

Departamento de Formação em Ciência e Tecnologia em Saúde

Edital

Chamada para Financiamento Complementar aos Técnicos do INS em Mestrado

1. Contextualização

No âmbito da capacitação dos seus funcionários, o Instituto Nacional de Saúde (INS) através do programa de formação *SOuthern aFrica research cApacity network* (SOFAR) lança a chamada para submissão de candidaturas à bolsa para financiamento de actividades de Mestrado de técnicos da instituição. Esta chamada conta com o apoio financeiro do *European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP)* e pretende fortalecer o INS no cumprimento da sua missão de formar e desenvolver uma nova geração de investigadores na área saúde pública altamente qualificados, resilientes, que irão responder aos desafios existentes e emergentes em contextos variados.

2. Critérios de elegibilidade

Poderá beneficiar-se à bolsa o candidato que reunir os seguintes requisitos:

- Ser funcionário do INS;
- Avaliação anual do funcionário superior a 14 nos últimos 2 anos;
- Não ter bolsa ou ter bolsa parcial (devidamente comprovada) para a realização das actividades do curso;
- Ter o grau de Licenciatura.

3. Condições do financiamento

- Estão disponíveis três (3) bolsas para mestrado;
- A duração da bolsa será de 3 anos;
- A bolsa cobrirá despesas fora e dentro do país, apenas no âmbito do mestrado, a saber:
 - Registo na Universidade.

- Participação em cursos de curta duração relacionados ao programa do mestrado.
- Despesas de viagens: passagem, visto, seguro, hospedagem, *per diem* e outros custos administrativos.
- Aquisição de material informático, literário e *software* necessários para o mestrado.

NB:

(i) A bolsa não irá custear: despesas retrospectivas e itens relacionados a actividades de pesquisa.

(ii) Para se beneficiar da bolsa, os candidatos seleccionados deverão aplicar e ser aceites para o mestrado na respectiva Universidade, de acordo com os requisitos da mesma.

4. Local de formação

O bolsista deverá frequentar o mestrado em uma das seguintes universidades:

- Ludwig-Maximilians-Universität München, Alemanha;
- London School of Hygiene and Tropical Medicine Royal Charter, Reino Unido.
- Outras universidades nacionais ou internacionais reconhecidas com prévia aprovação do Departamento de Formação em Ciência e Tecnologia de Saúde.

5. Áreas de formação

Os candidatos poderão aplicar para um dos seguintes mestrados:

- Mestrado em Epidemiologia;
- MSc em Bioestatística.
- MSc em Saúde Pública
- MSc em Saúde Internacional

- MSc em Controle de doenças infecciosas
- MSc Ciência de dados de saúde
- MSc Imunologia de Doenças Infecciosas
- MSc Nutrição para a Saúde Global
- MSc Medicina Tropical e Saúde Internacional

6. Documentos para a candidatura

Para efeitos de candidatura a bolsa de financiamento, os interessados devem submeter os seguintes documentos:

- a) Formulário de aplicação ao programa SOFAR anexo a este edital;
- b) Carta de manifestação de interesse dirigida ao Director da área de Formação e Comunicação em Saúde do INS;
- c) *Curriculum Vitae* datado e assinado;
- d) Duas cartas de recomendação;
- e) Proposta de pesquisa na área de interesse da bolsa (máximo 5 páginas) que deve conter os seguintes componentes:
 - a. Título do projecto
 - b. Introdução
 - c. Justificativa
 - d. Objectivos
 - e. Metodologia
 - f. Resultados esperados
 - g. Relevância da pesquisa para a saúde pública de acordo com as necessidades de Moçambique.
 - h. Orcamento e financiamento
- f) Declaração de compromisso de retornar a Moçambique e permanecer no INS por período igual ou superior ao da formação;
- g) Declaração de honra que confirma o não benefício de outro financiamento para custear as despesas que descreve no orçamento desta candidatura;
- h) Caso o candidato possua outro financiamento, deve comprovar com base em documentos que este(s) não custeia(m) as despesas cobertas pela bolsa deste edital;
- i) Preenchimento do formulário de igualdade de oportunidades em anexo a este edital;

NB: A não submissão de um dos documentos supracitados implica a exclusão automática da

candidatura.

7. Submissão de candidaturas

Os interessados deverão submeter as suas candidaturas em formato físico e electrónico.

- Endereço físico:
Secretaria da Delegação Provincial do INS na Cidade de Maputo, bairro Central B, Av. Fernão de Magalhães, n.º. 34, 1º andar.
- Endereço electrónico:
secretaria.academica@ins.gov.mz em cc secretaria.academicadpcm@ins.gov.mz

8. Modo de envio

Os documentos em formato físico devem ser colocados em um envelope selado escrito: Bolsa SOFAR 2024, Att. Secretaria da Delegação Provincial da Cidade de Maputo do INS).

Os documentos em formato electrónico devem todos ser salvos em um único PDF e nomear da seguinte forma: Nome completo do candidato em letras maiúsculas (Ex: JOÃO ALBERTO MANHIÇA – Bolsa SOFAR 2024).

Os documentos solicitados devem ser enviados até 20 dias contados a partir da data da publicação do presente edital.

9. Avaliação das candidaturas

a) A avaliação das candidaturas será realizada por um júri designado para o efeito, em duas fases distintas:

Fase I – Avaliação dos documentos da candidatura;

Fase II – Entrevistas aos candidatos apurados na fase I;

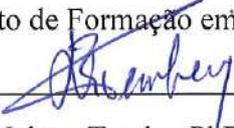
b) O resultado final da avaliação será divulgado em até 45 dias após a data limite de submissão das candidaturas.

Para esclarecimentos, contactar a Secretaria Académica do INS através do e-mail secretaria.academica@ins.gov.mz em cc secretaria.academicadpcm@ins.gov.mz ou ligue

pelo número 87 570 9390, pessoa de contacto
Ferão Mandlate.

Marracuene, 05 de Setembro de 2024

O Chefe do Departamento de Formação em Ciência e Tecnologia em Saúde



Nelson Tembe, PhD

DELEGAÇÃO PROVINCIAL DA CIDADE DE MAPUTO

FORMULÁRIO DE APLICAÇÃO AO PROGRAMA SOFAR

Por favor, leia as orientações de inscrição antes de preencher este formulário

DADOS PESSOAIS	
Primeiro nome	
Sobrenome	
Data de nascimento (<i>dia / mês / ano</i>)	
Gênero	
Nacionalidade	
Endereço de email	

DETALHES DE CONTACTO DA REFERÊNCIA		
Se for selecionado, será solicitado a fornecer cartas de recomendação antes da entrevista		
Referência 1	Nome	
	Instituição	
	Papel	
	E-mail	
Referência 2	Nome	
	Instituição	
	Papel	
	E-mail	

Indique onde ouviu falar deste Programa

--

EDUCAÇÃO E QUALIFICAÇÕES ACADÊMICAS (Listar em ordem do mais recentes)
Forneça detalhes sobre graus universitários /diplomas/qualificações profissionais



Título de Qualificação	Instituição, País	Tempo integral/parcial	Ano de Graduação	
Prêmios (de nível superior) e/ou reconhecimento por liderança, gestão, inovação ou pesquisa				
Prêmio	Instituição, País	Ano		
REGISTRO DE TRABALHO				
Forneça detalhes de seu histórico de trabalho em ordem cronológica inversa.				
Título	Instituição, País	DE <i>mm/aaaa</i>	PARA <i>mm/aaaa</i>	Tempo integral/mês período
PUBLICAÇÕES				
Incluir preprints, no prelo ou publicados, resumos de conferências publicados, apresentações de conferências, publicações sobre políticas				

HABILITAÇÕES E EXPERIÊNCIA	
Use esta secção para dar mais detalhes seus: suas habilidades, experiência, atributos pessoais, motivação e qualquer outra informação relevante que o torne adequado para estudos de mestrado/doutoramento e pós-doutoramento. Por favor, não use mais do que a contagem de palavras indicada em cada campo.	
Já iniciou estudos de pesquisa em programas (por exemplo, MSc/MPhil/PhD) antes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se respondeu 'sim', forneça informações sobre cada um dos programas iniciados. <i>Incluir : a instituição, o projeto de pesquisa, os motivos da desistência/não conclusão</i>	
Mencione circunstâncias atenuantes que podem ter afetado a progressão na carreira, tais como interrupções na carreira, destacamentos, voluntariado, trabalho a tempo parcial e outras experiências relevantes (incluindo tempo passado em diferentes setores). Estado Não aplicável se não houver.	
Forneça detalhes de qualquer formação (inclua cursos relevantes ou formação específica) ou competências técnicas que já possua e que o preparem para prosseguir o mestrado/doutoramento e pós-doutoramento na área que identificou. (300 palavras)	
Fale sobre uma actividade de pesquisa que realizou e da qual está particularmente orgulhoso e qual foi o seu impacto (máximo de 350 palavras) <i>Explique como contribuiu para a geração de novas ideias e hipóteses, destaque qualquer financiamento que você ganhou e descreva por que o resultado da pesquisa foi de particular relevância</i>	
Como contribuiu para a sociedade em geral? (máximo 200 palavras) <i>Isto inclui exemplos de envolvimento social e troca de conhecimentos. Pode incluir o envolvimento com o sector público, a indústria e o sector privado; com clientes e o público em geral, inclusão de pacientes em processos e</i>	

defesa de direitos. Pode incluir outros impactos na investigação, tais como práticas e políticas, incluindo esforços para aconselhar os decisores políticos a nível local, nacional ou internacional.

Como tem contribuído para o desenvolvimento das pessoas? (máximo 200 palavras)

Isso inclui suas actividades de ensino ou workshops e a supervisão de alunos e colegas. Mencione a orientação de membros em sua área e o apoio que você forneceu para o avanço dos colegas, sejam eles juniores ou seniores. Destacar o estabelecimento de colaborações, desde institucionais (podem ser interdisciplinares) até internacionais.

Quais são as coisas que o entusiasma em fazer um mestrado/doutoramento e pós-doutoramento? (máximo 150 palavras)

Por que acha que é uma boa opção para este programa? (máximo 150 palavras)

Conte-nos como suas habilidades e experiência correspondem aos projetos oferecidos

O que você espera alcançar com este programa de mestrado/doutoramento e pós-doutoramento (máximo de 150 palavras)

Quais são os principais desafios realizar um mestrado/doutoramento e pós-doutoramento? Como propõe superar esses desafios? (máximo 200 palavras)

DELEGAÇÃO PROVINCIAL DA CIDADE DE MAPUTO

FORMULÁRIO DE IGUALDADE DE OPORTUNIDADES

As informações partilhadas neste formulário serão utilizadas apenas para monitorizar e melhorar as nossas políticas de igualdade de oportunidades e para avaliar e fornecer o apoio adequado.

Este formulário será mantido separado do seu formulário de inscrição e não estará disponível para os painéis de revisão e/ou pré-seleção. Ninguém que esteja a considerar se candidatar para essas bolsas terá acesso a essas informações.

Por favor, marque a opção "Informações Recusadas" se não desejar divulgar informações específicas em cada secção. Quaisquer secções deixadas incompletas serão consideradas como "Prefiro não responder".

NOME COMPLETO (Nome e sobrenome/nomes de família conforme inseridos em seu formulário de inscrição e passaporte)	
Clique ou toque aqui para inserir texto.	
IDADE	
Data de Nascimento (Formato: DD/MM/AAAA):	Clique ou toque aqui para inserir texto.
Idade no momento da aplicação:	Clique ou toque aqui para inserir texto.
NACIONALIDADE	
Primeira nacionalidade	Clique ou toque aqui para inserir texto.
Segunda nacionalidade, se aplicável	Clique ou toque aqui para inserir texto.
GÊNERO	
<input type="checkbox"/> Masculino (01) <input type="checkbox"/> Feminino (02) <input type="checkbox"/> Não binário (03) <input type="checkbox"/> Outra descrição preferencial (04) <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer (98)	
IDENTIDADE DE GÊNERO	
A sua identidade de gênero atual é igual ao gênero originalmente atribuído no nascimento?	
<input type="checkbox"/> Sim (01) <input type="checkbox"/> Não (02) <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer (98)	



ORIENTAÇÃO SEXUAL	
<input type="checkbox"/> Bissexual (01)	<input type="checkbox"/> Heterossexual (04)
<input type="checkbox"/> Homem gay (02)	<input type="checkbox"/> Outro (05)
<input type="checkbox"/> Mulher gay/lésbica (03)	<input type="checkbox"/> Prefiro não dizer (98)
ORIGEM ÉTNICA	
<input type="checkbox"/> Branco (10)	<input type="checkbox"/> Outras origens asiáticas (39)
<input type="checkbox"/> Viajante Irlandês (14)	<input type="checkbox"/> Misto – Caribenho Branco e Negro (41)
<input type="checkbox"/> Cigano ou Viajante (15)	<input type="checkbox"/> Misto – Africano Branco e Negro (42)
<input type="checkbox"/> Negro ou Negro Britânico - Caribenho (21)	<input type="checkbox"/> Misto – Branco e Asiático (43)
<input type="checkbox"/> Negro ou Negro Britânico - Africano (22)	<input type="checkbox"/> Outros antecedentes mistos (49)
<input type="checkbox"/> Outro fundo preto (29)	<input type="checkbox"/> Árabe (50)
<input type="checkbox"/> Asiático ou Asiático Britânico - Indiano (31)	<input type="checkbox"/> Outra origem étnica (80)
<input type="checkbox"/> Asiático ou Asiático Britânico - Paquistanês (32)	<input type="checkbox"/> Desconhecido (90)
<input type="checkbox"/> Asiático ou Asiático Britânico - Bangladesh (33)	<input type="checkbox"/> Prefiro não dizer (98)
<input type="checkbox"/> Chinês (34)	
RELIGIÃO	
<input type="checkbox"/> Sem religião (01)	<input type="checkbox"/> Muçulmano (12)
<input type="checkbox"/> Budista (02)	<input type="checkbox"/> Sikh (13)
<input type="checkbox"/> Cristão (03)	<input type="checkbox"/> Espiritual (14)
<input type="checkbox"/> Hindu (10)	<input type="checkbox"/> Qualquer outra religião ou crença (80)
<input type="checkbox"/> Judeu (11)	<input type="checkbox"/> Prefiro não dizer (98)
Se considera deficiente ou tem algum problema de saúde de longa duração que afeta sua capacidade de realizar actividades normais do dia a dia?	
<input type="checkbox"/> Sim (01)	
<input type="checkbox"/> Não (02)	
<input type="checkbox"/> Prefiro não responder (98)	
Se respondeu SIM acima, marque uma das opções a seguir que se apliquem	
<input type="checkbox"/> Duas ou mais deficiências e/ou condições médicas incapacitantes (8)	<input type="checkbox"/> Deficiência física ou problemas de mobilidade, como dificuldade para usar os braços ou usar cadeira de rodas ou muletas (56)
<input type="checkbox"/> Uma dificuldade de aprendizagem específica, como dislexia, dispraxia ou AD(H)D (51)	<input type="checkbox"/> Surdo ou com deficiência auditiva grave (57)
<input type="checkbox"/> Uma deficiência social/de comunicação, como síndrome de Asperger/outro transtorno do espectro autista (53)	<input type="checkbox"/> Cego ou deficiência visual grave não corrigida por óculos (58)
<input type="checkbox"/> Uma doença ou problema de saúde de longa duração, como câncer, HIV, diabetes, doença cardíaca crônica ou epilepsia (54)	<input type="checkbox"/> Uma deficiência, deficiência ou condição médica não listada neste formulário (96)
	<input type="checkbox"/> Prefiro não dizer (98)

<input type="checkbox"/> Uma condição de saúde mental, como depressão, esquizofrenia ou transtorno de ansiedade (55)	
--	--

AMPLIANDO OS DADOS DE PARTICIPAÇÃO	
Um ou mais dos seus pais frequentaram o Ensino Superior?	<input type="checkbox"/> Sim (01) <input type="checkbox"/> Não (02) <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer (98)
É um cuidador? (Cuidar de uma criança, de um pai ou de outra pessoa)	<input type="checkbox"/> Sim (01) <input type="checkbox"/> Não (02) <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer (98)
Se respondeu SIM acima, marque uma das opções a seguir que se aplicarem	
<input type="checkbox"/> Cuidador principal de uma criança ou crianças (menores de 18 anos) (01) <input type="checkbox"/> Cuidador principal de uma criança ou crianças deficientes ou com problemas de saúde ou doença, ou necessidades de cuidados temporários (menores de 18 anos) (02) <input type="checkbox"/> Cuidador principal ou assistente de adulto ou adultos com deficiência (18 anos ou mais) (03)	<input type="checkbox"/> Cuidador primário ou assistente de pessoa ou pessoas idosas (65 anos ou mais) (04) <input type="checkbox"/> Cuidador secundário (Outra pessoa desempenha a função de cuidador principal) (05) <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer (98)

Por favor, anexe este formulário com os outros documentos exigidos no para aplicação no programa SOFAR.