

# Edital Saúde Indígena 3ª Chamada



PROGRAMA  
INOVA FIOCRUZ

## 1. Identificação:

Título do projeto\*

Coordenador(a) (servidor da Fiocruz) \*

Matrícula SIAPE\*

CPF\*

Cargo\*

E-mail institucional\*

E-mail alternativo\*

Telefone\*

Celular\*

Programa Fiocruz de Fomento a Inovação – INOVA FIOCRUZ

<https://portal.fiocruz.br/programa-inova-fiocruz>  
[saudeindigena.inova@fiocruz.br](mailto:saudeindigena.inova@fiocruz.br)

Identidade de gênero:\*

( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Outra

Unidade da Fiocruz\*

Laboratório/Departamento\*

Formação \*

Link currículo LATTES\*

Link do grupo pesquisa do CNPQ\*

### 1.1 Identificação Cooordenador(a) Indígena:

Nome\*

Telefone\*

E-mail\*

## 2. Detalhamento do projeto

Informar a área e linha de pesquisa\*

(selecionar até duas áreas de pesquisa)

Programa Fiocruz de Fomento a Inovação – INOVA FIOCRUZ

<https://portal.fiocruz.br/programa-inova-fiocruz>  
[saudeindigena.inova@fiocruz.br](mailto:saudeindigena.inova@fiocruz.br)

## Área de pesquisa

- 14. Ambiente, Ecologia e Saúde
- 15. Epidemiologia, métodos estatísticos e quantitativos
- 16. Vigilância em Saúde
- 17. Políticas Públicas, Planejamento e Gestão em saúde
- 19. Promoção da Saúde
- 21. Informação e Comunicação em Ciências e Saúde
- 22. Sociologia, Antropologia, Filosofia e Saúde, Cultura e Sociedade
- 23. História, Saúde e Ciência
- 30. Políticas Públicas para Saúde em Territórios

## Eixos e áreas temáticas do projeto\*

Identificar com qual eixo e área temática o projeto melhor se relaciona. Deverá ser selecionado apenas 1 eixo temático. Em relação às áreas temáticas em saúde, podem ser selecionadas quantas desejar.

## Eixo temático

Marque apenas 1 eixo temático

- Medicinas indígenas
- Saneamento em territórios indígenas
- Vigilância, promoção da saúde e controle social indígena
- Aprimoramento da governança e organização dos serviços nos DSEI
- Estratégias para o protagonismo indígena no âmbito técnico-científico

## Áreas temáticas em Saúde

Caso selecione mais de uma, reordene em ordem decrescente de relevância (da mais relevante para a menos relevante).

## Resumo do projeto\* (2500 caracteres)

Descrever sucintamente o projeto, incluindo a identificação do problema a ser trabalhado diretamente relacionado ao eixo temático escolhido e à(s) área(s) temática(s) em saúde. Fundamental deixar clara a contribuição da proposta para o aprimoramento do SasiSUS, de acordo com o escopo do TED 60/23.

Programa Fiocruz de Fomento a Inovação – INOVA FIOCRUZ

<https://portal.fiocruz.br/programa-inova-fiocruz>  
[saudeindigena.inova@fiocruz.br](mailto:saudeindigena.inova@fiocruz.br)

**Justificativa\*** (3000 caracteres)

Justificar a relevância do projeto para o atendimento dos anseios dos povos indígenas pelo acesso à saúde de qualidade e integral, com respeito à perspectiva indígena da saúde. Destacar qual o problema detectado que será tratado no projeto, devendo seus resultados serem contribuições/recomendações/estratégias para o aprimoramento do SasiSUS.

**Objetivo geral\*** (1000 caracteres)

Apresentar de forma clara o objetivo geral do projeto conforme o eixo e área temática escolhida.

**Objetivos específicos\***

Relacionar os objetivos específicos com as suas respectivas atividades e resultados esperados.

**1º período (mês 1 a 6)**

Objetivo	Atividades	Resultado esperado/produto

**2º período (mês 7 a 12)**

Objetivo	Atividades	Resultado esperado/produto

**3º período (mês 13 a 18)**

Objetivo	Atividades	Resultado esperado/produto

Programa Fiocruz de Fomento a Inovação – INOVA FIOCRUZ

<https://portal.fiocruz.br/programa-inova-fiocruz>

[saudeindigena.inova@fiocruz.br](mailto:saudeindigena.inova@fiocruz.br)

## 4º período (mês 19 a 24)

Objetivo	Atividades	Resultado esperado/produto

**Metodologia\*** (3500 caracteres)

Descrever como o projeto será desenvolvido, caracterizando todas as etapas de forma clara e objetiva. Fundamental respeitar os protocolos de ética em pesquisa, os protocolos de consulta livre prévia e informada e os protocolos próprios das comunidades/povos/territórios envolvidos.

**Resultados esperados \*** (2000 caracteres)

Escrever os resultados esperados relacionados a cada objetivo específico, sendo o produto final as contribuições/recomendações/estratégias para o aprimoramento do SasiSUS.

**Devolutiva para comunidade indígena e/ou organização indígena\*** (1500 caracteres) Informar como será feita a devolutiva do projeto (reunião, seminário, assembleia etc.) É fundamental que o projeto garanta que os resultados das pesquisas sejam compartilhados nos espaços de controle social dos povos/territórios.

**Plano de disseminação dos resultados do projeto\*** (1500 caracteres)

Explicitar quais as formas e resultados de comunicação e disseminação dos resultados. Fundamental destacar o compromisso com publicações de autoria indígena.

**3. Gestão do Projeto:****Experiência coordenador(a) Fiocruz\*** (500 caracteres)

Apresentar um resumo de como a experiência do coordenador poderá contribuir para o alcance dos resultados do projeto, ressaltando especificamente a temática de saúde indígena.

Programa Fiocruz de Fomento a Inovação – INOVA FIOCRUZ

<https://portal.fiocruz.br/programa-inova-fiocruz>  
[saudeindigena.inova@fiocruz.br](mailto:saudeindigena.inova@fiocruz.br)

### Atuação Cooordenador(a) indígena\*

Descrever a participação do(a) Cooordenador(a), qual sua relação com a comunidade/povos/territórios/organizações envolvidas nos projetos e sua contribuição para que o projeto atenda aos protocolos próprios de cada comunidade.

**Participam da equipe do projeto pesquisadores indígenas e/ou profissionais de saúde indígena? \*** Cite os pesquisadores indígenas e/ou profissionais de saúde indígena da equipe e respectivas atividades no projeto

Detalhar na tabela equipe

Sim

Não

**Cite os membros da equipe do território**

Nome do membro	Atividade no projeto

**Existe colaboração de outras unidades, escritórios, departamentos ou laboratórios da Fiocruz no projeto? \***

Detalhar na tabela equipe/ Unidades com colaboração

Sim

Não

### Equipe\*

É considerado equipe qualquer colaborador, laboratório, departamento e Unidade da Fiocruz e do território que esteja envolvido no projeto. Informar nome, CPF, e-mail, unidade, departamento/laboratório ou se pertence ao território de atuação do projeto, atividades no projeto, formação acadêmica, CV lattes, e tipo de contrato.

Nome	CPF	Email	Unidade	Departamento / Laboratório / território	Formação acadêmica	Atividades no projeto	Link CV Lattes	Vínculo Institucional

Programa Fiocruz de Fomento a Inovação – INOVA FIOCRUZ

<https://portal.fiocruz.br/programa-inova-fiocruz>  
[saudeindigena.inova@fiocruz.br](mailto:saudeindigena.inova@fiocruz.br)

### Parceria

É considerado parceiro toda e qualquer Instituição e/ou colaborador externo a Fiocruz que esteja envolvido no projeto. É fortemente recomendado parcerias no território de atuação para além das instituições de ciência, ensino e tecnologia, considerando as comunidades indígenas, representantes da sociedade civil organizada indígenas e indigenistas, MPI, FUNAI, SESA e os DSEI;

Instituição/ organização parceira	Unidade/ Departamento / laboratório	Nacional ou Internacional	Nome do responsável	E-mail	Site	Contribuição no projeto

### Infraestrutura (1500 caracteres)

Descrever a infraestrutura disponível e o que precisará ser financiado pelo projeto para a execução do projeto;

### Recursos financeiros disponíveis (1000 caracteres)

Informar se o projeto já tem algum financiamento interno ou externo e qual é a sua fonte.

### O projeto está vinculado a algum projeto aprovado por outros editais Inova ou possui alguma relação direta ou indireta? \*

Caso positivo, identificar o edital e o nº da inscrição do projeto anterior.

Sim

Não

### Orçamento\*

Detalhar os recursos financeiros necessários, solicitados nesta proposta, para as atividades do projeto, respeitando o cronograma e mantendo a coerência entre as atividades do projeto e o orçamento dentro do prazo de 24 meses. Só serão liberados recursos após avaliação do progresso do projeto em cada semestre por meio de relatório semestral, conforme cronograma a seguir: 30 % no 1º semestre, 30% no 2º semestre, 30% no 3º semestre e 10% no 4º e último semestre

Programa Fiocruz de Fomento a Inovação – INOVA FIOCRUZ

<https://portal.fiocruz.br/programa-inova-fiocruz>  
[saudeindigena.inova@fiocruz.br](mailto:saudeindigena.inova@fiocruz.br)

<b>Rubricas</b>	<b>Memória de cálculo</b>	<b>Valor total</b>
Pessoa jurídica	<b>(informar os tipos de serviços, valores unitários e período que serão contratados) Ex:</b> Empresa especializada em web design, por 1 meses = R\$ 10.000,00. Empresa especializada em desenvolvimento de aplicativos, por 1 meses = R\$ 20.000,00	R\$ 30.000,00
Passagens	<b>(informar trajeto, quantidade e motivo) Ex:</b> Passagens: BH/Rio de Janeiro/BH: R\$ 400 x 2 viagens x 2 pessoas. Reunião com a empresa que desenvolverá o aplicativo.	R\$ 1.600,00
Diárias	<b>(Informar número de diárias. Valor máximo de referência conforme tabela de diária Fiotec)</b>  Ex: BH/RJ/BH - R\$ 400,00 x 3 = 1.200,00	R\$ 1.200,00
Pessoa física/bolsas/RPA	<b>(Especificação dos perfis das bolsas de acordo com a tabela da Fiotec.)</b>  Ex: 1 bolsa nível superior com 0 a 1 ano de experiência (R\$ 2.156) em análise de dados, por 3 meses	R\$ 6.468,00
Material de consumo	<b>(detalhamento do material, valor unitário, importação ou nacional)</b>  Ex: Oficina de disseminação do conhecimento: 2 Resma (R\$ 20,00), 1 flipchart (R\$ 100,00) 1 pacote de hidrocor (R\$ 10,00)	R\$ 130,00
Material permanente	<b>(detalhamento do material, valor unitário, importação ou nacional)</b>  (O total desta rubrica não poderá exceder a 10% do valor total do projeto. Só deverá ser adquirido material imprescindível para execução das atividades do projeto. É fortemente indicado a doação dos materiais às comunidades indígenas participantes do projeto.	R\$ 800,00
Total de recurso		<b>Até R\$ 350.000,00</b>

Programa Fiocruz de Fomento a Inovação – INOVA FIOCRUZ

<https://portal.fiocruz.br/programa-inova-fiocruz>  
[saudeindigena.inova@fiocruz.br](mailto:saudeindigena.inova@fiocruz.br)

### Cronograma\*

Apresentar o cronograma para até 24 meses do projeto, relacionando as atividades e respectivos produtos/entregas, responsáveis e mês de início e término.

#### 1º período (mês 1 a 6)

Atividade	Resultado esperado/produto	Responsável	Data de Início	Data de término

#### 2º período (mês 7 a 12)

Atividade	Resultado esperado/produto	Responsável	Data de Início	Data de término

#### 3º período (mês 13 a 18)

Atividade	Resultado esperado/produto	Responsável	Data de Início	Data de término

#### 4º período (mês 19 a 24)

Atividade	Resultado esperado/produto	Responsável	Data de Início	Data de término

Programa Fiocruz de Fomento a Inovação – INOVA FIOCRUZ

<https://portal.fiocruz.br/programa-inova-fiocruz>  
[saudeindigena.inova@fiocruz.br](mailto:saudeindigena.inova@fiocruz.br)

#### 4. Legislações:

As autorizações éticas serão aquelas aplicáveis ao projeto de acordo com as informações descritas no formulário deste edital. São de responsabilidade do coordenador do projeto.

##### Comitê de ética em pesquisa CEP ou CONEP\*

- Aprovado
- Submetido
- Não submetido
- Não se aplica

Número de submissão do projeto ao comitê de ética

##### Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI)\*

- Aprovado
- Submetido
- Não submetido
- Não se aplica

Número de submissão do projeto Fundação Nacional do Índio (FUNAI)

##### Cadastro no Sistema Nacional de Gestão de Patrimônio Genético e do Conhecimento Tradicional Associado (SISGEN)\*

- Cadastrado
- Não cadastrado
- Não se aplica

Número de cadastro do projeto do SISGEN

Programa Fiocruz de Fomento a Inovação – INOVA FIOCRUZ

<https://portal.fiocruz.br/programa-inova-fiocruz>  
[saudeindigena.inova@fiocruz.br](mailto:saudeindigena.inova@fiocruz.br)

**Sistema de Autorização e Informação em Biodiversidade – SISBIO\***

- ( ) Aprovado  
( ) Submetido  
( ) Não submetido  
( ) Não se aplica

Número de submissão do projeto ao SISBIO

**Comitê Interno de Biossegurança – CIBio\***

- ( ) Aprovado  
( ) Submetido  
( ) Não submetido  
( ) Não se aplica

Número de submissão do projeto ao CIBio

**Comitê de ética em pesquisa CEUA\***

- ( ) Aprovado  
( ) Submetido  
( ) Não submetido  
( ) Não se aplica

Número de submissão do projeto ao comitê de ética CEUA

**\*Campos de preenchimento obrigatório.**

Programa Fiocruz de Fomento a Inovação – INOVA FIOCRUZ

<https://portal.fiocruz.br/programa-inova-fiocruz>  
[saudeindigena.inova@fiocruz.br](mailto:saudeindigena.inova@fiocruz.br)

