ações. Eles são responsáveis por acompanhar a implementação do plano em cada município, identificar os problemas, monitorar os indicadores pactuados e realizar o monitoramento dos óbitos maternos e infantis, de acordo com o modelo de portaria disponibilizado e compartilhar as informações com os grupos de trabalho regional e estadual.

Já os grupos de trabalho regionais são compostos por dois representantes da Comissão Intergestores Regional (CIR), um representante da gerência regional de saúde e o apoiador institucional. Esses grupos são responsáveis por monitorar a implementação do plano em sua respectiva região, avaliar o alcance das metas e estratégias estabelecidas, identificar os problemas e oportunidades de melhoria e compartilhar informações com o grupo de trabalho estadual.

Por fim, o grupo de trabalho estadual será composto por representantes da Secretaria de Estado da Saúde, através da Secretária Executiva de Estado da Saúde, Gerência Executiva de Atenção à Saúde, Gerência Executiva de Vigilância em Saúde, Gerência Executiva de Atenção Especializada, Escola de Saúde Pública da Paraíba, Rede Estadual de Bancos de Leite Humano, Maternidade Frei Damião, Hospital Infantil Arlinda Marques, Projeto de Aprimoramento do Modelo de Atenção na Rede de Saúde do Estado da Paraíba – AMAR e, representando as Secretarias Municipais de Saúde, o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), e têm como objetivo monitorar a implementação do plano em todo o estado, avaliar o alcance das metas e

estratégias estabelecidas, identificar os problemas e oportunidades de melhoria e realizar ajustes necessários para garantir o sucesso na implementação do plano.

Serão pactuados os seguintes indicadores de monitoramento:

1.1 Proporção de gestantes com 7 (sete) ou mais consultas pré-natal realizadas.

Meta: 73%.

Período de monitoramento: Quadrimestral.

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

1.2 Proporção de gestantes com captação precoce no pré-natal (até a décima segunda semana de gestação).

Meta: 65%.

Período de monitoramento: Quadrimestral.

Fonte: Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB).

1.3 Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV no primeiro e terceiro trimestre.

Meta: 100%

Período de monitoramento: Quadrimestral

Fonte: Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB).

1.4 Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano.

Meta: 6,0 números de casos de sífilis congênita diagnosticadas em menores de 1 ano a cada mil nascidos vivos.

Período de monitoramento: Quadrimestral.

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

1.5 Proporção de crianças menores de 1 ano com teste do pezinho realizado.

Meta: 100%.

Período de monitoramento: Quadrimestral.

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

1.6 Número de crianças com estado nutricional (peso e altura) avaliado.

Meta: Aumentar em 30% o número de crianças (0 a 5 anos) com estado nutricional avaliado considerando como linha base o ano anterior.

Período de monitoramento: Quadrimestral.

Fonte: Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB) e/ou Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

1.7 Acompanhamento das condicionalidades da saúde no Programa Bolsa Família;

Meta: Atingir a cobertura $\geq 85\%$ das condicionalidades da saúde no PBF.

Período de avaliação: ano 2023.

Fonte: Sistema PBF.



1.8 Número de crianças com práticas alimentares (marcadores de consumo alimentar) avaliadas.

Meta: Aumentar em 30% o número de crianças (0 a 5 anos) com estado nutricional avaliado considerando como linha base o ano anterior.

Período de monitoramento: Quadrimestral.

Fonte: Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB) e/ou Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

Os Grupos de Trabalho irão acompanhar mensalmente as ações executadas e monitorar quadrimestral e anualmente os indicadores. Com esse sistema de monitoramento em diferentes níveis, é possível garantir a efetividade do Plano Estadual da Primeira Infância da Paraíba e garantir que as crianças paraibanas tenham acesso a serviços de qualidade desde a gestação até a primeira infância, contribuindo para um futuro mais saudável e equilibrado.



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Estadual da Primeira Infância apresenta um conjunto de estratégias e ações voltadas para a promoção do desenvolvimento integral das crianças paraibanas. Ao longo do plano, foram destacados metas e indicadores específicos, além de estratégias para alcançá-los e mecanismos de monitoramento e avaliação. É importante destacar que a participação de diferentes setores e instâncias governamentais, além de organizações da sociedade civil e outros atores relevantes, é fundamental para o sucesso da implementação do plano.

A promoção da atenção integral à primeira infância é uma importante ferramenta para o desenvolvimento de uma sociedade mais justa e igualitária. O plano estadual representa um compromisso do governo e da sociedade paraibana com a garantia de direitos e oportunidades para as crianças desde os primeiros anos de vida, visando à formação de cidadãos saudáveis, felizes e plenamente realizados em sua potencialidade.



APÊNDICE 1 - MODELO DE PORTARIA PARA INSTITUIR O GRUPO TÉCNICO ESTADUAL

Portaria nº MINUTA /2023

João Pessoa, X de março de 2023

O SECRETARIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das suas atribuições legais que lhes são conferidas pelo Artigo nº 44, inciso XIV, do Decreto nº 12.228, de 19 de novembro de 1987, e

Considerando a Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, do GAB/MS, que Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando a Lei Estadual nº 12.141, de 24 de novembro de 2021, que dispõe sobre o programa "Paraíba Primeira Infância" com a finalidade de promover o desenvolvimento infantil.

RESOLVE:

Art. 1º Instituir o Grupo de Trabalho Estadual do Programa Primeira Infância – Componente Saúde – com a finalidade de subsidiar as políticas públicas e ações de promoção, proteção e apoio para a primeira infância no Estado.

Art 2º Ao Grupo de Trabalho Estadual do Programa Primeira Infância – Componente Saúde – compete as seguintes atribuições:

I – Assessorar e propor medidas à equipe da Secretaria de Estado da Saúde, em assuntos relativos à promoção, proteção e para a primeira infância no Estado;

II - Realizar reuniões mensais para acompanhar a implementação do Programa Primeira Infância – Componente Saúde – no Estado;

III – Assessorar a gestão estadual em assuntos relativos à implementação do Programa Primeira Infância – Componente Saúde – no município;

Art 3º O Grupo de Trabalho Estadual do Programa Primeira Infância será coordenado pela Gerência Executiva de Atenção à Saúde, através da Coordenação de Saúde da Criança;

Art 4º O Grupo de Trabalho será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes setores e/ou órgãos:

I – Secretária Executiva de Estado da Saúde (SES/PB);

II – Gerência Executiva de Atenção à Saúde (SES/PB);

III – Gerência Executiva de Vigilância em Saúde (SES/PB);



IV – Gerência Executiva de Atenção Especializada (SES/PB);

V – Escola de Saúde Pública da Paraíba;

VI - Rede Estadual de Bancos de Leite Humano;

VII – Maternidade Frei Damião;

VIII - Hospital Infantil Arlinda Marques;

IX – Projeto de Aprimoramento do Modelo de Atenção na Rede de Saúde do Estado da Paraíba – AMAR;

X - Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS);

Parágrafo único: Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades, a partir de convite pela Secretaria de Estado da Saúde, para participação destas instituições.

Art. 5º - O Grupo de Trabalho reunir-se-á mensalmente, de forma ordinária, podendo decidir pelo agendamento de reuniões extraordinárias, quando julgar pertinente;

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Atenciosamente,

Minuta

Secretário de Estado da Saúde da Paraíba



APÊNDICE 2 - MODELO DE PORTARIA CIR PARA INSTITUIR O GRUPO TÉCNICO REGIONAL

PORTARIA Nº XXXX

Criar o Grupo Técnico Regional (GTR) para o Programa Estadual pela Primeira Infância – Componente Saúde (PEPI/SAÚDE-PB).

Considerando a Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, do GAB/MS, que Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Lei Estadual nº 12.141, de 24 de novembro de 2021, que dispõe sobre o programa "Paraíba Primeira Infância" com a finalidade de promover o desenvolvimento infantil.

Art 1º CRIAR o GTR – Grupo Técnico Regional – Programa Estadual pela Primeira Infância (PEPI/SAÚDE-PB) e composto pelas representações:

- Um (1) Representante do Apoio Institucional;
- Dois (2) Representante da Comissão Intergestores Regional – CIR;
- Um (1) Representante da Gerência Regional de Saúde.

Art 2º Ao GTR do PEPI/SAÚDE-PB compete às seguintes atribuições:

I - Realizar reuniões mensais para acompanhar a implementação do Programa Primeira Infância – Componente Saúde – na Região de Saúde;

II – Informar ao Grupo Técnico Estadual (GTE) as informações de saúde referente à primeira infância nos municípios;

III – Assessorar a gestão municipal e estadual em assuntos relativos à implementação do PEPI/SAÚDE-PB;

IV – Monitorar os óbitos maternos e infantis da Região de Saúde;

V – Monitorar indicadores de processo de trabalho abaixo:

1.1 Proporção de gestantes com 7 (sete) ou mais consultas pré-natal realizadas.

Meta: 73%.

Período de monitoramento: Quadrimestral.

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

1.2 Proporção de gestantes com captação precoce no pré-natal (até a décima segunda semana de gestação).

Meta: 65%.

Período de monitoramento: Quadrimestral.

Fonte: Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB).

1.3 Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV no primeiro e terceiro trimestre.

Meta: 100%

Período de monitoramento: Quadrimestral

Fonte: Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB).

1.4 Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano.

Meta: 6,0 números de casos de sífilis congênita diagnosticadas em menores de 1 ano a cada mil nascidos vivos.

Período de monitoramento: Quadrimestral.

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

1.5 Proporção de crianças menores de 1 ano com teste do pezinho realizado.

Meta: 100%.

Período de monitoramento: Quadrimestral.

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

1.6 Número de crianças com estado nutricional (peso e altura) avaliado.

Meta: Aumentar em 30% o número de crianças (0 a 5 anos) com estado nutricional avaliado considerando como linha base o ano anterior.

Período de monitoramento: Quadrimestral.

Fonte: Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB) e/ou Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

1.7 Acompanhamento das condicionalidades da saúde no Programa Bolsa Família;



Meta: Atingir a cobertura $\geq 85\%$ das condicionalidades da saúde no PBF.

Período de avaliação: ano 2023.

Fonte: Sistema PBF.

1.8 Número de crianças com práticas alimentares (marcadores de consumo alimentar) avaliadas.

Meta: Aumentar em 30% o número de crianças (0 a 5 anos) com estado nutricional avaliado considerando como linha base o ano anterior.

Período de monitoramento: Quadrimestral.

Fonte: Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB) e/ou Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

MUNICÍPIO /PB, em __ de ____ de 2023.

Assinatura do(a) Presidente da Intergestores Regional – CIR;



APÊNDICE 3 - MODELO DE PORTARIA PARA INSTITUIR O GRUPO TÉCNICO MUNICIPAL

BRASÃO DO MUNICÍPIO

PORTARIA Nº. XXX/2023

Criar o Grupo Técnico Municipal (GTM) para o Programa Estadual pela Primeira Infância – Componente Saúde (PEPI/SAÚDE-PB).

Considerando a Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, do GAB/MS, que Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Lei Estadual nº 12.141, de 24 de novembro de 2021, que dispõe sobre o programa "Paraíba Primeira Infância" com a finalidade de promover o desenvolvimento infantil.

Art 1º CRIAR o GTM – Grupo Técnico Municipal – Programa Estadual pela Primeira Infância (PEPI/SAÚDE-PB) e composto pelos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde:

- Técnico da atenção primária à saúde: *NOME, CPF, PROFISSÃO e MATRÍCULA*;
- Técnico da atenção especializada: *NOME, CPF, PROFISSÃO e MATRÍCULA*;
- Técnico da vigilância: *NOME, CPF, PROFISSÃO e MATRÍCULA*;
- Técnico da regulação: *NOME, CPF, PROFISSÃO e MATRÍCULA*;
- Técnico do planejamento: *NOME, CPF, PROFISSÃO e MATRÍCULA*;
- Demais participantes (*OPCIONAL*).

Art 2º Ao GTM do PEPI/SAÚDE-PB compete as seguintes atribuições:

I – Realizar reuniões mensais para acompanhar a implementação das ações voltadas à Primeira Infância no município;



- II – Informar ao Grupo Técnico Regional (GTR) e Comitê Estadual da Primeira Infância as informações de saúde referente à primeira infância nos municípios;
- III – Assessorar a gestão municipal em assuntos relativos à implementação do PEPI/SAÚDE-PB no município;
- IV – Monitorar os óbitos maternos e infantis do município;
- V – Monitorar indicadores de processo de trabalho abaixo:

1.1 Proporção de gestantes com 7 (sete) ou mais consultas pré-natal realizadas.

Meta: 73%.

Período de monitoramento: Quadrimestral.

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

1.2 Proporção de gestantes com captação precoce no pré-natal (até a décima segunda semana de gestação).

Meta: 65%.

Período de monitoramento: Quadrimestral.

Fonte: Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB).

1.3 Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV no primeiro e terceiro trimestre.

Meta: 100%

Período de monitoramento: Quadrimestral

Fonte: Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB).

1.4 Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano.

Meta: 6,0 números de casos de sífilis congênita diagnosticadas em menores de 1 ano a cada mil nascidos vivos.

Período de monitoramento: Quadrimestral.

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

1.5 Proporção de crianças menores de 1 ano com teste do pezinho realizado.

Meta: 100%.

Período de monitoramento: Quadrimestral.

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).



1.6 Número de crianças com estado nutricional (peso e altura) avaliado.

Meta: Aumentar em 30% o número de crianças (0 a 5 anos) com estado nutricional avaliado considerando como linha base o ano anterior.

Período de monitoramento: Quadrimestral.

Fonte: Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB) e/ou Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

1.7 Acompanhamento das condicionalidades da saúde no Programa Bolsa Família;

Meta: Atingir a cobertura $\geq 85\%$ das condicionalidades da saúde no PBF.

Período de avaliação: ano 2023.

Fonte: Sistema PBF.

1.8 Número de crianças com práticas alimentares (marcadores de consumo alimentar) avaliadas.

Meta: Aumentar em 30% o número de crianças (0 a 5 anos) com estado nutricional avaliado considerando como linha base o ano anterior.

Período de monitoramento: Quadrimestral.

Fonte: Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB) e/ou Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MUNICÍPIO /PB, em ___ de _____ de 2023.

Assinatura do(a) Prefeito(a) Municipal ou Secretário(a) Municipal de Saúde

JHONY WESLLYS BEZERRA COSTA
Presidente da CIB/PB

KATIANE PIRES QUEIROGA
Vice - Presidente do COSEMS/PB