

EDITAL DE SELEÇÃO DE BOLSA DE INCENTIVO À PESQUISA MÉDICO DA FAMÍLIA

Projeto VERACIS | Einstein Hospital Israelita - PROADI-SUS

I. DISPOSIÇÕES GERAIS

O Projeto VERACIS – Vulnerabilidades Étnico-Raciais, Ambiente, Clima e Impacto na Saúde – torna pública a abertura de processo seletivo para **1 (uma) bolsa de incentivo à pesquisa voltada a profissional médico(a) com formação em atenção primária à saúde e/ou experiência em saúde da população quilombola.**

O(A) profissional atuará em atividades estratégicas da Entrega 2, com ênfase na análise de dados clínico-laboratoriais, apoio à construção de recomendações técnicas, diálogo com lideranças e suporte técnico às devolutivas comunitárias em territórios quilombolas.

II. VAGA AFIRMATIVA (*Portaria GM/MS nº 5.801, de 28 de novembro de 2024*)

Atendendo aos termos dispostos na Portaria GM/MS nº 5.801, de 28 de novembro de 2024, este edital reserva vagas para ações afirmativas com os seguintes percentuais mínimos, obrigatórios e cumulativos:

- 30% (trinta por cento) das vagas para pessoas autodeclaradas negras;
- 5% (cinco por cento) das vagas para pessoas indígenas;
- 5% (cinco por cento) das vagas para pessoas quilombolas;
- 10% (dez por cento) das vagas para pessoas com deficiência;
- 5% (cinco por cento) das vagas para pessoas trans.

A ação visa a promoção da equidade racial, étnica e de gênero no campo científico, em consonância com os princípios éticos e metodológicos do projeto.

Neste edital, observa-se que, quando a aplicação dos percentuais referentes às reservas de vagas resultar em frações, será adotado o critério de arredondamento conforme previsto na Portaria GM/MS nº 5.801/2024, a saber: para o número inteiro imediatamente superior, nos casos em que a fração for igual ou superior a 0,5 (zero vírgula cinco); e para o número inteiro imediatamente inferior, nos casos em que a fração for inferior a 0,5 (zero vírgula cinco).

Candidaturas que não se enquadrem nos critérios afirmativos (ampla concorrência) serão analisadas apenas em caso de ausência de candidatas(os) que atendam aos perfis priorizados neste edital, respeitando-se os demais requisitos técnicos exigidos.

O enquadramento na reserva de vagas afirmativa deverá ser comprovando, sendo:

- I - Para as pessoas autodeclaradas negras, com declaração de raça/cor, podendo esta ser verificada por uma banca de heteroidentificação;
- II - Para pessoas indígenas, declaração de pertencimento emitida pelo grupo indígena assinada por liderança local;
- III - Para pessoas quilombolas, com declaração de pertencimento emitida e assinada por liderança ou associação local, ou certificado de reconhecimento do território de pertencimento emitido pela Fundação Cultural Palmares - FCP, nos casos em que houver;
- IV - Para pessoas com deficiência, com autodeclaração em formulário próprio e Laudo Médico (original ou cópia autenticada), por médico especialista na deficiência apresentada, atestando a espécie e o grau, ou nível da deficiência ou do suporte necessário, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças- CID-10; e
- V - Para as pessoas trans, com autodeclaração, podendo esta ser verificada por uma banca de heteroidentificação.

III. ATRIBUIÇÕES DA/O BOLSISTA

- Apoiar tecnicamente a equipe do projeto na análise de dados clínico-laboratoriais e ambientais;
- Contribuir na elaboração de pareceres técnicos e recomendações para ações de saúde nos territórios;
- Participar de reuniões com lideranças locais, equipes de campo e profissionais de saúde locais;
- Apoiar a devolutiva comunitária de resultados e construção de estratégias de cuidado;
- Colaborar na sistematização de achados e produção de relatórios técnicos;
- Realizar visitas pontuais aos territórios, quando necessário.

IV. INFORMAÇÕES GERAIS PARA INSCRIÇÃO

As(os) interessadas(os) devem enviar, em PDF, os seguintes documentos para o e-mail: **raquel.galera@einstein.br** com o assunto: **"Seleção de Bolsistas VERACIS – Médico da Família"**:

- Carta de motivação (máximo 1 página), destacando sua trajetória e aderência aos critérios afirmativos;
- Currículo atualizado e/ou currículo lattes;
- Certificado de formação técnica, graduação ou atestado de matrícula em programa de pós-graduação.
- Formulário de autodeclaração, conforme um dos modelos anexo, ou laudo médico (para pessoas portadoras de deficiência).

Requisitos obrigatórios:

- Graduação em medicina com registro ativo no CRM;
- Experiência com atenção básica/atenção primária à saúde;
- Compromisso ético com comunidades tradicionais e políticas de equidade em saúde;
- Disponibilidade para viagem as comunidades

Desejáveis:

- Residência médica em Medicina de Família e Comunidade;
- Experiência prévia com saúde da população negra ou quilombola;
- Conhecimento em vigilância em saúde, doenças negligenciadas ou agravos ambientais;
- Experiência com projetos do SUS, PROADI-SUS ou programas de extensão comunitária.

V. CONDIÇÕES DA BOLSA DE INCENTIVO À PESQUISA

- Dedicação: 20 horas semanais;
- Modalidade: Híbrida (1 ou 2 x na semana em São Paulo), com eventuais visitas a campo;
- Duração: 15 meses;
- Não gera vínculo empregatício.

VI. CRONOGRAMA PREVISTO

Período de inscrição: 15.08.2025 a 30.08.2025

Entrevistas: 02.09.2025 a 03.09.2025

Resultado: 10.09.2025

Início das atividades: Previsto: 01.10.2025

IV. RESULTADOS

O resultado será divulgado por e-mail e canais institucionais. As pessoas selecionadas serão convocadas para a capacitação inicial e formalização da bolsa.

VII. DISPOSIÇÕES FINAIS

- Este edital integra as ações da Entrega 2 do Projeto VERACIS, no âmbito do PROADI-SUS;
- Casos omissos serão avaliados pela equipe de coordenação e seleção;
- Em caso de dúvidas, entrar em contato pelo e-mail: raquel.galera@einstein.br

ANEXO I.**DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO PARA PESSOAS QUILOMBOLAS**

As lideranças da Comunidade Quilombola _____, situada no município de _____, Estado de _____, CEP _____, DECLARAM, para os devidos fins e especialmente para subsidiar o levantamento de perfil do Projeto Proadi-SUS: “Vulnerabilidades Étnico-Raciais, Ambiente, Clima e Impacto na Saúde - VERACIS” – uma parceria entre o Einstein Hospital Israelita e o Ministério da Saúde - que o(a) colaborador(a)/bolsista _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, é reconhecido(a) como pessoa QUILOMBOLA, nascido(a) e residente na referida Comunidade Quilombola, com a qual mantém vínculos familiares, sociais, econômicos e culturais.

LIDERANÇA 1

Nome completo: _____

CPF: _____ RG: _____

Assinatura: _____

LIDERANÇA 2

Nome completo: _____

CPF: _____ RG: _____

Assinatura: _____

LIDERANÇA 3

Nome completo: _____

CPF: _____ RG: _____

Assinatura: _____

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) Candidato(a)

ANEXO II.**DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO PARA PESSOAS INDÍGENAS**

As lideranças comunitárias abaixo identificadas, pertencentes ao Povo Indígena _____, DECLARAM, para os devidos fins, especialmente para subsidiar o levantamento de perfil do Projeto PROADI-SUS “Vulnerabilidades Étnico-Raciais, Ambiente, Clima e Impacto na Saúde - VERACIS” – parceria entre o Einstein Hospital Israelita e o Ministério da Saúde, que o(a) colaborador(a)/bolsista _____, inscrito(a) no CPF nº _____, é indígena pertencente a este povo, cuja comunidade está localizada no município de _____, Estado de _____.

Declaramos, ainda, que somos lideranças reconhecidas da comunidade indígena na qual reside a pessoa indígena mencionada anteriormente.

LIDERANÇA 1

Nome completo: _____

CPF: _____ RG: _____

Assinatura: _____

LIDERANÇA 2

Nome completo: _____

CPF: _____ RG: _____

Assinatura: _____

LIDERANÇA 3

Nome completo: _____

CPF: _____ RG: _____

Assinatura: _____

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) Candidato(a)

ANEXO III.**FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA NEGRA**

Eu, _____,
portador(a) do RG nº _____ e do CPF nº _____,
DECLARO, para os devidos fins, especialmente para
subsidiar o levantamento de perfil do Projeto PROADI-SUS: “Vulnerabilidades Étnico-
Raciais, Ambiente, Clima e Impacto na Saúde - VERACIS” – uma parceria entre o
Einstein Hospital Israelita e o Ministério da Saúde –, que sou pessoa negra, de cor preta
ou parda, conforme o quesito cor ou raça adotado pela Fundação Instituto Brasileiro
de Geografia e Estatística - IBGE.

Declaro, ainda, estar ciente de que as informações prestadas neste ato são de minha
inteira responsabilidade e que, em caso de declaração falsa, estarei sujeito(a) às sanções
previstas em lei.

_____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) Candidato(a)

ANEXO IV**FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA TRANS**

Eu, _____,
portador(a) do RG nº _____ e do CPF nº _____,
DECLARO, para os devidos fins, especialmente para
subsidiar o levantamento de perfil do Projeto PROADI-SUS: “Vulnerabilidades Étnico-
Raciais, Ambiente, Clima e Impacto na Saúde - VERACIS”, uma parceria entre o Einstein
Hospital Israelita e o Ministério da Saúde, que sou pessoa trans (travesti, mulher ou
homem trans, pessoa transmasculina, transfeminina ou não binária), ou seja, não me
identifico com o gênero que me foi atribuído ao nascimento.

Declaro, ainda, que o nome utilizado no preenchimento desta declaração é aquele pelo
qual me identifico e deverá ser adotado nas comunicações institucionais, mesmo que seja
distinto do meu nome registrado civilmente, ficando vedado o uso de outra identificação.

Estou ciente de que as informações aqui prestadas são de minha inteira responsabilidade
e que, em caso de falsidade, estarei sujeito(a) às sanções legais cabíveis

_____, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do(a) Candidato(a)