**CONDIÇÕES GERAIS PARA A PARCERIA ENTRE A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E O ROTARY**

**(TERMO DE ACEITE E COMPROMISSO)**

Projeto para ampliação da testagem rápida para hepatites B e C: Parceria SUS e Rotary

Termo que firma parceria entre o Rotary Club e as Secretarias Municipais de Saúde, com o objetivo de formalizar as responsabilidades para o desenvolvimento de ações conjuntas para a ampliação da testagem para hepatites B e C no território municipal.

1. O presente Termo de Aceite e Compromisso entre a Secretaria Municipal de Saúde de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(descrever o nome do município) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e o Rotary Club de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(descrever o nome do Rotary Club)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para a articulação e execução de estratégias de testagem para hepatites B e C.
2. O Município estabelece como referência para a articulação e organização das ações conjuntas com o Rotary \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(descrever o nome da diretoria/coordenação/equipe/servidor responsável pela execução do Projeto)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
3. O Projeto consiste em estabelecer a parceria entre a gestão local do SUS e o Rotary. A contribuição do Rotary acontecerá por meio da execução de testes rápidos para hepatites B e C, pela organização das ações, garantia das condições adequadas para a testagem e disponibilização de recursos humanos para a execução dos testes;
4. A realização da testagem deve seguir as orientações do [“Manual Técnico para Diagnóstico das Hepatites Virais”](http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/manual-tecnico-para-o-diagnostico-das-hepatites-virais-e-atualizado) e do [programa de educação permanente Telelab](https://telelab.aids.gov.br/).
5. O Rotary fornecerá, sem qualquer ônus financeiro, o serviço de voluntários para a realização de testes rápidos de Hepatite B e C nos locais apontados pelas secretarias municipais de saúde.
6. O Rotary apontará, em cada cidade, um diretor responsável pelas ações junto às secretarias de saúde locais. Este diretor responsável terá a incumbência de ser o ponto focal para a comunicação junto à secretaria de saúde local.
7. Toda e qualquer comunicação entre a secretaria de saúde local e o Rotary) deverá ser realizada através do diretor responsável apontado pelo Rotary.
8. O Rotary, ao promover a realização das ações de triagem por meio do teste rápido, deverá prover a supervisão de um responsável técnico, devidamente registrado no Conselho Regional de Classe e com habilitação para a realização de testagem e emissão de laudo com o resultado.
9. Os executores dos testes ligados ao Rotary deverão realizar os cursos “Diagnóstico de Hepatites Virais” e “Infecções Sexualmente Transmissíveis - Cuidados na execução dos testes rápidos” disponíveis na plataforma Telelab (<https://www.telelab.aids.gov.br/>), bem como a aula referente ao procedimento de execução do(s) insumo(s) a ser(em) utilizado(s) no projeto. A gestão local do SUS poderá solicitar a apresentação dos certificados de realização da capacitação como condição para a realização do Projeto;
10. As estratégias de testagem, o público, e os locais para a execução deverão ser estabelecidos em consonância com os gestores locais do SUS inseridos no Projeto;
11. A indicação do(s) centro (s) de referência para o encaminhamento e vinculação dos casos que apresentarem testes rápidos reagentes serão de competência de cada secretaria municipal de saúde.
12. O (s) centro (s) de referência para o encaminhamento e vinculação dos casos que apresentarem testes rápidos reagentes será (ão): *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(descrever nome do(s) centro(s) de referência (s) e seus respectivos endereços)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
13. Os testes rápidos de punção digital, necessários para a viabilização do projeto, são adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e executados pelos municípios. A gestão local deve estabelecer juntamente com o Rotary, a periodicidade e os quantitativos necessários a serem disponibilizados pelo município para a realização das ações de testagem. O Ofício nº1747/2020/CGAHV/.DCCI/SVS/MS, de 28 de setembro de 2020, dentre outros pontos, estabelece a possibilidade de disponibilização pelo gestor local dos testes rápidos adquiridos pelo Ministério da Saúde para a realização de ações que ampliem o rastreio da hepatite C, com vistas à eliminação do agravo. Nos casos de impossibilidade de atendimento da demanda com os estoques locais, quantitativos suplementares de testes rápidos poderão ser solicitados ao DCCI/SVS/MS pela gestão municipal por meio do e-mail: [testerapido@aids.gov.br](mailto:testerapido@aids.gov.br)
14. Como ferramenta para o monitoramento do uso dos testes rápidos, das ações, bem como para permitir a possibilidade de busca ativa dos casos reagentes pela gestão local, o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI/SVS/MS), disponibilizará o Sistema de Avaliação e Monitoramento dos Projetos com OSC (SIMAV), que foi desenvolvido para acompanhar, em tempo real, as ações dos projetos realizados em parceria com as OSC.
15. Caberá ao Rotary inserir as informações no SIMAV a cada atividade realizada, por meio do preenchimento dos formulários específicos que serão disponibilizados pelo DCCI, à medida que seja comunicado da oficialização deste “Termo de Aceite e Compromisso”.
16. As informações do SIMAV estarão disponíveis para o acesso pelos municípios. Caso o Rotary não apresente as informações via SIMAV os municípios podem optar por romper a parceria. Nessas situações, solicita-se que o DCCI seja comunicado oficialmente por meio do e-mail: [hv@aids.gov.br](mailto:hv@aids.gov.br).
17. E, por estar assim de acordo com suas disposições, firmo o presente documento, concordando com todos os compromissos e regras descritas acima, neste Termo de Aceite e Compromisso.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome

Secretário(a) Municipal de Saúde de xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome

Rotary Club de xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx