

Tutorial do Formulário de Inscrição: Edital Laboratório de Inovação do Programa Mais Médicos

Introdução

O Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), lançou o **Edital de Chamamento Público para Submissão de Experiências no Laboratório de Inovação do Programa Mais Médicos**. Essa ação busca identificar, organizar e compartilhar iniciativas relevantes que promovam a melhoria dos serviços e processos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo as áreas de gestão, assistência e formação.

O formulário de inscrição é a ferramenta adotada para que profissionais do Programa Mais Médicos (PMM) possam apresentar suas experiências exitosas e inovadoras.

1. Antes de começar: preparativos essenciais

Para garantir um processo de inscrição tranquilo e eficiente, prepare-se adequadamente antes de preencher o formulário.

1.1. Leitura atenta do edital

IMPORTANTE: leia integralmente o *Edital de Chamamento Público para Submissão de Experiências no Laboratório de Inovação do Programa Mais Médicos* antes de iniciar a sua inscrição.

O edital contém todas as informações sobre:

- Objetivos do chamamento público
- Eixos temáticos para classificação das experiências
- Critérios de avaliação das propostas
- Cronograma completo do processo
- Requisitos para participação

1.2. Organização dos documentos e informações necessárias

Com base no edital, organize previamente:

Dados institucionais e de contato

- **Dados da instituição proponente:** nome completo da instituição (Secretaria Municipal de Saúde, equipe de Saúde da Família etc.)
- **Dados do responsável pelo relato:** nome completo, telefone de contato (com DDD) e e-mail

Informações sobre a experiência

- **Detalhes da equipe envolvida:** descrição dos profissionais participantes e seus vínculos institucionais
- **Perfil da população atendida:** características da comunidade beneficiada, estimativa do número de pessoas atendidas e desafios de saúde identificados
- **Descrição detalhada:**
 - Título da experiência
 - Objetivos principais
 - Resumo (máximo 500 palavras)
 - Período de implementação
- **Resultados e Impactos:**
 - Resultados concretos alcançados
 - Indicadores de monitoramento utilizados
 - Impactos observados na população ou na gestão

Materiais complementares (opcional)

- Link para vídeo, de até 10 minutos, apresentando a experiência
- Relatórios, publicações, registros fotográficos (até 5 arquivos nos formatos .pdf, .png, .jpg ou .jpeg)

1.3. Preparo do Termo de Compromisso

O envio do *Termo de Compromisso e de Autorização de Uso de Imagem* (Anexo II do Edital) é **obrigatório**:

1. **Download:** o formulário fornecerá um link para baixar o modelo do termo
2. **Preenchimento:** complete todos os campos com as informações corretas
3. **Assinatura eletrônica:** o termo deve ser assinado digitalmente, preferencialmente utilizando a Assinatura Eletrônica do Gov.br (disponível em <https://assinador.iti.br/>)
4. **Formato:** após assinado, salve o termo em formato .pdf

2. Acesso e navegação no formulário

O acesso ao formulário de inscrição será disponibilizado em canais oficiais do Ministério da Saúde e da OPAS/OMS, conforme indicado no edital.

Visão geral da interface

O formulário foi desenvolvido em formato de múltiplas etapas para guiar você, de forma organizada, por todas as seções.

Navegação

Botão "Próximo": localizado ao final de cada etapa, permite avançar após o preenchimento dos campos obrigatórios.

Botão "Anterior": permite retornar às etapas já preenchidas para revisar ou corrigir informações.

Indicador de Progresso: exibe em qual etapa da inscrição você se encontra.

ATENÇÃO: o formulário mantém os dados inseridos enquanto você navega entre etapas durante a mesma sessão, mas não possui funcionalidade explícita de "Salvar Rascunho" para continuar o preenchimento em outro momento.

RECOMENDAÇÃO: reserve um tempo para preencher o formulário de uma vez ou mantenha a janela do navegador aberta se precisar fazer uma pausa.

3. Passo a passo de preenchimento do formulário

No formulário todos os campos que constam asterisco (*) são de preenchimento obrigatório. Ou seja, para avançar é necessário que você preencha esses campos. Caso algum fique sem preenchimento, será exibida uma mensagem.

Etapa 1: Dados gerais

Objetivo: fornecer informações básicas sobre a localidade da experiência, a instituição proponente e o responsável pelo relato.


Campos a preencher:

- **Unidade Federativa (UF):** selecione o estado onde a experiência foi desenvolvida
- **Nome do município:** selecione o município correspondente (a lista será filtrada com base na UF escolhida)
- **Nome da instituição proponente:** digite o nome completo da instituição que está submetendo a experiência
- **Nome completo do responsável pelo relato:** informe quem é o ponto de contato para esta inscrição
- **Telefone de contato:** número com DDD
- **E-mail de contato:** endereço de e-mail válido

DICA: revise cuidadosamente os dados de contato, pois serão utilizados para comunicações futuras sobre sua inscrição.

Atenção: todos os campos desta etapa são **obrigatórios**.

Formulário de Inscrição – Laboratório de Inovação do Programa Mais Médicos (LIS-PMM)

 **Dados Gerais**

* Unidade Federativa (UF):

Selecione sua UF ▾

* Nome do Município:

Selecione seu município ▾

* Nome da instituição proponente:

Digite o nome da instituição

* Nome completo do responsável pelo relato:

Digite o nome do responsável

Voltar

Próximo

Etapa 2: Eixo temático da experiência

Objetivo: classificar sua experiência dentro de um dos eixos temáticos definidos pelo edital.

Campo a preencher:

- **Seleção do Eixo Temático:** marque a opção que melhor representa o foco principal da sua experiência:
 - Fortalecimento do Vínculo Territorial e Longitudinalidade no Cuidado em Saúde
 - Participação Popular e Abordagem Comunitária na APS
 - Integralidade e Ampliação do Escopo de Ações na APS
 - Promoção da Equidade no Cuidado em Saúde para Populações Específicas
 - Integração Ensino-Serviço e Desenvolvimento da Formação em Saúde no Território

DICA: consulte o edital para uma descrição detalhada de cada eixo temático antes de fazer sua escolha.

Atenção: esse campo é **obrigatório**. Cada experiência deve ser inscrita em apenas um eixo temático.

Eixo Temático da Experiência

* Eixo Temático da Experiência:

☐ Fortalecimento do Vínculo Territorial e Longitudinalidade no Cuidado em Saúde

☐ Participação Popular e Abordagem Comunitária na APS

☐ Integralidade e Ampliação do Escopo de Ações na APS






☐ Promoção da Equidade no Cuidado em Saúde para Populações Específicas

☐ Integração Ensino-Serviço e Desenvolvimento da Formação em Saúde no Território

Voltar

Próximo

GOV.BR/SAUDE






 minsaudef

SUS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Etapa 3: Equipe de saúde envolvida

Objetivo: descrever os profissionais que participaram da implementação da experiência.

Campo a preencher:

- **Descrição da equipe de saúde envolvida:** forneça uma breve descrição dos profissionais participantes (médicos do PMM, enfermeiros, técnicos, agentes comunitários etc.) e seus respectivos vínculos institucionais.
- **Categoria profissional:** selecione sua categoria profissional entre as opções disponíveis. Caso ela não esteja listada, escolha a opção “Outro” e digite o nome da sua categoria.
- **Tipo de Instituição:** selecione o tipo de instituição onde a equipe de saúde está inserida. Caso não encontre a opção desejada, escolha “Outro” e informe o tipo de instituição.

DICA: seja claro e objetivo, destacando a composição da equipe e o papel de cada membro na experiência.

Atenção: esse campo é obrigatório.

Formulário de Inscrição – Laboratório de Inovação do Programa Mais Médicos (LIS-PMM)

Equipe de Saúde Envolvida

* Descrição da equipe de saúde envolvida na experiência com breve descrição dos profissionais que participaram da iniciativa, vínculo institucional:

Descreva a equipe de saúde envolvida na experiência com breve descrição dos profissionais que participaram da iniciativa, vínculo institucional:

* Categoria profissional:

Selecione sua categoria

* Tipo de instituição:

Selecione o tipo da instituição

Voltar

Próximo

Objetivo: detalhar as características da população beneficiada e o contexto local.

- **Características da população atendida:** descreva o perfil (comunidades indígenas, quilombolas, ribeirinhas, rurais, urbanas periféricas, populações em situação de vulnerabilidade etc.)
- **Estimativa de número de pessoas atendidas:** informe o número aproximado de beneficiários diretos
- **Principais desafios de saúde enfrentados na região:** liste os principais problemas ou desafios que a experiência buscou enfrentar

Atenção: todos os campos dessa etapa são **obrigatórios**.

Formulário de Inscrição – Laboratório de Inovação do Programa Mais Médicos (LIS-PMM)

Perfil da População Atendida

* Características da população atendida:

Características...

* Estimativa de número de pessoas atendidas:

Estimativa...

* Principais desafios de saúde enfrentados na região:

Voltar

Próximo

Objetivo: apresentar os detalhes da sua prática inovadora.

- **Título da experiência:** insira um título claro e conciso que reflita a essência da sua iniciativa
- **Objetivos principais:** descreva quais foram os objetivos centrais que a experiência buscou alcançar
- **Resumo da experiência:** elabore um texto com até 500 palavras descrevendo o contexto, o problema enfrentado, as soluções implementadas e os aprendizados

Atenção: todos os campos dessa etapa são **obrigatórios**.

Formulário de Inscrição – Laboratório de Inovação do Programa Mais Médicos (LIS-PMM)

Descrição da Experiência

* Título da experiência:

Título da experiência

* Objetivos principais da experiência:

Objetivos principais da experiência

* Resumo da experiência (máximo 500 palavras):

Voltar

Próximo

Etapa 6: Resultados

Objetivo: apresentar os resultados alcançados com a implementação da experiência.

Campos a preencher:

- **Resultados obtidos:** descreva os principais resultados e conquistas, preferencialmente com dados quantitativos
- **Indicadores de monitoramento e avaliação utilizados:** informe quais indicadores foram usados para monitorar o progresso e o impacto (opcional, mas recomendado)
- **Impactos observados:** descreva as mudanças e benefícios percebidos na saúde da população ou na organização dos serviços locais

DICA: resultados concretos e bem descritos fortalecem significativamente sua inscrição.

Atenção: os campos "Resultados obtidos" e "Impactos observados" são **obrigatórios**.

Resultados

* Resultados obtidos:

Resultados obtidos

Indicadores de monitoramento e avaliação utilizados (se houver):

Indicadores

Voltar

Próximo

Etapa 7: Materiais complementares (opcional)

Objetivo: anexar materiais adicionais para enriquecer sua inscrição.


Campos a preencher:

- **Link para vídeo:** se disponível, insira o URL completo de um vídeo sobre a experiência (máximo de 10 minutos)
- **Relatórios ou registros:** Anexe até 5 arquivos complementares (.pdf, .png, .jpg, .jpeg)

DICA: embora opcional, o envio de materiais complementares pode fornecer uma visão mais completa da sua experiência aos avaliadores.


Atenção: campos **opcionais**.


Formulário de Inscrição – Laboratório de Inovação do Programa Mais Médicos (LIS-PMM)


 **Materiais Complementares**

Link para vídeo (duração máxima de 10 minutos):

Relatórios ou registros de experiência:

 **Adicionar arquivos**

 **Voltar**

Próximo 

Etapa 8: Declarações e Termo de Compromisso

Objetivo: confirmar sua ciência e concordância com os termos do edital e enviar o documento de compromisso assinado.


Campos a preencher:

- **Declarações:** Marque todas as caixas de seleção confirmando sua concordância:
 - Autorização para divulgação do conteúdo da experiência
 - Declaração de não haver conflito de interesses
 - Ciência de que apenas uma inscrição por proponente por eixo será aceita
 - Concordância com o fornecimento de informações adicionais, se solicitado
- **Termo de Compromisso:**
 - Baixe o modelo do termo (botão "Baixar Termo de Compromisso")
 - Preencha e assine digitalmente
 - Anexe o arquivo PDF assinado no campo indicado

DICA: siga rigorosamente as instruções para o download, preenchimento, assinatura digital e upload do Termo de Compromisso. Problemas com esse documento podem invalidar sua inscrição.


Atenção: todas as caixas e o envio do termo são **obrigatórios**.


Formulário de Inscrição – Laboratório de Inovação do Programa Mais Médicos (LIS-PMM)


 **Materials Complementares**

Link para vídeo (duração máxima de 10 minutos):

Relatórios ou registros de experiência:

 **Adicionar arquivos**

 **Voltar**

Próximo 

4. Revisão e envio da inscrição

Após completar todas as etapas, é fundamental revisar cuidadosamente as informações antes de submeter sua inscrição.


Checklist de revisão

- ☐ Verifique a ortografia e clareza das informações
- ☐ Confirme se todos os campos obrigatórios foram preenchidos
- ☐ Certifique-se de que os anexos foram carregados corretamente
- ☐ Confira se o Termo de Compromisso foi devidamente assinado e anexado

Processo de submissão

1. Ao final do fluxo, localize e clique no botão "Finalizar"
2. Aguarde a mensagem de confirmação do sistema
3. Verifique seu e-mail para confirmar o recebimento de uma mensagem automática de confirmação

IMPORTANTE: após a submissão, não será possível alterar as informações enviadas. Certifique-se de que tudo está correto antes de finalizar o processo.


Perfil do Proponente

Formulário de Inscrição – Laboratório de Inovação do Programa Mais Médicos (LIS-PMM)

* Perfil do Proponente

☐ Profissional médico vinculado ao PMM
☐ Gestor de município com profissionais vinculados ao PMM
☐ Membro de ESF ou EAP's com profissional médico do PMM

Voltar

Finalizar

5. Dicas Importantes e Solução de Problemas

Recomendações Gerais

Navegador: utilize um navegador atualizado (Google Chrome, Mozilla Firefox, Microsoft Edge).

Tempo: reserve um período adequado para preencher o formulário sem interrupções.

Conexão: garanta uma conexão estável com a internet durante todo o processo.

Problemas comuns e soluções

Problema	Solução
Não consegue avançar para a próxima etapa	Verifique se todos os campos obrigatórios foram preenchidos e se há mensagens de erro na tela
Erro ao carregar a lista de municípios	Selecione novamente a UF e aguarde o carregamento. Se persistir, atualize a página
Mensagem de erro sobre limite de palavras	Reduza o texto para respeitar o limite estabelecido (500 palavras para o resumo)
Problemas com anexos	Verifique o formato (.pdf, .png, .jpg, .jpeg) e tamanho dos arquivos
Erro ao enviar formulário	Verifique a conexão com a internet e tente novamente. Se persistir, entre em contato com o suporte

6. Contato e suporte

Dúvidas sobre o conteúdo do edital

Para questões relacionadas aos critérios de elegibilidade, eixos temáticos ou processo de seleção, entre em contato: lisppmm@saude.gov.br.

Problemas Técnicos com o formulário

Para dificuldades específicas no preenchimento ou envio do formulário, entre em contato:

E-mail: lisppmm@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-3948 (dias úteis, das 9h às 18h)

Nota: ao entrar em contato, tenha em mãos seu nome completo, e-mail cadastrado e, se possível, capturas de tela que ilustrem o problema encontrado.