



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
ÁREA TÉCNICA SAÚDE DA SAÚDE DA MULHER

EDITAL Nº 01/2025

CHAMADA PÚBLICA

**Capacitação em Consulta Ginecológica com ênfase no Planejamento Reprodutivo e Sexual
com inserção do dispositivo intrauterino (DIU)- Categoria Enfermagem**

PREÂMBULO

O planejamento reprodutivo consiste em garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos. Assim a assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de todas as alternativas de métodos contraceptivos aprovados pelo Ministério da Saúde, bem como o conhecimento de suas indicações, contraindicações e implicações de uso, garantindo à mulher, ao homem ou ao casal os elementos necessários para a escolha informada sobre os métodos seguros e eficientes, isto é, cientificamente aceitos.

Estratégias devem ser utilizadas para garantir esse acesso a essas mulheres, além de utilizar de um instrumento legal, que é a consulta de enfermagem, privativa pelo enfermeiro pela Lei do exercício profissional nº 7.498/86.

A Diretoria de Atenção Primária à Saúde, vinculada à Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe, torna pública a abertura do processo seletivo para a Capacitação em Consulta Ginecológica com ênfase no Planejamento Reprodutivo e Sexual com inserção do dispositivo intrauterino (DIU), que visa qualificação profissional e acessibilidade às famílias, nos seguintes termos:

1. DA FINALIDADE

- 1.1. O presente edital tem por finalidade selecionar municípios que possuam profissionais enfermeiros nas Equipes de Saúde na Atenção Primária (ESF) para a Capacitação em Consulta Ginecológica de Enfermagem com ênfase no Planejamento Reprodutivo e sexual – Inserção/retirada do dispositivo intrauterino (DIU), em conformidade com a Nota técnica Nº 31/2023-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS e Ofício Circular Nº 17/2023-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS, de forma a contribuir com a ampliação e a maior cobertura da oferta do método no Estado.

2. DO PÚBLICO ALVO

- 2.1. Poderão participar os Municípios do Estado de Sergipe que possuem Enfermeiros na rede de Atenção Primária, atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF), e que atendam os critérios de elegibilidade estabelecidos neste edital.

3. DAS INSCRIÇÕES

- 3.1. As inscrições serão realizadas exclusivamente de forma on-line, através do preenchimento do formulário eletrônico disponível no site do Governo do Estado de Sergipe- www.saude.se.gov.br (clique no link TRANSPARÊNCIA, em seguida: CHAMAMENTO PÚBLICO), pelo gestor de saúde do município, no período de **14 a 16 de julho de 2025** e deverão ser anexados os documentos obrigatórios que estão descritos no **quadro 2**.
- 3.2. Após a submissão da inscrição e anexo de todos os documentos comprobatórios, o gestor receberá uma mensagem confirmando o recebimento dos documentos.
- 3.3. A Secretaria do Estado da Saúde/SE não se responsabiliza por problemas ocasionados pela falha de acesso à internet ou inscrições incompletas, não sendo admitida a prorrogação do prazo e sendo motivo para indeferimento da inscrição do respectivo município.

4. DO PROCESSO DE SELEÇÃO

- 4.1. A seleção dos municípios será realizada através de Análise Documental pela Comissão do Processo Seletivo, seguindo os Critérios para o Município e para o profissional indicado pelo gestor, no **quadro 1**.

Quadro 1 - Critérios para elegibilidade para o processo seletivo

CRITÉRIOS PARA O MUNICÍPIO	CRITÉRIOS PARA O PROFISSIONAL INDICADO PELO GESTOR
Ter, no mínimo, 01 Equipe de Saúde da Família na Atenção Primária.	Ter inscrição ativa no COREN/SE na categoria de Enfermeiro (anexar Nada Consta na inscrição).
Ter serviço de USG endovaginal e transabdominal contratualizado, com comprovação via anexo do contrato.	Ter comprovação de atuação na ESF do respectivo município, com anexo do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

Quadro 2 – Documentos obrigatórios

GESTOR DO MUNICÍPIO	PROFISSIONAL
Comprovação de rede instalada ou contratualizada de referência no serviço de ultrassonografia	Carteira de Identificação Profissional
Termo de compromisso do gestor municipal, assinado pelo prefeito ou secretário de saúde (ANEXO I)	Certidão Negativa de Débitos junto ao conselho profissional
Declaração da inexistência de Profissionais Habilitados em Consulta de Enfermagem e inserção de DIU no quadro do Município (ANEXO II).	Certidão de Antecedentes Éticos do COREN/SE
-	Comprovação de vínculo com o município (cadastro do CNES)
-	Termo de compromisso de aceitação na participação do Curso (ANEXO III).

- 4.2. Serão ofertadas 20 (vinte) vagas para os profissionais enfermeiros, sendo permitida a indicação de 01 (um) profissional por município, para que se amplie o acesso abrangendo maior número de municípios do Estado, garantindo melhor assistência às mulheres.
- 4.3. Os documentos solicitados serão avaliados e a lista de inscrições deferidas será validada por ordem de inscrição. Em caso de mais de 20 inscrições deferidas, serão adotados os critérios de classificação presentes no Quadro 3.
- 4.4. Após avaliação dos critérios de classificação, em caso de empate, será considerado o município com maior número de mulheres em idade fértil, utilizando os dados do IBGE (2022).
- 4.5. Em caso de desistência de algum profissional, a comissão do curso poderá convocar profissional da lista de cadastro reserva para participar. Essa convocação poderá ser realizada pelo menos um dia antes do início do curso teórico, garantindo a participação em todas as etapas do curso.
- 4.6. Não será permitido substituir profissional com o curso em andamento.

Quadro 3 – Critérios de Classificação

Critérios para classificação	Pontuação
Município que não possui NENHUM profissional enfermeiro habilitado para a inserção do DIU.	05 (cinco) pontos
Município que tiver indicado profissional concursado.	03 (três) pontos
Município que possui pelo menos 01 profissional enfermeiro habilitado para a inserção do DIU.	01 (um) ponto

5. DO RESULTADO

- 5.1. O resultado preliminar será divulgado no dia **21 de julho às 16h00min**, na página oficial da Secretaria de Estado de Saúde (<https://saude.se.gov.br/>)
- 5.2. O resultado final, após o prazo para recursos, será divulgado no dia **23 de julho de 2025**.
- 5.3. Os municípios contemplados receberão uma mensagem no email cadastrado no ato da inscrição, bem como os enfermeiros indicados respectivamente.
- 5.4. Será desclassificado do processo seletivo o município que:
- 5.4.1. Não apresentar a documentação completa exigida neste Edital no ato da inscrição.
- 5.4.2. Não atingir os critérios obrigatórios.
- 5.5. Após análise dos critérios de desempate, será realizada a lista de cadastro reserva. Caso o profissional indicado ou município desista da participação do Curso, a vaga será repassada para o município excedente, considerando a ordem de classificação.

6 DOS RECURSOS

- 6.2. O município que desejar interpor recurso contra o resultado do processo poderá fazê-lo nos prazos descritos no Item 7 deste edital (Cronograma) exclusivamente de forma on-line, através do preenchimento do formulário eletrônico disponível no site do Governo do Estado

6.3. Devem constar no Recurso:

6.3.1. A identificação completa do gestor e do município;

6.3.2. Os motivos e fundamentos da interposição.

7 CRONOGRAMA

ATIVIDADES	PRAZOS
Publicação do edital no site oficial da Secretaria de Estado da Saúde	01 de julho de 2025
Período de Inscrição	14 a 16 de julho de 2025
Resultado Preliminar	21 de julho de 2025
Período de Recurso	Até às 23:59h do dia 22 de julho de 2025
Resultado Final	23 de julho de 2025

8 DO CURSO

- 8.1. A Capacitação em Consulta de Enfermagem ginecológica com ênfase no Planejamento Reprodutivo e sexual terá carga horária total de 70 horas, sendo 40 horas de **atividades teóricas e teórico prático**, que serão realizadas presencialmente no município de Aracaju/SE, do **dia 28 de julho ao dia 01 de agosto**, das 08 às 16h, no **Centro de Especialização de Reabilitação (CER IV)**, localizado na Av. Dr. Carlos Rodrigues da Cruz, Capucho, Aracaju/SE; e 30 horas com atividades práticas no município que o profissional atua, distribuídas em dois dias para consultas com inserções e mais um dia para primeira revisão. O profissional deverá realizar, no mínimo, de 20 (vinte) inserções do dispositivo assistidas por preceptor habilitado e responsável designado pela SES, de forma que atenda a Resolução Cofen nº 690/2022; Para as atividades teóricas, os profissionais deverão comparecer todos os dias propostos, com completa presença de 40 horas e assinatura da lista de presença. Caso o profissional não compareça nas 40 horas por quaisquer motivos, será considerado inapto para conclusão do curso.
- 8.2. O cronograma de treinamento prático será realizado conforme disponibilidade do preceptor e do profissional, a ser definido após o término das aulas teóricas. Tendo como limite para sua conclusão um ano a contar da data final da parte teórica do curso;
- 8.3. Os profissionais indicados dos municípios selecionados deverão assinar um termo de compromisso (ANEXO III) para participação no curso.
- 8.4. Os municípios deverão dispor dos materiais listados no quadro 4 de forma que possibilite a execução da atividade prática do curso, condição primordial para finalização completa do curso. O município terá o prazo máximo de 90 dias para aquisição dos materiais listados, a contar da data de publicação deste edital. Caso não apresentem comprovação de compra, será considerado inapto para conclusão do curso.
- 8.5. A disponibilidade de impressos, que serão utilizados dentro da parte prática, será de responsabilidade do município, sendo esses modelos sugeridos por esta secretaria.

Espéculos de tamanho P, M e G em quantidade suficiente para a demanda
Espátula de Ayre em quantidade suficiente para a demanda
Escova cervical em quantidade suficiente para a demanda
Lâminas para coleta de citopatológico em quantidade suficiente para a demanda
lápiz grafite nº2
fixador citológico ou álcool absoluto a 92,8 ou 96%
foco de luz
testes rápidos Hepatites B e C, HIV 1e 2, sífilis em quantidade suficiente para a demanda
Equipe de enfermagem de apoio para realização de pré-consulta
Consultório com banheiro, mesa ginecológica com banco de coleta, birô e cadeiras
Bata descartáveis em quantidade suficiente para a demanda
Lençol descartável em quantidade suficiente para a demanda
Capote descartável em quantidade suficiente para a demanda
Máscara em quantidade suficiente para a demanda
Touca em quantidade suficiente para a demanda
Gaze simples em quantidade suficiente para a demanda
Clorexidina aquosa a 0,2%
Kits de pinças para inserção do diu (de inox ou descartáveis) em quantidade suficiente para a demanda*
Teste rápido de gravidez ou BetaHCG com, no máximo, 48 horas

* Cada kit de pinça deverá ser composto por: 01 - pinça cheron, 01 - pinça pozzi, 01 histerômetro Sims e 1 – tesoura. Em caso de kit permanente, será necessária a esterilização desse material de forma que viabilize a execução do treinamento e dentro da unidade que ocorrerá o treinamento. Caso o kit seja o descartável, deve-se atentar para quantidade mínima de 20 kits, visto ser a quantidade para finalização do curso. No entanto, sugere-se que o kit seja permanente (no mínimo, 05 kits completos), visto que será necessária a continuidade da oferta pelo profissional às mulheres do município. Ressalta-se ainda que a compra do material poderá ser realizada por dispensa de licitação, considerando o valor de mercado de cada kit em torno de R\$ 360,00.

6. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 6.1. Os Municípios selecionados no processo seletivo de que trata o presente Edital deverão ofertar um local que atenda as necessidades do curso para a realização da capacitação prática e os materiais descritos (no quadro 4).
- 6.2. O processo de seleção será coordenado e gerido pela Diretoria de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde.

ADRIANA MARIA FIGUEREDO BATISTA

Diretor da Atenção Primária à Saúde

CLÁUDIO MITIDIERI SIMÕES

Secretário de Saúde

ANEXO I

TERMO DE COMPROMISSO DO GESTOR

EDITAL Nº 01/2025

CHAMADA PÚBLICA PARA CAPACITAÇÃO EM CONSULTA GINECOLÓGICA COM ÊNFASE NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E SEXUAL COM INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) – CATEGORIA ENFERMAGEM

O(A) _____, no cargo de _____ (Secretário(a) Municipal de Saúde/Prefeito(a)) do Município de _____, inscrito no CNPJ sob o nº _____, compromete-se, por meio deste Termo, a cumprir as seguintes obrigações:

- **Indicação do Profissional:**

Indicar 01 (um) enfermeiro(a) concursado(a) ou não concursado(a), que atenda aos critérios do Quadro 1 do Edital, para participação no curso.

- **Garantia de Contratação (para profissionais não concursados):**

Caso o profissional indicado não seja concursado, o gestor municipal deverá assegurar seu vínculo empregatício por, no mínimo, 1 (um) ano, contado a partir da data de conclusão do curso, garantindo a continuidade da assistência e das consultas de retorno às mulheres atendidas com a inserção do DIU.

- **Infraestrutura e Materiais:**

Disponibilizar a estrutura física e os materiais listados no Quadro 4 do Edital, no prazo máximo de 90 dias a partir da publicação do Edital, sob pena de desclassificação.

- **Apoio ao Profissional:**

Viabilizar a participação do(a) enfermeiro(a) em todas as etapas do curso (teórica e prática), incluindo deslocamento e logística quando necessário.

- **Compromisso com a Assistência:**

Garantir a oferta do serviço de inserção de DIU no município após a capacitação, conforme protocolos do Ministério da Saúde e Resolução COFEN nº 690/2022.

Declaro estar ciente de que o descumprimento deste Termo acarretará sanções, incluindo a desclassificação do município no presente curso.

_____, _____ de _____ de 2025.

Assinatura do Gestor Municipal
(Nome e cargo)

Carimbo e Identificação do Município

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE PROFISSIONAIS HABILITADOS NA INSERÇÃO DE DIU NO QUADRO DO MUNICÍPIO

Eu, _____, no cargo de _____ (Secretário(a) Municipal de Saúde/Prefeito(a)) do Município de _____, inscrito no CNPJ sob o nº _____, DECLARO que, conforme verificação oficial do quadro de profissionais de saúde do município, não há enfermeiros habilitados para a inserção do dispositivo intrauterino (DIU) em exercício na Atenção Primária à Saúde (APS) ou em outras unidades vinculadas à gestão municipal.

Esta declaração tem como objetivo atender ao disposto no Edital nº 01/2025 da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, referente à Chamada Pública para Capacitação em Consulta Ginecológica com ênfase no Planejamento Reprodutivo e Sexual com inserção do DIU, conforme critérios do Quadro 1 e item 4.4 (pontuação para municípios sem profissionais habilitados).

Compromisso: Caso o município seja selecionado, o gestor assume a responsabilidade de garantir a infraestrutura e os materiais necessários (Quadro 4 do Edital) para a realização do treinamento prático pelo profissional indicado, bem como sua permanência no serviço por, no mínimo, 1 (um) ano após a conclusão do curso.

Declaro ainda que:

As informações prestadas são verdadeiras e respaldadas por documentos internos da gestão municipal;

Estou ciente de que falsas declarações implicarão na desclassificação do município e em medidas administrativas cabíveis.

_____, _____ de _____ de 2025.

(Assinatura do Gestor Municipal)
(Nome e cargo)

Carimbo e Identificação do Município

ANEXO III

TERMO DE COMPROMISSO DE ACEITAÇÃO NA PARTICIPAÇÃO DO CURSO

Eu, _____, Enfermeiro(a) registrado(a) no COREN/SE
sob nº _____, lotado(a) na Unidade de Saúde
_____ (Município de _____),
comprometo-me a:

- **Participação Integral:**

Cumprir a carga horária total de 70 horas (40h teóricas e 30h práticas), incluindo a realização de 20 inserções de DIU supervisionadas, conforme Resolução COFEN nº 690/2022.

- **Disponibilidade:**

Realizar as atividades práticas em meu município, no período estipulado (até 1 ano após a conclusão da parte teórica), em consonância com a agenda do preceptor designado pela SES.

- **Responsabilidade Técnica:**

Atuar conforme os protocolos do Ministério da Saúde e normas do COFEN, garantindo segurança e qualidade na assistência às mulheres.

- **Compromisso com a Permanência:**

Manter vínculo com o município por 1 ano após a conclusão do curso, assegurando a continuidade do serviço.

Aceito as condições acima e estou ciente de que a não conclusão do curso ou o descumprimento deste Termo implicará na finalização do curso.

_____, ____ de _____ de 2025.

Assinatura do(a) Enfermeiro(a)
(Nome e COREN/SE)

Assinatura do Gestor Municipal
(Carimbo e contato)