

EDITAL Nº 007 DE 10/02/2025

PROCESSO DE SELEÇÃO DE TRABALHADORES(AS) DAS EQUIPES DE SAÚDE CONTEMPLADAS NO PROJETO CUIDA APS PARA CONCORRÊNCIA ÀS VAGAS DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM “MELHORIA DO CUIDADO INTERPROFISSIONAL DAS PESSOAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS”

O Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), por meio de sua Diretoria Executiva de Sustentabilidade e Responsabilidade Social e de sua Faculdade de Educação em Ciências da Saúde (FECS), no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), do Ministério da Saúde (MS), com o apoio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), torna público e **INFORMA a abertura das inscrições para trabalhadores(as) do Sistema Único de Saúde - SUS, cadastrados(as) em equipes elegidas pelas instituições contempladas pelo Projeto Cuida APS: Cuidado Interprofissional das Pessoas com Condições Crônicas não Transmissíveis (CCNT), a fim de realizar processo seletivo para o Curso de Pós-Graduação lato sensu em “Melhoria do Cuidado Interprofissional das Pessoas com Condições Crônicas na APS”, na modalidade ensino presencial, com atividades síncronas, em polos educacionais, conforme disposto neste documento.**

O Curso de Especialização em “Melhoria do Cuidado Interprofissional das Pessoas com Condições Crônicas na APS” faz parte de uma das entregas do Projeto Cuida APS, a ser desenvolvido e executado no triênio 2024-2026, e tem como objetivo formar profissionais em nível de pós-graduação, com perfil de atuação na área da Atenção Primária à Saúde dos municípios da Macrorregião III Sertão/Alto Sertão da Paraíba - 9ª Região de Saúde do estado da Paraíba; Macrorregião de Saúde Norte - Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia do estado do Tocantins e; Macrorregião Norte, Regiões de Saúde de Chapadinha e Pinheiro do estado do Maranhão.

1. INFORMAÇÕES SOBRE O CURSO

1.1 Calendário do Processo de inscrição

Quadro 1. Cronograma do edital

PROCESSO DE SELEÇÃO DE TRABALHADORES(AS) DAS EQUIPES DE SAÚDE CONTEMPLADAS NO PROJETO CUIDA APS PARA CONCORRÊNCIA ÀS VAGAS DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM “MELHORIA DO CUIDADO INTERPROFISSIONAL DAS PESSOAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS”			
Etapas	Descrição	Início	Fim
Inscrição ao Processo Seletivo	Envio da documentação obrigatória e classificatória (vide item 7 deste edital), da carta de intenções e da ficha de inscrição, exclusivamente pela internet, no endereço eletrônico: https://ead.proadihaoc.org.br/mod/url/view.php?id=1478	10/02/2025 14:00*	24/02/2025 16:00*
Seleção e classificação	Análise de documentação, ficha de inscrição e carta de intenção dos(as) candidatos(as)	25/02/2025	24/03/2025
Divulgação do resultado	Divulgação dos(as) selecionados(as) no processo seletivo	25/03/2025	
Matrícula dos selecionados	Processo interno de matrícula dos(as) selecionados(as) - FECS	Início em 25/03/2025	
Previsão de oferta do curso	Execução do Curso de Especialização em “Melhoria do Cuidado Interprofissional das Pessoas com Condições Crônicas na APS”	21/04/2025	30/05/2026

* Horário de Brasília

1.2 Objetivo(s)

O objetivo do presente documento é estabelecer condições para inscrição e matrícula de pessoas aprovadas no processo seletivo do Curso de Especialização em “Melhoria do Cuidado Interprofissional das Pessoas com Condições Crônicas na APS”.

1.3 Público-Alvo

O público-alvo dessa chamada é, exclusivamente, profissionais graduados, que atuam em municípios e equipes de saúde relacionadas à Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS), escolhidas para participação no projeto. As equipes prioritárias para compor o quadro de equipes elegidas para as vagas são:

- Equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF);
- Equipes de Atenção Primária (eAP);
- Equipes Multiprofissionais (eMulti);

As equipes cujos (as) trabalhadores(as) cadastrados(as) poderão participar do processo seletivo foram indicadas pelos municípios da Macrorregião III Sertão/Alto Sertão da Paraíba, 9ª Região de Saúde, estado da Paraíba; Macrorregião de Saúde Norte, Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia, estado do Tocantins e; Macrorregião Norte, Regiões de Saúde de Chapadinha e de Pinheiro, estado do Maranhão. Os municípios contemplados para esse processo seletivo foram definidos em pactuação com o Ministério da Saúde a partir de critérios técnicos e estão listados no **Anexo 1**.

1.4 Requisitos:

- Ter curso superior completo;
- Constar na lista apresentada pelo(a) gestor(a), nomeada como “DECLARAÇÃO DE EQUIPES E TRABALHADORES(AS) ELEGÍVEIS E COMPROMISSO DO(A) GESTOR(A)” (**Anexo 2**), subscrita pelo(a) responsável da instituição à qual está profissionalmente vinculado(a);
- Integrante das equipes de Estratégia da Saúde da Família (eSF), Equipes de Atenção Primária (eAP) e Equipe Multiprofissional na APS (e-Multi), dos municípios contemplados no projeto (**Anexo 1**);
- Os(as) trabalhadores(as) integrantes das estratégias interprofissionais estão aptos(as) a participar diante da viabilidade de vagas extras. As vagas extras abarcam outras equipes de saúde, uma vez que previamente pactuadas com os gestores municipais de cada região contemplada com a coordenação do projeto.
- Os profissionais das Equipes de Saúde Bucal - eSB, podem ainda compor o quadro de trabalhadores(as) elegíveis junto às equipes de ESF que atuam, concorrendo a mesma vaga, caso o município assim defina.

1.5 Número de Vagas

1.5.1 Serão oferecidas o total de **648 vagas** distribuídas em 14 polos educacionais, organizadas em 27

turmas, compostas por, no máximo, 24 educandos cada (Quadro 2);

1.5.2 Caso haja desistência por parte de um(a) candidato(a) aprovado(a) selecionado(a) até **23 de maio de 2025**, a vaga será ofertada, conforme cadastro reserva, para o candidato subsequente do cadastro da mesma equipe ao qual o desistente pertence. Estando esgotada esta lista, a vaga será ofertada para o candidato da lista de cadastro de reserva melhor pontuado do município pertencente ao candidato desistente. O(a) candidato(a) chamado(a), da lista do cadastro reserva, deverá se manifestar até **04 de junho de 2025**.

1.5.3 Caso o município não tenha mais candidatos(as) listados(as) no cadastro reserva, caberá ao Grupo Executivo do projeto Cuida APS decidir sobre as possibilidades de chamamento, de acordo com disponibilidade de vagas nas comunidades educacionais do projeto.

1.5.4 O Grupo Executivo do projeto Cuida APS poderá, a qualquer tempo, redistribuir o número de vagas, proporcionalmente para cada município, caso não sejam realizadas as inscrições correspondentes ao total de vagas disponíveis.

1.5.5 O processo de seleção está contemplado no Programa de Ações Afirmativas do Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS Nº 5.801, de 28 de novembro de 2024. A Portaria torna obrigatória a implementação de reservas de vagas, observando os seguintes quantitativos:

1.5.5.1. Reserva de no mínimo 30% (trinta por cento) das vagas para pessoas autodeclaradas negras;

1.5.5.2. Reserva de no mínimo 5% (cinco por cento) das vagas para pessoas indígenas;

1.5.5.3. Reserva de no mínimo 5% (cinco por cento) das vagas para pessoas quilombolas;

1.5.5.4. Reserva de no mínimo 10% (dez por cento) das vagas para pessoas com deficiência; e

1.5.5.5. Reserva de no mínimo 5% (cinco por cento) das vagas para pessoas trans.

1.6 Distribuição das vagas

Quadro 2. Distribuição de vagas

Estado	Público destinado	Vagas	Polos Educacionais	Municípios	Turmas	Característica da vaga/requisitos para aceite
PARAÍBA	Profissionais que atuam na Macrorregião III - Sertão/Alto Sertão da Paraíba - 9ª Região, do estado da Paraíba	120	4	15	5	Número de vagas e equipes de saúde elegidas pelos municípios participantes de acordo com o público de interesse do projeto
MARANHÃO	Profissionais que atuam na Macrorregião de Saúde Norte, Região de Saúde de Chapadinha e Pinheiro, do estado do Maranhão	384	7	30	16	
TOCANTINS	Profissionais que atuam na Macrorregião de Saúde Norte, Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia, do estado do Tocantins	144	3	23	6	
Total		648	14	68	27	

2. INVESTIMENTO

O curso é inteiramente financiado pelo **PROADI-SUS**. O(a) matriculado(a) firmará o compromisso com todas as atividades propostas, incluindo a realização das aulas presenciais e remotas (síncronas), atividades práticas junto aos serviços, conclusão do curso e avaliações sobre o desempenho dos(as) educadores(as) de território (docentes) do curso. Presume-se que seja necessária a dedicação média de 22 horas mensais de abril de 2025 a maio de 2026.

3. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

3.1. O curso será composto de 03 (três) ciclos.

Quadro 3. Estrutura Curricular:

ESTRUTURA CURRICULAR	
CICLO EDUCACIONAL 1	O cuidado individual e familiar
Ênfase 1	O Cuidado de si e o cuidado do outro
Ênfase 2	O Cuidado da pessoa com condição crônica: conceitos e importância
Ênfase 3	Cuidado Longitudinal e Interprofissional às pessoas com condições crônicas
Ênfase 4	Cuidado Ampliado e Produção de vida
Total: 176h	
CICLO EDUCACIONAL 2	Cuidado Coletivo e Individual
Ênfase 5	Território do Cuidado
Ênfase 6	Gestão de base populacional
Ênfase 7	Cuidado Coletivo
Total: 136h	
CICLO EDUCACIONAL 3	Portfólio reflexivo
Ênfase 8	Desenvolvimento de portfólio reflexivo
Total: 54h	
TOTAL GERAL	366h

4. DURAÇÃO, CARGA HORÁRIA DO CURSO E MODALIDADE

4.1. O curso terá carga horária total de 366 (trezentos e sessenta e seis) horas e está previsto para ser realizado no período de abril/2025 a maio/2026 (14 meses).

4.2. O curso será ofertado na modalidade de ensino presencial, com atividades presenciais e síncronas (remotas).

4.3. A gestão educacional será realizada pela equipe de Educadores(as) de Território e Coordenadoras Pedagógicas que compõem a equipe técnica do projeto.

5. DAS ETAPAS DO PROCESSO DE SELEÇÃO E CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO

5.1. O processo de seleção dos(as) candidatos(as) elegíveis à concorrência das vagas expostas acima, contempla as seguintes etapas:

5.1.1. **1ª Etapa:** indicação das equipes de saúde e do encaminhamento da relação de trabalhadores(as) elegíveis (**Anexo 2**), pelos(as) gestores(as) locais dos municípios contemplados pelo projeto (**Anexo 1**).

5.1.2. **2ª Etapa:** divulgação do Curso de Especialização em “**Melhoria do Cuidado Interprofissional das Pessoas com Condições Crônicas na APS**”, para todos(as) os(as) trabalhadores(as) elegíveis, integrantes das equipes de saúde contempladas neste edital, de acordo com o item 1.4 Requisitos possam se inscrever/candidatar.

5.1.3. **3ª Etapa:** realização da inscrição pelos (as) trabalhadores(as) elegíveis. O processo de inscrição utilizará, exclusivamente, a Ficha Eletrônica de Inscrição, através do preenchimento da ficha de inscrição e inclusão da documentação comprobatória obrigatória referente aos critérios de pontuação.

5.1.3.1. As inscrições estarão abertas de **10/02/2025**, a partir das 14:00, a **24/02/2025**, até 16:00, horário de Brasília, e serão realizadas mediante preenchimento da Ficha de Inscrição Eletrônica localizada no espaço de divulgação do curso: <https://ead.proadihaoc.org.br/mod/url/view.php?id=1478>.

5.1.3.2. Para se inscrever neste processo de inscrição, caso o(a) candidato(a) não tenha uma conta verificada no Sistema de Inscrição e Gerenciamento (SIG), será necessário criar. Na sequência, o(a) candidato(a) será encaminhado(a) para o preenchimento da ficha de inscrição do processo de inscrição.

5.1.3.3. Ao(a) inscrito(a) será atribuída total responsabilidade pelas informações apresentadas, bem como pelo preenchimento correto da ficha de inscrição, reservando-se ao HAOC, o direito de excluir da inscrição aquele que não preencher a ficha de inscrição de forma completa, correta, legível e/ou fornecer dados comprovadamente inverídicos, bem como submeter documentos incompletos, desatualizados, ilegíveis, arquivos corrompidos ou diferentes dos solicitados.

5.1.3.4. O HAOC não se responsabiliza por solicitações de inscrições não recebidas por motivo de ordem técnica dos computadores/laptops, falhas de comunicação, congestionamento das linhas de comunicação, bem como outros fatores de ordem técnica que impossibilitem a

transferência de dados.

5.1.3.5. Para fins de validação da inscrição, o HAOC pode solicitar documentos comprobatórios e/ou eventuais esclarecimentos aos(as) inscritos(as), referente às informações declaradas na ficha de inscrição, com o objetivo de contribuir no processo de análise das inscrições.

5.1.3.6. Não haverá cobrança de taxa de inscrição.

5.1.4. **4ª Etapa:** seleção e classificação dos(as) candidatos(as). Essa etapa será eliminatória e classificatória, realizada por meio do envio de documentos comprobatórios e submissão da carta de intenções, conforme **3ª Etapa**.

5.1.4.1. A apreciação e avaliação da documentação entregue pelos(as) candidatos(as) (3ª etapa) será realizada pela Comissão Julgadora.

5.1.4.2. Na **4ª Etapa** do processo seletivo, a nota máxima alcançada será de 10 (dez) pontos, distribuída em três categorias, conforme quadro abaixo.

Quadro 4. Pontuação Geral

Critérios de classificação	Pontuação máxima
Fator Social	5
Carta de Intenção	4
Profissional com vínculo estatutário	1
<i>Pontuação máxima</i>	10

5.1.4.2.1 A nota máxima para **Fator Social** foi de 05 (cinco) pontos.

5.1.4.2.2 O quadro abaixo estabelece a pontuação dos fatores sociais contemplados nas ações afirmativas:

Quadro 5. Pontuação para Fator Social

Fator Social*	Pontuação
Autodeclaração como pessoa preta ou parda	2,5
Declaração de pertencimento étnico/comunitário indígena	2,5
Declaração de pertencimento comunitário quilombola	2,5
Autodeclaração de pessoa Transgênero	1,25
Laudo de pessoa com deficiência	1,25
<i>Pontuação máxima para Fator Social</i>	5

*As autodeclarações de pessoa Preta/Parda, Indígena ou Quilombola podem ter suas pontuações acrescidas aos fatores sociais de Transgeneridade e/ou de Pessoa com Deficiência, desde que comprovado de acordo com os

documentos listados no edital. Os modelos de documentos para comprovação de fator social constam como anexos deste edital.

5.1.4.2.3. A Carta de Intenção dos(as) trabalhadores(as) elegíveis será avaliada pela equipe de Educadores(as) de Território, do polo de referência, sem identificação dos(das) profissionais elegíveis inscritos(as). A nota máxima para a **Carta de Intenção** será de 04 (quatro) pontos.

5.1.4.2.4. Os critérios de pontuação para a Carta de Intenção estão abaixo apresentados:

Quadro 6. Pontuação para Carta de Intenção

Critério de avaliação da Carta de Intenção	Pontuação
Intenções redigidas completamente compatíveis com os objetivos e objetos da especialização.	4
Intenções redigidas parcialmente compatíveis com os objetivos e objetos da especialização.	2 e 3
Intenções redigidas de forma clara e concisa, porém, não compatíveis com os objetivos e objetos da especialização.	1
Intenções não inteligíveis e não compatíveis com os objetivos e objetos da especialização.**	0
<i>Pontuação máxima para Carta de Intenção</i>	4

**Serão desclassificados(as) do processo os (as) candidatos (as) que tiverem a pontuação igual a 0 (zero) na Carta de Intenção.

5.1.4.2.5. Profissional estatutário(a), aprovado(a) em concurso público para o SUS do município de onde concorre com a vaga, que apresentarem documento comprobatório de vínculo (publicação em Diário Oficial, Declaração de Regularidade de Situação de Contribuinte - DRSCI e/ou declaração de vínculo assinada de servidor(a) municipal concursado(a)) terá 01 (um) ponto somado à nota final.

Quadro 7. Pontuação para Vínculo Estatutário/Concursado

Pontuação profissional com vínculo estatutário	Pontuação
Comprovação de vínculo estatutário	1
<i>Pontuação máxima para profissional com vínculo</i>	1

ATENÇÃO: Dentre o público de interesse (profissionais das equipes indicadas que têm ensino superior completo), a classificação dos(as) candidatos(as) tomará como base as políticas afirmativas do Ministério da Saúde, conforme **Portaria GM/MS Nº 5.801, de 28 de novembro de 2024**, a pontuação na carta de intenção e a pontuação para estatutários.

5.1.4.3. Em caso de empate, serão considerados os seguintes critérios para desempate, sucessivamente:

5.1.4.3.1. Candidato(a) com maior pontuação no item do **Quadro 5**. “Pontuação para Fator Social”;

5.1.4.3.2. Candidato(a) com maior pontuação no item do **Quadro 6**. “Pontuação para Carta de Intenção”;

5.1.4.3.3. Candidato(a) com maior pontuação no item do **Quadro 7**. “Pontuação para Vínculo Estatutário”;

5.1.4.3.4. Se permanecer o empate, o critério é etário, dando-se preferência ao(a) candidato(a) de idade mais elevada.

6. DOS CRITÉRIOS DE DESCLASSIFICAÇÃO

6.1. Será automaticamente desclassificado(a) o(a) candidato(a) que:

6.1.1. Preencher, de maneira incorreta ou incompleta, os dados cadastrais na Ficha de Inscrição.

6.1.2. Não confirmar a inscrição no processo seletivo por meio das orientações indicadas na ficha de inscrição.

6.1.3. Não apresentar todos os documentos comprobatórios obrigatórios.

6.1.4. Não atender aos critérios de classificação.

6.1.5. Submeter documentos ilegíveis, corrompidos, desatualizados ou diferentes dos solicitados na inscrição.

7. DOS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS OBRIGATÓRIOS E CLASSIFICATÓRIOS

7.1. Os seguintes documentos serão obrigatórios e deverão ter sido anexados à Ficha Eletrônica de Inscrição, em formato PDF ou JPEG (documentos com tamanho máximo de 1,5 MB por arquivo):

- a) Cópia do documento de identidade (RG), frente e verso, Carteira Nacional de Habilitação (CNH) válida e/ou Carteira de Conselho Profissional válida;
- b) CPF ou documento que comprove a numeração;
- c) Cópia digitalizada do Diploma de Graduação (frente e verso) ou declaração de conclusão da Instituição de Ensino na qual o(a) candidato(a) realizou o curso de graduação, e que demonstre

o período de conclusão do curso;

- d) Cópia digitalizada do comprovante atualizado de endereço;
- e) Cópia digitalizada da Declaração de Equipes e Trabalhadores(as) Elegíveis e Compromisso do(a) Gestor(a), preenchida e assinada, na qual consta o nome do(a) candidato(a) entre os(as) indicados(as) a participar do curso. **(Anexo 2)**
- f) Todos os documentos deverão ser anexados com a frente e o verso.

7.2. Os demais documentos solicitados para critérios de pontuação não serão obrigatórios para fins de inscrição.

7.3. Para critérios de pontuação, o(a) candidato(a) precisa apresentar os seguintes documentos:

- a) Carta de Intenção em nome do(a) candidato(a), conforme perguntas estabelecidas na Ficha Eletrônica de Inscrição ;
- b) Declaração de Equipes e Trabalhadores(as) Elegíveis e Compromisso do(a) Gestor(a) **(Anexo 2)**;
- c) Autodeclaração racial **(Anexo 3)**;
- d) Declaração de pertencimento étnico quilombola **(Anexo 4)**;
- e) Declaração de pertencimento étnico e comunitário de candidato(a) indígena **(Anexo 5)**;
- f) Autodeclaração de identidade de gênero **(Anexo 6)**;
- g) Laudo assinado por um médico especialista na área da deficiência do(a) candidato(a), contendo na descrição clínica o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças - CID, bem como a provável causa da deficiência.

7.4. Cada arquivo deverá ser submetido no formato PDF ou JPEG e não ultrapassou o tamanho de 1,5 MB.

ATENÇÃO: Documentos ilegíveis, corrompidos, desatualizados ou diferentes dos solicitados precisam ser corrigidos pelo(a) próprio(a) inscrito(a).

8. DOS CRITÉRIOS OBRIGATÓRIOS PARA HOMOLOGAÇÃO DA INSCRIÇÃO

8.1. Será considerado(a) efetivamente inscrito(a) no processo seletivo o(a) inscrito(a) que cumpriu os seguintes critérios e/ou realizou as seguintes ações, concomitantemente:

8.1.1. Preenchimento correto e completo da Ficha Eletrônica Cadastral;

8.1.2. Anexos dos documentos comprobatórios obrigatórios.

9. DO PROCESSO DE HOMOLOGAÇÃO DAS INSCRIÇÕES

9.1. O processo de homologação das inscrições será realizado mediante a análise dos dados preenchidos na Ficha Eletrônica de Inscrição e análise dos documentos comprobatórios obrigatórios anexados, sendo declarado pelo(a) candidato(a) a veracidade das informações inseridas na ficha de Inscrição.

9.2. O processo de homologação será realizado e avaliado pela equipe do projeto do HAOC.

9.3. Todos os itens utilizados na pontuação da Ficha Eletrônica de Inscrição demandam comprovação documental, sob pena de ter sua inscrição excluída deste processo a qualquer tempo.

9.4. O(a) inscrito(a) deverá se certificar de que a documentação entregue está legível, sob pena de ter sua classificação excluída deste processo em qualquer tempo.

10. DA REVOGAÇÃO, ANULAÇÃO OU CANCELAMENTO DA CHAMADA OU DO CURSO

10.1. A qualquer tempo, a presente chamada e o referido curso poderá ser revogado, suspenso ou anulado, no todo ou em parte, por motivo de interesse público, decretos ou decisões governamentais ou exigência legal, em decisão fundamentada, afastadas hipóteses de reclamações ou indenizações de qualquer natureza.

11. DA MATRÍCULA E INÍCIO DAS ATIVIDADES FORMATIVAS

11.1. Os(as) candidatos(as) aprovados(as) e selecionados(as) no processo seletivo serão considerados(as) matriculados(as) no curso e receberão um comunicado via *e-mail* com orientações para início das atividades educacionais do curso, conforme disposto no **Quadro 1**. Cronograma do Edital.

11.2. A matrícula no curso é efetivada mediante aprovação no presente processo de inscrição e participação nos três encontros iniciais do curso, conforme descrito no item 1.5.2 deste edital.

12. VALIDADE DO PROCESSO DE INSCRIÇÃO

12.1. As vagas oferecidas neste processo, bem como as inscrições realizadas, têm validade exclusiva para o presente documento Edital n.º 007 de 10 de Fevereiro de 2025 e até o final do curso, não havendo, em nenhuma hipótese, a possibilidade de aproveitamento para outros processos de inscrição.

13. CERTIFICAÇÃO

13.1. O(a) aluno(a) matriculado(a) somente receberá certificado na condição do cumprimento dos critérios:

13.1.1. Frequência mínima no desenvolvimento de 75% das atividades de aprendizagem elegíveis em cada ênfase, pela relevância no processo ensino-aprendizagem;

13.1.2. Aprovação em todos os ciclos mediante avaliações de desempenho e formativas/somativas, cujos critérios se constituem a partir do conceito “Satisfatório” em cada ênfase. Em todos os ciclos, serão ofertadas oportunidades de melhoria, e caso o(a) matriculado(a) não atinja o conceito “Satisfatório” dentro do módulo, o(a) mesmo(a) não receberá a certificação ao final da formação.

13.1.3. A entrega e aprovação do Plano de Melhoria, elaborado individualmente ou em grupo, e acompanhada pelo(a) respectivo(a) Educador(a) de Território, sendo que o conceito mínimo para aprovação é “Satisfatório”.

13.2. A certificação do curso é emitida pela Faculdade de Educação e Ciências da Saúde (FECS) do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), credenciada e autorizada pelo Ministério da Educação desde 2014.

13.3. Em nenhum tempo haverá a possibilidade de trancamento de matrícula do referido curso, sendo de inteira responsabilidade do(a) aluno(a) cumprir com as qualificações necessárias para alcance de sua certificação.

14. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL

14.1. Decairá do direito de impugnar os termos deste Edital o interessado que não o fizer até o prazo máximo de 03 (três) dias a contar da data de publicação deste Edital.

14.2. Caso não seja impugnado dentro do prazo, o(a) interessado(a) não poderá mais contrariar as cláusulas deste Edital, concordando com todos os seus termos.

14.3. A impugnação deverá ser dirigida somente por meio de correspondência eletrônica para o endereço: cuida.aps@haoc.com.br, seguindo as normas de processo administrativo federal.

14.4. Divulgação da resposta à impugnação apresentada, disponibilizada no sítio eletrônico: <https://ead.proadihaoc.org.br/mod/url/view.php?id=1478> em até 5 (cinco) dias úteis a contar da data de recebimento, pelo HAOC, da impugnação.

15. COORDENAÇÃO

Gerente de projeto: Samara Kielmann Almeida dos Reis

Coordenadora do projeto: Lígia Mendes Borges

Coordenadoras do Curso de Especialização: Luciana Soares de Barros e Mariana Fonseca Paes

16. DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1. O Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) reserva-se o direito de:

16.1.1. A critério da coordenação do curso, prorrogar o período de inscrição/matriculação e adiar o início do curso;

16.1.2. Não abrir, cancelar ou interromper o curso, identificada qualquer irregularidade no processo de inscrição/matriculação ou outro impedimento de qualquer gênero, sem qualquer prejuízo ao (a) candidato (a).

16.2. O(a) candidato(a) que prestar declaração falsa ou inexata, em qualquer documento, ainda que verificada posteriormente, será excluído do processo de inscrição/matriculação ou mesmo do curso;

16.3. O HAOC declara que o tratamento de dados para a presente inscrição, observará todas as premissas de segurança da Lei Geral de Proteção de Dados e suas correlatas;

16.4. Para o adequado andamento deste processo de inscrição/matriculação, serão objeto de tratamento de dados, apenas informações pessoais de contato e identificação, a fim de que o(a) candidato(a) possa fornecer com a finalidade de contactá-lo(a) ou verificar seu cadastro;

16.5. A finalidade dos dados pessoais relacionados a este processo de inscrição é a análise de enquadramento aos requisitos para ocupação das vagas e da comprovação documental para adequação, visando o interesse público e os fins sociais do PROADI-SUS;

16.6. O(a) aluno(a) ficará ciente da ilegalidade e de sua responsabilização quanto à:

16.6.1. Reprodução, sob qualquer forma, do(s) material(is) do(s) curso(s), sob pena de responder, civil e criminalmente, perante o HAOC e terceiros, nos termos da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, assim como da Lei nº 9.609, de 19 de fevereiro de 1998, seja por violação dos direitos autorais do material do curso, assim como violação da propriedade intelectual, devendo o uso destes ser feito exclusivamente em âmbito próprio e privado pelo candidato.

16.6.2. Conceder a terceiros seu nome de usuário, login e senha, posto que será responsável por quaisquer encargos decorrentes da utilização dos mesmos, devendo tomar todas as medidas

necessárias para impedir sua utilização indevida por terceiros. Caso o HAOC venha tomar conhecimento do uso do acesso do(a) aluno(a) por outro(a) indivíduo(a) poderá bloquear o acesso deste, sendo tomadas as providências cabíveis na Lei.

16.6.3. Tentativa ou consumação por burlar o sistema de segurança de computadores para os quais não possua autorização para acesso, corromper ou destruir dados, arquivos ou programas, divulgar por meio de correio eletrônico ou ambiente de curso a sua promoção pessoal ou da instituição onde trabalha ou presta serviço, com fins profissionais, comerciais ou eleitorais, veicular mensagens que possam vir a ser consideradas ofensivas e subversivas ou firam princípios éticos.

16.7. O HAOC não se responsabilizará por eventuais problemas decorrentes de interrupção dos serviços do provedor de acesso à internet do(a) aluno, nem pela interrupção dos serviços em casos de falta de fornecimento de energia elétrica para o sistema de seu provedor de acesso, falhas nos sistemas de transmissão ou de roteamento no acesso à internet, incompatibilidade dos sistemas dos usuários com os do provedor de acesso ou qualquer ação de terceiros que impeçam a prestação de serviço resultante de caso fortuito ou de força maior relacionados no Código Civil Brasileiro.

16.8. O(A) candidato(a), ao realizar sua inscrição/matricula, também manifesta ciência quanto à possibilidade de divulgação de seus dados em listagens e resultados no decorrer deste Processo Seletivo, tais como aqueles relativos a seu nome e número da inscrição. Tendo em vista que essas informações são essenciais para o fiel cumprimento da publicidade dos atos atinentes ao Processo Seletivo, não caberão reclamações posteriores neste sentido, ficando cientes também, os candidatos, de que possivelmente tais informações poderão ser encontradas na rede mundial de computadores por meio dos mecanismos de busca existentes.

16.9. Os casos omissos e as dúvidas acerca da aplicação das normas deste documento serão resolvidos pelo Grupo Executivo do Projeto Cuida APS, através do e-mail cuida.aps@haoc.com.br

16.10. Os documentos comprobatórios seguem o regimento da Faculdade de Educação e Ciências da Saúde (FECS).

16.11. O presente documento entra em vigor a partir de sua publicação, revogadas as disposições contrárias.

São Paulo, 10 de fevereiro de 2025.



Samara Kielmann

Gerente de Projetos de Sustentabilidade e Responsabilidade Social
Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Publique-se.

ANEXO 1
MUNICÍPIOS CONTEMPLADOS

ESTADO	MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO
Paraíba	MACRORREGIÃO III Sertão/Alto Sertão da Paraíba	9ª Região - 15 municípios	BERNARDINO BATISTA
			BOM JESUS
			BONITO DE SANTA FÉ
			CACHOEIRA DOS ÍNDIOS
			CAJAZEIRAS
			CARRAPATEIRA
			JOCA CLAUDINO
			MONTE HOREBE
			POÇO DANTAS
			POÇO DE JOSÉ DE MOURA
			SANTA HELENA
			SÃO JOÃO DO RIO DO PEIXE
			SÃO JOSÉ DE PIRANHAS
			TRIUNFO
UIRAÚNA			
Tocantins	Macrorregião de Saúde Norte	Cerrado Tocantins Araguaia - 17 municípios	ARAPOEMA
			BANDEIRANTES DO TOCANTINS
			BERNARDO SAYÃO
			BOM JESUS DO TOCANTINS
			BRASILÂNDIA DO TOCANTINS
			CENTENÁRIO
			COLINAS DO TOCANTINS
			COLMÉIA
			COUTO MAGALHÃES
			GOIANORTE
			GUARÁ
			ITACAJÁ
			ITAPIRATINS
			ITAPORA DO TOCANTINS
			JUARINA
PALMEIRANTE			
PEDRO AFONSO			

			PEQUIZEIRO
			PRESIDENTE KENNEDY
			RECURSOLÂNDIA
			SANTA MARIA DO TOCANTINS
			TUPIRAMA
			TUPIRATINS
Maranhão	Macrorregião Norte	Chapadinha - 13 municípios	ÁGUA DOCE DO MARANHÃO
			ANAPURUS
			ARAIOSES
			BREJO
			CHAPADINHA
			MAGALHÃES DE ALMEIDA
			MATA ROMA
			MILAGRES DO MARANHÃO
			PAULINO NEVES
			SANTA QUITÉRIA DO MARANHÃO
			SANTANA DO MARANHÃO
			SÃO BERNARDO
			TUTÓIA
	Pinheiro - 17 municípios	APICUM-AÇU	
		BACURI	
		BEQUIMÃO	
		CEDRAL	
		CENTRAL DO MARANHÃO	
		CURURUPU	
		GUIMARÃES	
		MIRINZAL	
		PEDRO DO ROSÁRIO	
		PERI MIRIM	
		PINHEIRO	
		PORTO RICO DO MARANHÃO	
		PRESIDENTE SARNEY	
		SANTA HELENA	
SERRANO DO MARANHÃO			
TURIAÇU			
TURILÂNDIA			

ANEXO 2**DECLARAÇÃO DE EQUIPES E TRABALHADORES(AS) ELEGÍVEIS E COMPROMISSO DO(A) GESTOR(A)**

Eu, _____ (nome do(a) gestor(a), _____ (cargo), _____ (município), estado de _____, declaro e atesto para os devidos fins, que os(as) profissionais elencados(as) na tabela abaixo, integrantes de todas as equipes de saúde da atenção primária do município, participarão do processo seletivo e, se aprovados(as) e selecionados(as), seguirão como alunos(as) do Curso de Especialização: **“Melhoria do Cuidado Interprofissional das Pessoas com Condições Crônicas na APS”**. Essa iniciativa é parte do projeto **“Cuida APS: Cuidado Interprofissional das Pessoas com Condições Crônicas não Transmissíveis (CCNT)”**, objeto de suporte ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – PROADI-SUS (Triênio 2024-2026), parceria do **Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC)** com o **Ministério da Saúde (MS)**, apoiado pelo **Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)** e **Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)**. Ademais, entendo que o objetivo do curso é preparar o(a) profissional atuante em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Equipes Multiprofissionais (eMulti), a fim de que o município _____, do estado de _____, esteja alinhado às estratégias que qualifiquem o cuidado para pessoas com CCNT.

Nome do Estabelecimento de Saúde	CNES do Estabelecimento de Saúde	Nome da Equipe de Saúde	Número de Vagas para essa Equipe	Nome dos Profissionais de cada Equipe	Contato dos Profissionais da Equipe (E-mail e nº de celular)

Afirmo que tais profissionais serão liberados de suas atividades profissionais por **dois dias** consecutivos, **mensalmente**, para participar de encontros de formação junto ao(a) Educador(a) de Território, realizados ora presencialmente na cidade de _____ (cidade sede do polo), ora de forma remota (com atividades síncronas). Vale destacar que alguns encontros, conforme cronograma, serão de três dias consecutivos.

Estou ciente de que:

I – Eventuais custos com deslocamento, alimentação e/ou hospedagem ou quaisquer outras despesas, (se necessários), relacionados à participação desses profissionais nas atividades formativas supracitadas **NÃO** serão de responsabilidade Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

II – O Curso de Especialização, no qual tais profissionais serão matriculados, compreende também a realização de atividades teórico-conceituais no formato remoto síncrono, e comprometo-me a oferecer apoio para que estes promovam a implantação de estratégias a fim de qualificar o cuidado de pessoas com CCNT junto às equipes de trabalho em que atuam.

III – É preciso garantir proteção de agenda e liberação das atividades laborais dos profissionais aprovados no processo seletivo para cumprirem compromissos mensais da especialização, remota e presencial, de acordo com calendário pactuado, além de assegurar a realização de, no mínimo, 4 horas mensais de atividades práticas em equipe pelos especializandos, com foco na aplicação do Ativa APS, conforme previsto no Projeto Pedagógico e Caderno de Curso da Especialização. Em tempo, é importante disponibilizar a liberação dos(as) especializandos(as) para as atividades decorrentes do projeto, mediante cronograma prévio.

IV – Os(as) trabalhadores(as) elegíveis aprovados(as) e não selecionados(as), também relacionados(as) nesse documento, serão listados(as) no cadastro reserva. Em caso de vacância, eles(as) poderão assumir a posição de alunos(as) no Curso de Especialização.

Por fim, afirmo que também tenho ciência da necessidade da minha participação, ou de interlocutor(a) indicado(a) em reuniões – presenciais e/ou a distância, espaço estratégico para a realização do Projeto Cuida APS nas regiões contempladas.

Por ser verdade, subscrevo a presente.

_____, ____ de _____ de 2025.

Assinatura e carimbo

Nome legível do(a) gestor(a): _____

Cargo: _____

ANEXO 3

AUTODECLARAÇÃO RACIAL

Eu, _____, RG _____, CPF _____, declaro para o fim específico que desejo concorrer ao critério de pontuação de raça no Edital nº 007 de 10 de Fevereiro de 2025, do Projeto Cuida APS: Cuidado Interprofissional das Pessoas com Condições Crônicas não Transmissíveis. Eu me declaro:

() preta(o)

() parda(o)

DECLARO ainda, estar ciente de que a falsidade das declarações por mim firmadas(os) no presente documento acarretará cancelamento da inscrição no processo seletivo. Por ser verdade, firmo e dato a presente declaração.

_____, ____ de _____ de 2025

Local e data

Assinatura da(o) candidata(o)

ANEXO 4

DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO QUILOMBOLA

A liderança comunitária abaixo identificada, residente na Comunidade Quilombola _____ localizada no Município de _____, Estado _____, CEP _____, concorrer ao critério de pontuação quilombolas no Edital nº007 de 10 de Fevereiro de 2025, Projeto Cuida APS: Cuidado Interprofissional das Pessoas com Condições Crônicas não Transmissíveis, que _____, RG _____, CPF _____, nascida(o) em ____/____/____, é QUILOMBOLA, nascida e residente na Comunidade Quilombola _____, mantendo laços familiares, econômicos sociais e culturais com a referida comunidade.

LIDERANÇA

1.Nome completo: _____

RG: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2.Nome completo: _____

RG: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

3.Nome completo: _____

RG: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

DECLARO ainda, estar ciente de que a falsidade das declarações acima firmadas no presente documento acarretará cancelamento da inscrição no processo seletivo. Por ser verdade, firmo e dato a presente declaração.

_____, ____ de _____ de 2025

Assinatura da(o) candidata(o)

ANEXO 5**DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO E COMUNITÁRIO DE CANDIDATA(O) INDÍGENA**

Eu _____, RG n° _____, CPF n° _____, declaro para o fim específico que desejo concorrer ao critério de pontuação de pertencimento étnico indígena no Edital n° 007 de 10 de Fevereiro de 2025, do Projeto Cuida APS: Cuidado Interprofissional das Pessoas com Condições Crônicas não Transmissíveis. Para tal, declaro que sou indígena pertencente ao povo _____ da comunidade indígena, localizada no município _____, UF _____.

A liderança comunitária abaixo identificada, do Povo Indígena _____ (nome do povo indígena), DECLARA, para fins de concorrência a esta vaga que a(o) candidata(o) acima mencionada é indígena pertencente ao Povo _____ (nome do Povo indígena ao qual pertence), localizada no município _____, UF _____.

LIDERANÇAS

1. Nome completo: _____

CPF: _____

RG: _____

Assinatura: _____

2. Nome completo: _____

CPF: _____

RG: _____

Assinatura: _____

3. Nome completo: _____

CPF: _____

RG: _____

Assinatura: _____

Observação: Se os líderes ou alguns dos líderes signatários da declaração possuírem algum vínculo com alguma entidade representativa da comunidade, essa situação deverá ser identificada na declaração, mediante a indicação do nome e aposição do carimbo do CNPJ da entidade a qual representa).

DECLARO ainda, estar ciente de que a falsidade das declarações acima firmadas no presente documento acarretará cancelamento da inscrição no processo seletivo.

Por ser verdade, firmo e dato a presente declaração.

_____, _____ de _____ de 2025

Local e data

Assinatura da(o) candidata(o)

ANEXO 6

AUTODECLARAÇÃO DE IDENTIDADE DE GÊNERO

Eu, _____, RG
_____, CPF _____, declaro para o fim
específico que desejo concorrer ao critério de pontuação de identidade de gênero no Edital n° 007 de
10 de Fevereiro de 2025, do Projeto Cuida APS: Cuidado Interprofissional das Pessoas com Condições
Crônicas não Transmissíveis.

Eu me declaro:

- Travesti
- Transexual
- Transgênero
- Não-binária

DECLARO ainda, estar ciente de que a falsidade das declarações por mim firmadas no presente documento acarretará cancelamento da inscrição no processo seletivo. Por ser verdade, firmo e dato a presente declaração.

A(o) candidata(o) tem autonomia para escolher o nome a ser utilizado nesta declaração.

_____, ____ de _____ de 2025

Assinatura da(o) candidata(o)