



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

**Rio de Janeiro, 10 de julho de 2008**

## **Edital de Seleção de alunos para o Curso de Atualização: Controle e Assistência da Tuberculose**

A Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ), o Centro de Referência Prof. Hélio Fraga e o Fundo Global Tuberculose - Brasil tornam públicas por meio deste Edital, as Normas para o processo de seleção de alunos para o **Curso de Atualização em Controle e Assistência da Tuberculose**, coordenado pelos Profs. Luciano Medeiros de Toledo e Maria José Procópio Ribeiro de Oliveira, na modalidade à Distância.

**Objetivo do Curso:** Atualizar profissionais de saúde de nível superior com vistas à diminuição da morbidade, mortalidade e transmissão da tuberculose no Brasil, tendo como foco a melhoria da cobertura do TS/DOTS (*Directly Observed Therapy Short-course*)

### **1. Público Alvo:**

Profissionais de saúde de nível superior, com vínculo na rede SUS que trabalhem ou pretendam trabalhar na assistência ou controle da tuberculose.

### **Pré-Requisitos**

- Atuar no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, incluindo aqueles vinculados às prefeituras, estados e demais órgãos que tem articulação com o controle da tuberculose;
- Ter disponibilidade de, no mínimo, seis horas semanais para estudos e pesquisas demandadas pelo curso;
- Apresentar declaração de apoio da Chefia do setor/órgão responsável pelo controle da tuberculose na região ou de sua chefia imediata justificando a participação do candidato;
- Ter acesso a computador com configuração mínima de acesso a CD Rom.

## 2. Número e Distribuição de vagas:

150 vagas, distribuídas pelos 55 Municípios atendidos pelo Fundo Global para o controle da doença no País \* (listagem **anexo I**):

\* Obs. nestes municípios se concentram 45% dos casos de Tuberculose no País.

## 3. Estrutura do Curso:

O curso está estruturado para ser desenvolvido na modalidade à distância, com atividades distribuídas em 03 (Três) unidades de aprendizagem.

## 4. Inscrição

Cada candidato deverá efetivar sua **inscrição via internet** por meio do preenchimento da **ficha de inscrição** disponível no site do EAD [http://www.extranet.ead.fiocruz.br/simios/inscricao\\_web/inscricao\\_01.php?edital=35](http://www.extranet.ead.fiocruz.br/simios/inscricao_web/inscricao_01.php?edital=35) e do envio da documentação comprobatória requerida no **Item 5**, para EAD/ENSP/FIOCRUZ - no endereço abaixo, no período **de 10/07/08 a 30/07/08**, sendo esta última a data final para postagem da documentação. (recomenda-se forma de postagem por SEDEX ou AR)

### EAD/ENSP/FIOCRUZ

**Curso de Atualização: Controle e Assistência da Tuberculose**

**Seleção de Alunos**

**Caixa Postal 35519 - Cep. 21040-970 - Rio de Janeiro - RJ**

**Observação:** A data do carimbo postal valerá como comprovação do cumprimento do prazo estipulado no item 4 do Edital.

## 5. Documentos para a inscrição e seleção:

- Cópia autenticada frente e verso do diploma de graduação registrado;
- Cópias autenticadas frente e verso da Carteira de Identidade/RG (que informe naturalidade) e do CPF;
- Dois retratos 3x4 coloridos. Não serão consideradas cópias escaneadas;
- Cópia da Certidão de Casamento, caso haja alteração no nome constante da documentação apresentada;
- Declaração de apoio da Chefia do setor/órgão responsável pelo controle da tuberculose na região ou da chefia imediata justificando a participação do candidato (**anexo II**);
- *Curriculum Vitae* conforme modelo (**anexo III**);
- Declaração do candidato de disponibilidade e habilidade se comprometendo a dispor de uma carga horária mínima de seis horas semanais de dedicação às atividades acadêmicas do Curso

### Observações:

- Ao inscrever-se na Seleção o candidato estará reconhecendo sua aceitação das normas estabelecidas neste Documento.

**6. Seleção:**

O processo seletivo será realizado por uma comissão formada pela Coordenação do Curso, por professores do EAD/ENSP/FIOCRUZ e por representantes do Fundo Global. O processo de seleção constará de análise do *Curriculum* acima mencionado. Como critérios para a pontuação, serão considerados os indicadores epidemiológicos, não cabendo recursos.

**Informações**

Informações adicionais poderão ser obtidas pelo endereço eletrônico [proead@ead.fiocruz.br](mailto:proead@ead.fiocruz.br) ou pelo telefones (21) 2598-2920 - Secretaria do Programa de Educação a Distância.

**7. Critérios de Desempate:**

- a) Critério Epidemiológico
- b) Idade mais avançada.

**8. Resultado da Seleção:**

A ENSP/FIOCRUZ, por meio da Comissão de Seleção, será responsável pela seleção e divulgação da lista de candidatos selecionados, por meio eletrônico, no site: [www.ead.fiocruz.br](http://www.ead.fiocruz.br) a partir de 25/08/08

**Observações Finais:**

- Os casos omissos serão decididos pela Comissão de Seleção.
- A EAD/ENSP/FIOCRUZ poderá fazer alterações neste Edital.

COORDENAÇÃO DO CURSO  
Prof. Luciano Medeiros de Toledo  
Prof. Maria José Procópio Ribeiro de Oliveira

## ANEXO I

## Municípios atendidos pelo Fundo Global para o controle da doença no País

REGIÃO METROPOLITANA	UF	MUNICÍPIOS
Da Baixada Santista	SP	1. Santos
		2. Cubatão
		3. Guarujá
		4. Praia Grande
		5. São Vicente
De Belém	PA	6. Belém
		7. Ananindeua
De Belo Horizonte	MG	8. Belo Horizonte
		9. Contagem
De Fortaleza	CE	10. Fortaleza
		11. Caucaia
		12. Maracanaú
De Porto Alegre	RS	13. Porto Alegre
		14. Alvorada
		15. Canoas
		16. Gravataí
		17. Novo Hamburgo
		18. São Leopoldo
		19. Sapucaia do Sul
		20. Viamão
De Recife	PE	21. Recife
		22. Cabo de Santo Agostinho
		23. Camaragibe
		24. Jaboatão dos Guararapes
		25. Olinda
		26. Paulista
Do Rio de Janeiro	RJ	27. Belford Roxo
		28. Duque de Caxias
		29. Itaboraí
		30. Japeri
		31. Magé
		32. Mesquita
		33. Nilópolis
		34. Nova Iguaçu
		35. Queimados
		36. São Gonçalo
		37. São João do Meriti
De Salvador	BA	38. Salvador
		39. Camaçari
		40. Lauro de Freitas

(Continua)

## Municípios atendidos pelo Fundo Global para o controle da doença no País

(Continuação)

<b>REGIÃO METROPOLITANA</b>	<b>UF</b>	<b>MUNICÍPIOS</b>
De São Luis	MA	41. São Luis
De São Paulo	SP	42. São Paulo
		43. Barueri
		44. Carapicuíba
		45. Diadema
		46. Guarulhos
		47. Itapevi
		48. Itaquaquecetuba
		49. Mauá
		50. Moji das Cruzes
		51. Osasco
		52. Santo André
		53. São Bernardo do campo
		54. Taboão da Serra
	AM	55. Manaus

## ANEXO II

### DECLARAÇÃO DE APOIO INSTITUCIONAL

Órgão ou Entidade: (especificar)

Área de Atuação do Órgão: (especificar)

Declaro que o profissional ....., está liberado para realizar as atividades à distância, com carga horária de 6 (seis) horas semanais, previstas no “Curso de Atualização; Controle e Assistência da Tuberculose.”

Declaro ainda que o perfil do mesmo atende aos pré-requisitos estabelecidos na Edital informando que este profissional atua: (Sinalizar a posição do profissional):

Informo estar ciente de que se trata de um curso de caráter formativo, cujo processo de certificação dependerá do aproveitamento acadêmico demonstrado.

Local, data e assinatura (constatando o nome e matrícula do responsável pela indicação).

Obs: O documento deve ser em papel timbrado da instituição assinado e com identificação do assinante.

**ANEXO III****Currículo Vitae****CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM CONTROLE E ASSISTÊNCIA DA  
TUBERCULOSE****1) - IDENTIFICAÇÃO:**

Nome completo, sem abreviação: \_\_\_\_\_  
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino                      Data Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Natural de:(Cidade/Estado) \_\_\_\_\_  
Identidade Nº \_\_\_\_\_ Órgão Emissor/UF: \_\_\_\_\_ Data Emissão: \_\_\_\_\_  
CPF Nº: \_\_\_\_\_

**2) - ENDEREÇO RESIDENCIAL:**

Rua, Av.: \_\_\_\_\_ nº.: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Tel.: Celular: (    ) \_\_\_\_\_ Fax: (    ) \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

**3) - ENDEREÇO PROFISSIONAL:**

Nome da Instituição: \_\_\_\_\_  
Função: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
Setor de trabalho: \_\_\_\_\_  
Rua, Av.: \_\_\_\_\_ nº.: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
Tel.: (    ) \_\_\_\_\_ Celular: (    ) \_\_\_\_\_ Fax: (    ) \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

**4) - FORMAÇÃO:****Graduação:**

Curso: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

**Pós-graduação: (Especialização, Mestrado, Doutorado e Outros)**

Curso: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

**Outros (especificar nome do curso, carga horária, período e instituição que ofereceu o Curso):**

---

---

---

**5) - EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL ANTERIOR****Especificar – função exercida, cargo, descrever atividades desenvolvidas, local, período e Instituição:**

---

---

---

---

---

---

**6) DESCREVA SUA EXPERIÊNCIA NA ÁREA DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA.**

---

---

---

---

---

---

**6.1) CLASSIFIQUE A SUA ÁREA DE ATUAÇÃO**

- ( ) NÍVEL CENTRAL  
- ESTADUAL ( )  
- MUNICIPAL ( )  
- REGIONAL ( )  
- OUTROS ( )

ÁREA DE ABRANGÊNCIA:

ESTADO:  MUNICÍPIO:  REGIONAL:  DISTRITO SANITÁRIO OU CORRESPONDENTE:

Nº DE HABITANTES: \_\_\_\_\_

Nº DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE/ANO: \_\_\_\_\_

Nº DE CASOS DE HIV/AIDS/ANO: \_\_\_\_\_

TAXA DE CURA DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE: \_\_\_\_\_

TAXA DE ABANDONO: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura

**ANEXO IV****DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE E HABILIDADE**

Eu ....., declaro para fins de participação no **Curso de Atualização: Controle e Assistência da Tuberculose**, modalidade a distância do EAD/ENSP/FIOCRUZ, ter inteiro comprometimento e disponibilidade para atuar e desenvolver as atividades como aluno, dedicando o tempo mínimo estabelecido de 6 (seis) horas semanais.

Declaro, ainda, possuir todas as condições de habilidade para utilização de computadores.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Local, data e assinatura do candidato