



Edital PRAE nº 14/2026 de 16 de outubro de 2026

Seleção de Pessoas Orientadoras de Serviços Bolsistas no Programa AFIRMASUS nos Projetos “Afirmando Cuidados a Grupos Vulnerabilizados: A Federal da Saúde na Atenção Primária em Saúde em Porto Alegre/RS” e “Afirma UFCSPA: Saúde e Cidadania para a Universidade do Amanhã!”

A Pró-Reitora Adjunta de Ações Afirmativas e Assuntos Estudantis, no uso de suas atribuições, conferidas pela Portaria nº 6494, de 16 de outubro de 2025, publicada no Diário Oficial da União de 20 de outubro de 2025, torna público o presente Edital, que abre inscrições para a seleção de pessoas orientadoras de serviço do Programa AFIRMASUS, desenvolvido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. O presente está em consonância com os editais do Ministério da Saúde nº 04/2025 e nº 27/2026.

1) DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

- 1.1 O Processo Seletivo de pessoas orientadoras de serviço do Programa AFIRMASUS será regido pelo presente Edital, por seus Anexos e por eventuais retificações.
- 1.2 O objetivo é selecionar pessoas orientadoras de serviço para desenvolver ações de ensino, pesquisa, extensão e cultura, com recorte interseccional e interprofissional, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- 1.3 A seleção será realizada pela Comissão Local de Acompanhamento e Avaliação (CLAA) do Programa AFIRMASUS.
- 1.4 Este Edital está fundamentado nas diretrizes previstas na Portaria GM/MS nº 5.801, de 2024, no Anexo CXII[A] da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 2017, e no Edital nº 4/2025-SGTES/MS.

2) OBJETIVOS DO AFIRMASUS

- 2.1 Apoiar a permanência da comunidade discente pertencente a grupos socialmente vulnerabilizados nas IES públicas;
- 2.2 Estimular ações de ensino, pesquisa, extensão e cultura, no âmbito da rede de atenção, dos territórios e da gestão à saúde, fortalecendo a integração entre o ensino, serviço e comunidade, na perspectiva da Educação Permanente em Saúde;
- 2.3 Realizar ações na perspectiva da interculturalidade, interprofissionalidade e interdisciplinaridade na graduação por meio de atividades de ensino, pesquisa, extensão e cultura;
- 2.4 Estabelecer estratégias e ampliar espaços de discussão para promover mudanças na formação de profissionais de saúde, tendo como perspectiva promover um cuidado à saúde que atenda às necessidades dos grupos socialmente vulnerabilizados;
- 2.5 Promover iniciativas de cuidado à saúde da comunidade discente pertencente a grupos socialmente vulnerabilizados, construindo estratégias de ações e serviços de referência;
- 2.6 Fomentar grupos de aprendizagem que fortaleçam os espaços de grupalidade e estabeleçam o cuidado mútuo entre participantes dos grupos;
- 2.7 Incentivar articulação intersetorial, movimentos sociais e populares para o desenvolvimento de ações de saúde com foco em populações socialmente vulnerabilizadas;
- 2.8 Proporcionar espaços de gestão democrática e participativa;
- 2.9 Criar espaços dialógicos e intersetoriais de reflexão crítica que possibilitem o desenvolvimento de um compromisso ético-político nos processos de transformação social, considerando as necessidades de saúde das populações vulnerabilizadas socialmente; e
- 2.10 Contribuir para as políticas de diversidade e de ações afirmativas nas IES públicas, em defesa da equidade socioeconômica, étnica, racial e de gênero.

3) CONDIÇÕES PARA INSCRIÇÃO DA PESSOA ORIENTADORA DE SERVIÇOS

- 3.1 A pessoa orientadora de serviço é uma figura representante da sociedade civil organizada, que atuará na condição de bolsista, com formação de nível médio ou superior, conforme os requisitos previstos nos arts. 18-D e 18-E do Anexo CXII[A] da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 2017, e suas alterações.
- 3.2 Poderão atuar como pessoas orientadoras de serviço do grupo AFIRMASUS representantes da sociedade civil organizada que atendam aos seguintes requisitos:
 - I - Trabalhar na área da saúde em vinculação ao SUS;
 - II - Pertencer a um dos seguintes grupos socialmente vulnerabilizados: pessoas negras (pretas ou pardas), pessoas indígenas, pessoas quilombolas, pessoas trans (mulheres trans, travestis, homens trans, transmasculinos, pessoas

não-binárias), pessoas com deficiência (PcD), pessoas migrantes, pessoas refugiadas ou pessoas ciganas;
 III - Ter disponibilidade de 8 (oito) horas semanais para dedicar às atividades do AFIRMASUS; e
 IV - Não ser bolsista de outro programa financiado pela SGTES/MS (ex.: PET-Saúde).

4) SÃO ATRIBUIÇÕES DA PESSOA ORIENTADORA DE SERVIÇOS

- 4.1 Contribuir para o processo formativo da comunidade discente envolvida no programa, a partir de suas experiências territoriais e saberes comunitários;
- 4.2 Apoiar a integração entre o grupo AFIRMASUS e as comunidades locais, promovendo a intersetorialidade e a inclusão;
- 4.3 Colaborar com as atividades pedagógicas e de planejamento desenvolvidas pelo grupo; e
- 4.4 Participar das reuniões de monitoramento, avaliação e prestação de contas quando houver convocação.

5) VAGAS E SUA DISTRIBUIÇÃO

5.1 Serão ofertadas 2 (duas) vagas para pessoas orientadoras de serviços, distribuídas da seguinte forma:

Projeto	Vagas	Perfil
Afirma UFCSPA: Saúde e Cidadania para a Universidade do Amanhã!	01 (uma)	Bolsista
Afirmando Cuidados a Grupos Vulnerabilizados: A Federal da Saúde na Atenção Primária em Saúde em Porto Alegre/RS	01 (uma)	Bolsista

6) BOLSA E SUAS CONDIÇÕES

- 6.1 O valor mensal das bolsas da pessoa orientadora de serviço será fixado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) para a modalidade de Apoio Técnico em Extensão no País (ATP). Profissionais de nível médio receberão bolsas no valor de R\$560,00 (quinhentos e sessenta reais), e profissionais de nível superior, no valor de R\$770,00 (setecentos e setenta reais), em conformidade com o art. 18-F do Anexo CXII[A] da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 2017, e suas alterações.
- 6.2 A concessão da bolsa não implica vínculo empregatício com o Ministério da Saúde ou com a UFCSPA.
- 6.3 A pessoa orientadora de serviço bolsista poderá ser desligada em caso de descumprimento dos critérios estabelecidos pela Comissão Local de Acompanhamento e Avaliação (CLAA).

7) INSCRIÇÕES

- 7.1 Profissionais que tenham interesse em participar da seleção deverão realizar suas inscrições pelo formulário eletrônico (disponível em <https://forms.gle/AYg4DdWbFj97f8aJ8>) até as 23h59min do dia 23 de outubro de 2026.
- 7.2 Não serão analisadas inscrições fora do prazo.
- 7.3 O formulário de inscrição coletará as informações necessárias para a avaliação, incluindo:
 - I - Dados pessoais (informações protegidas conforme a LGPD);
 - II - Documento de identificação com CPF (para pessoas estrangeiras pode ser CPF, passaporte ou RNE);
 - III - Documento com foto;
 - IV - Autodeclaração(es) de pertencimento a grupo(s) socialmente vulnerabilizado(s), quando for o caso (conforme Anexos I a VII);
 - V - Relato de vivências relacionadas ao seu grupo de pertencimento;
 - VI - Comprovante de vínculo empregatício com o SUS (serão aceitos documentos emitidos pela instituição contratante);
 - VII - Termo de anuência de sua gestão/coordenação imediata (Anexo VIII); e
 - VIII - Comprovação de participação em atividades desenvolvidas pelo grupo AFIRMA UFCSPA (não obrigatório).

8) CRONOGRAMA

ATIVIDADE	PERÍODO
-----------	---------

Lançamento do edital	16/10/2026
Prazo para a inscrição de pessoas candidatas	23/10/2026
Divulgação da lista final de inscritos	23/10/2026
Avaliação das inscrições	23/10/2026
Divulgação do resultado preliminar	26/10/2026
Período para recursos contra o resultado preliminar	27/10/2026
Análise de recursos	28/10/2026
Divulgação do resultado final	28/10/2026
Início das atividades	03/11/2026

9) CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E SELEÇÃO

9.1 O Processo Seletivo será conduzido pela Comissão Local de Acompanhamento e Avaliação (CLAA).

9.2 A CLAA procederá à apreciação conjunta das informações fornecidas pelas pessoas candidatas no formulário de inscrição, fundamentando sua decisão na análise da documentação.

9.3 As pessoas candidatas poderão ser submetidas a uma entrevista a qualquer momento.

10) APROVAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

10.1 Serão consideradas/es/os aprovadas/es/os as pessoas candidatas que atenderem às condições exigidas para a participação no processo seletivo.

10.2 As pessoas candidatas aprovadas serão alocadas nas vagas disponíveis, considerando a necessidade de diversidade na composição do grupo de estudos do AFIRMASUS e a representatividade dos grupos vulnerabilizados.

10.3 O pertencimento a mais de um grupo vulnerabilizado poderá ser utilizado como critério, em caso de empate, conforme o artigo 3.2 III.

10.4 A participação prévia em atividades desenvolvidas pelo grupo AFIRMA UFCSPA será considerada como critério integrante da avaliação do processo seletivo.

10.5 Em caso de persistência do empate, terá prioridade o candidato com maior idade.

11) DESCLASSIFICAÇÃO

11.1 Serão sumariamente desclassificadas do processo seletivo, as pessoas que:

11.2 Não apresentarem a documentação completa para inscrição exigida no presente edital; e

11.3 Não participarem de alguma das etapas do processo seletivo.

12) RECURSOS

12.1 As pessoas candidatas poderão interpor recurso após a divulgação dos resultados, conforme o cronograma, por meio do formulário (disponível em <https://forms.gle/UfTqxAzEs9G6o3f37>).

13) DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

13.1 A inscrição da pessoa candidata implica a ciência e a aceitação tácita das normas e condições estabelecidas neste Edital.

13.2 Dúvidas e esclarecimentos deverão ser encaminhados ao email da Coordenadoria de Ações Afirmativas (acoesafirmativas@ufcspa.edu.br).

13.3 Os casos omissos serão resolvidos pela CLAA, pela Ouvidoria e pela Pró-Reitoria de Ações Afirmativas e Assuntos Estudantis (PRAE).

Porto Alegre, 16 de outubro de 2026.

ANEXOS

ANEXO I – AUTODECLARAÇÃO RACIAL

Eu, _____ (nome completo da pessoa candidata), portando CIN/CPF nº _____, declaro ser pessoa:

() Preta () Parda.

Declaro ainda, estar ciente de que:

- 1) As vagas reservadas destinam-se às pessoas que apresentem características fenotípicas de pessoa negra que assim sejam socialmente reconhecidas, não sendo suficiente minha identificação pessoal e subjetiva apenas;
- 2) As informações prestadas são de minha inteira responsabilidade, podendo eu responder legalmente, a qualquer momento, em caso de falsidade das referidas informações, o que acarretará a minha eliminação do processo, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.
- 3) Se for detectada a falsidade desta declaração, sujeitarei-me às penalidades legais, inclusive à eliminação desta vaga, em qualquer fase, e à anulação de minha contratação, após procedimento administrativo regular, no qual sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa.

(cidade/UF) (dia) _____, _____ de _____ de _____.
(mês) (ano)

(Assinatura da pessoa candidata)

ANEXO II – DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO (INDÍGENAS)

As lideranças comunitárias abaixo identificadas, do Povo Indígena _____ (nome do povo indígena), declaram que _____ (nome completo), portando CIN/CPF nº _____, é pessoa reconhecida como membra do nosso povo e mantém vínculo social, cultural, político e familiar com este povo indígena, para fins de ocupar vaga reservada para pessoa indígena. Por ser expressão da verdade, firmamos e datamos a presente declaração.

LIDERANÇA 1

Nome completo: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

LIDERANÇA 2

Nome completo: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

LIDERANÇA 3

Nome completo: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

(cidade/UF) (dia) _____, _____ de _____ de _____.
(mês) (ano)

(Assinatura da pessoa candidata)

ANEXO III – DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO (QUILOMBOLAS)

As lideranças comunitárias abaixo identificadas, do Quilombo _____ (nome do quilombo), declaram que _____ (nome completo), portando CIN/CPF nº _____, pertencente ao Quilombo _____ (nome do quilombo ao qual pertence), cuja comunidade está localizada no município de _____, estado do _____, para fins de ocupar vaga reservada para pessoa quilombola. Declaram, ainda, que são lideranças reconhecidas da comunidade quilombola onde reside a pessoa quilombola mencionada acima. Por ser expressão da verdade, firmamos e datamos a presente declaração.

LIDERANÇA 1

Nome completo: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

LIDERANÇA 2

Nome completo: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

LIDERANÇA 3

Nome completo: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

(cidade/UF) (dia) _____, _____ de _____ de _____.
(mês) (ano)

(Assinatura da pessoa candidata)

ANEXO IV – AUTODECLARAÇÃO DE GÊNERO (MULHER TRANS, TRAVESTI, HOMEM TRANS,
TRANSMASCULINO, PESSOA NÃO-BINÁRIA)

Eu, _____ (nome completo da pessoa candidata), portando CIN/CPF
nº _____ declaro que sou uma pessoa trans que se identifica como
_____ (mulher trans, travesti, homem trans, transmasculino ou pessoa não
binária), que atende aos pronomes _____, com o fim específico de atender aos critérios estipulados
para esta vaga reservada.

Declaro ainda, estar ciente de que:

- 1) As informações prestadas são de minha inteira responsabilidade, podendo eu responder legalmente, a qualquer momento, em caso de falsidade das referidas informações, o que acarretará a minha eliminação do processo, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.
- 2) Se for detectada a falsidade desta declaração, sujeitarei-me às penalidades legais, inclusive à eliminação desta vaga, em qualquer fase, e à anulação de minha contratação, após procedimento administrativo regular, no qual sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa.

Afirmo, ainda, que o nome utilizado no preenchimento acima e na ficha de inscrição é o que deve ser utilizado, mesmo que seja distinto de meu registro civil, vedando o uso de outra forma de identificação.

(cidade/UF) (dia) _____, _____ de _____ de _____.
(mês) (ano)

(Assinatura da pessoa candidata)

ANEXO V – AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, _____ (nome completo da pessoa candidata), portando CIN/CPF nº _____, para fins de ocupar vaga reservada para pessoas com deficiência, declaro ser pessoa com:

- ☐ Deficiência Física
☐ Deficiência Visual

• Se pessoa com deficiência visual, indicar:

- ☐ Baixa visão ☐ Cegueira ☐ Visão monocular
☐ Deficiência Mental/Intelectual
☐ Deficiências Múltiplas
☐ Deficiência Auditiva
☐ Surdez (usuário da LIBRAS)
☐ Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Declaro estar ciente de que:

- 1) Esse termo está de acordo com o documento de avaliação biopsicossocial ou com o relatório médico devidamente anexado a essa declaração.
- 2) As informações prestadas são de minha inteira responsabilidade, podendo eu responder legalmente, a qualquer momento, em caso de falsidade das referidas informações, o que acarretará a minha eliminação do processo, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.
- 3) Se for detectada a falsidade desta declaração, sujeitarei-me às penalidades legais, inclusive à eliminação desta vaga, em qualquer fase, e à anulação de minha contratação, após procedimento administrativo regular, no qual sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa.

(cidade/UF) (dia) _____, _____ de _____ de _____.
(mês) (ano)

(Assinatura da pessoa candidata)

ANEXO VI – AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA MIGRANTE OU REFUGIADA

Eu, _____ (nome completo da pessoa candidata), portando CIN/CPF nº _____ (se houver), Registro Nacional Migratório (RNM) nº _____, com origem na cidade _____, do país _____, declaro que sou uma pessoa:

- () Migrante
() Refugiada ou com visto humanitário

Declaro ainda, estar ciente de que:

- 1) As informações prestadas são de minha inteira responsabilidade, podendo eu responder legalmente, a qualquer momento, em caso de falsidade das referidas informações, o que acarretará a minha eliminação do processo, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.
- 2) Se for detectada a falsidade desta declaração, sujeitarei-me às penalidades legais, inclusive à eliminação desta vaga, em qualquer fase, e à anulação de minha contratação, após procedimento administrativo regular, no qual sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa.

Afirmo, ainda, que o nome utilizado no preenchimento acima e na ficha de inscrição é o que deve ser utilizado, mesmo que seja distinto de meu registro civil, vedando o uso de outra forma de identificação.

(cidade/UF) (dia) _____, _____ de _____ de _____.
(mês) (ano)

(Assinatura da pessoa candidata)

ANEXO VII – AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA CIGANA

Eu, _____ (nome completo da pessoa candidata), portando CIN/CPF
nº _____ declaro que sou uma pessoa cigana, de origem
_____, e pertenço à família da comunidade cigana.

Declaro ainda, estar ciente de que:

- 1) As informações prestadas são de minha inteira responsabilidade, podendo eu responder legalmente, a qualquer momento, em caso de falsidade das referidas informações, o que acarretará a minha eliminação do processo, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.
- 2) Se for detectada a falsidade desta declaração, sujeitarei-me às penalidades legais, inclusive à eliminação desta vaga, em qualquer fase, e à anulação de minha contratação, após procedimento administrativo regular, no qual sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa.

Afirmo, ainda, que o nome utilizado no preenchimento acima e na ficha de inscrição é o que deve ser utilizado, mesmo que seja distinto de meu registro civil, vedando o uso de outra forma de identificação.

(cidade/UF) (dia) _____, _____ de _____ de _____.
(mês) (ano)

(Assinatura da pessoa candidata)

ANEXO VIII – TERMO DE ANUÊNCIA DA GESTÃO/COORDENAÇÃO IMEDIATA

As pessoas dirigentes abaixo identificadas declaram, para os devidos fins, estar cientes e de acordo com a candidatura submetida por _____ (nome completo da pessoa candidata), CPF nº _____, que possuem vínculo empregatício com as instituições abaixo identificadas, ao processo seletivo regida pelo Edital PRAE nº XX/2026, de 19 de outubro de 2026, da Pró-Reitoria de Ações Afirmativas e Assuntos Estudantis (PRAE), da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Declaram, ainda, manifestar anuência à participação da pessoa candidata nas atividades do projeto. Por ser verdade, firmam o presente termo para os devidos fins.

Dirigente 1

Nome completo da instituição: _____

CNPJ: _____

Nome completo da pessoa dirigente: _____

Cargo/função na instituição: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Dirigente 2

Nome completo da instituição: _____

CNPJ: _____

Nome completo da pessoa dirigente: _____

Cargo/função na instituição: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(cidade/UF) (dia) _____ (mês) _____ (ano) _____, _____ de _____ de _____.



Documento assinado eletronicamente por **Simone Terezinha do Canto Pereira Cohen**, Pró-reitora Adjunta de Ações Afirmativas e Assuntos Estudantis, em 16/10/2026, às 17:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufcspa.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2602580** e o código CRC **E0707814**.