**ANEXO B - PROPOSTA DE PROJETO**

**EDITAL Nº 01/2024**

|  |
| --- |
| **TÍTULO DO PROJETO** |
|  |

|  |
| --- |
| **Linhas temáticas (selecionar pelo menos uma e até duas das linhas temáticas):** |
| ( ) 1. Ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento da TB.  ( ) 2. Estratégias de adesão ao tratamento e de apoio à autonomia da pessoa com TB, voltadas ao enfrentamento da interrupção do tratamento da TB.  ( ) 3. Estratégias de promoção da proteção social à pessoa com TB e de enfrentamento do estigma e discriminação.  ( ) 4. Ampliação da avaliação de contatos e da oferta de tratamento preventivo da tuberculose  ( ) 5. Mobilização social relacionada ao engajamento da sociedade civil na temática da inovação, pesquisa e desenvolvimento tecnológico sobre TB.  ( ) 6. Mobilização social para a implementação e/ou monitoramento de planos de controle da TB e revisão das metas e compromissos de eliminação da TB.  ( ) 7. Mobilização social para o fortalecimento do ativismo na resposta à TB. |
| **Ações (Selecionar pelo menos uma e até três das respectivas ações dentro da linha temática escolhida)** |
| **1**. **Ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento da TB:**  ( ) 1.1. Divulgação de informações e de ações de educação entre pares sobre a doença, seus sinais e sintomas e sobre as estratégias disponíveis no SUS para o cuidado à TB  ( ) 1.2. Estratégias de intensificação da busca ativa de pessoas com sintomas de TB, incluindo articulação com serviços/setores estratégicos relacionados às populações prioritárias e articulação com serviços/equipes de saúde para realização do diagnóstico  ( ) 1.3. Estratégias de promoção do acesso e vinculação aos serviços de saúde para o diagnóstico e início do tratamento da TB, incluindo abordagens culturalmente adequadas e voltadas às especificidades das populações prioritárias  **2. Estratégias de adesão ao tratamento e de apoio à autonomia da pessoa com TB, voltadas ao enfrentamento da interrupção do tratamento da TB:**  ( ) 2.1. Divulgação de informações e de ações de educação entre pares sobre o tratamento da TB, incluindo orientações sobre os medicamentos utilizados, eventos adversos, importância da adesão ao tratamento e outras recomendações sobre o seguimento nos casos de co-morbidade.  ( ) 2.2. Estratégias promotoras da adesão, incluindo ações de apoio à realização do tratamento diretamente observado em parceria com serviços/equipes de saúde e serviços/setores estratégicos, rodas de conversa, grupos de apoio e/ou formação de redes para pessoas em tratamento, seus familiares e sobreviventes de TB.  ( ) 2.3. Estratégias de promoção do acesso e vinculação aos serviços de saúde para a adesão ao tratamento da TB, incluindo abordagens culturalmente adequadas e voltados para o cuidado centrado na pessoa e fortalecimento da articulação com os serviços/setores estratégicos relacionados às populações prioritárias.  **3. Estratégias de promoção da proteção social à pessoa com TB e de enfrentamento do estigma e discriminação:**  ( ) 3.1. Divulgação de informações e de ações de educação entre pares, mobilização social e advocacy sobre benefícios sociais e acesso à moradia, alimentação e emprego voltados às pessoas em tratamento de TB e suas famílias.  ( ) 3.2. Divulgação de informações e de ações de educação entre pares, mobilização social e advocacy sobre promoção de atitudes inclusivas, uso de linguagem não estigmatizante, identificação e denúncia de atitudes discriminatórias.  ( ) 3.3. Desenvolvimento de estratégias de promoção de direitos e de articulação intersetorial na temática do acesso à benefícios sociais, moradia, alimentação e emprego.  **4. Ampliação da avaliação de contatos e da oferta de tratamento preventivo da tuberculose:**  ( ) 4.1. Divulgação de informações e de ações de educação entre pares sobre a avaliação de contatos e sua importância, em linguagem simples e culturalmente adequada  ( ) 4.2. Divulgação de informações e de ações de educação entre pares sobre infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* e o tratamento preventivo da doença em linguagem simples e culturalmente adequado às populações prioritárias  ( ) 4.3. Estratégias de intensificação do diagnóstico e tratamento preventivo da tuberculose para contatos de pessoas com TB (crianças, adolescentes e/ou adultos)  **5. Mobilização social relacionada ao engajamento da sociedade civil na temática da inovação, pesquisa e desenvolvimento tecnológico sobre TB:**  ( ) 5.1. Divulgação de informações e de ações de educação entre pares sobre tecnologias disponíveis no SUS para a TB, inovações e pesquisas de interesse para a doença, utilizando linguagem simples e abordagens culturalmente adequadas;  ( ) 5.2. Estratégias de mobilização social e advocacy em relação ao acesso à novas tecnologias de forma equitativa, monitoramento da tradução do conhecimento científico em práticas de cuidado e visibilidades das necessidades e experiências das pessoas e comunidades afetadas pela doença.  **6. Mobilização social para a implementação e/ou monitoramento de planos de controle da TB e revisão das metas e compromissos de eliminação da TB:**  ( ) 6.1. Divulgação de informações e de ações de educação entre pares sobre monitoramento liderado por comunidades, planejamento em saúde e controle social no SUS voltados para a resposta à TB.  ( ) 6.2. Estratégias de mobilização social e advocacy em relação à implementação e/ou monitoramento de planos de controle da TB e revisão das metas e compromissos de eliminação da TB no âmbito nacional, estadual e/ou municipal.  ( ) 6.3. Estratégias de mobilização social e advocacy em relação à implementação e/ou monitoramento de ações intersetoriais voltadas para o enfrentamento dos determinantes sociais relacionados à TB.  **7. Mobilização social para o fortalecimento do ativismo na resposta à TB:**  ( ) 7.1. Estratégias de educação entre pares, formação e/ou ampliação de redes da sociedade civil organizada atuante na resposta à TB e/ou de parcerias da sociedade civil organizada com outros setores e parceiros-chave na resposta à TB.  ( ) 7.2. Ações de advocacy e incidência política voltadas para a resposta à TB, incluindo ações junto aos parlamentares e outros setores estratégicos para o cuidado à pessoas em situação de vulnerabilidade. |
| **Público (Selecionar pelo menos um público-alvo)** |
| ( ) Pessoas em situação de rua  ( ) Pessoas privadas de liberdade  ( ) Povos indígenas  ( ) Pessoa vivendo com HIV  ( ) Pessoas com TB e co-morbidades (incluindo a infecção pelo HIV, diabetes, dentre outras)  ( ) Adultos que sejam contatos de pessoas com TB  ( ) Crianças e adolescentes que sejam contatos de pessoas com TB  ( ) Comunidades de territórios prioritários (comunidades ribeirinhas, comunidades quilombolas, áreas de fronteira e/ou difícil acesso, periferias, favelas, dentre outros)  ( ) Imigrantes/pessoas refugiadas  ( ) Pessoas que usam álcool e/ou outras drogas  ( ) População negra  ( ) Pares da sociedade civil organizada  ( ) Parceiros-chave relacionados à implementação de estratégias do “Plano Nacional pelo Fim da TB” (descrever quais: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  ( ) Outros. (Caso tenha selecionado outros, especificar qual(is):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) |
| **Antecedentes**  **Descrever:**   * A experiência prévia da Instituição Proponente em ações de mobilização social e/ou de base comunitária, com ênfase na atuação relacionada à linha temática selecionada, se houver. * A relação da proposta com os pilares do “Plano Nacional pelo Fim da TB”. |
|  |
| **Justificativa**  Descrever:   * O contexto e as características do território onde o projeto será realizado e/ou do público-alvo, incluindo os problemas ou necessidades relacionados à linha temática selecionada que precisam ser enfrentados ou atendidos. |
|  |
| **Objetivos** |
| Objetivo geral  Objetivos específicos |
| **Atividades e Metodologia**  **Descrever:**   * O que será feito (descrição das estratégias, ações e atividades); * Como será feito (metodologia ou abordagem que será aplicada); * Quem fará/estará envolvido (responsáveis e parceiros); * Quem participará / será beneficiário (público-alvo) das ações/atividades; * No caso de novas práticas ou abordagem inovadoras, incluir informações sobre o ineditismo e/ou a inovação na descrição das atividades e metodologia. |
|  |
| **Resultados Esperados**  **Descrever:**   * Quais são os resultados esperados do projeto; * Como será realizado o monitoramento do alcance desses resultados ao longo do desenvolvimento do projeto; * Qual o potencial de benefícios diretos às pessoas e comunidades afetadas pela TB e/ou como o projeto irá contribuir para o fortalecimento da resposta à doença. |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Plano de execução e cronograma** – indicar o período/mês de realização das atividades (Descrever todas as atividades previstas para a realização da proposta e o período em que elas devem ocorrer. O prazo para finalização das atividades não deve ser superior a 12 meses.) | | | | | | | | | | | | | |
| **N.º Atividade** | **Descrição das atividades** | **01** | **02** | **03** | **04** | **05** | **06** | **07** | **08** | **09** | **10** | **11** | **12** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Orçamento detalhado -** Relacionar o orçamento de acordo com os limites estabelecidos no Edital. Orçar o custo das despesas previstas para o seu desenvolvimento. Se for necessário, adicionar mais linhas na planilha |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Viagens** | | | |
| **Descrição** | **Quantidade** | **Valor Unitário** | **Total** |
|  |  |  | - |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | - |
| **TOTAL** | | | **-** |
|  |  |  |  |
| **Pessoal** | | | |
| **Descrição** | **Quantidade** | **Valor Unitário** | **Total** |
|  |  |  |  |
|  |  |  | - |
|  |  |  | - |
| **TOTAL** | | | **-** |
|  | | | |
| **Serviços, materiais e provedores** | | | |
| **Descrição** | **Quantidade** | **Valor Unitário** | **Total** |
|  |  |  | - |
|  |  |  |  |
|  |  |  | - |
| **TOTAL** | | | **-** |
|  |  |  |  |
| **Equipamentos** | | | |
| **Descrição** | **Quantidade** | **Valor Unitário** | **Total** |
|  |  |  |  |
|  |  |  | - |
|  |  |  | - |
| **TOTAL** | | | **-** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| **TOTAL** | | | - |

**ANEXO C - CARTA DE CIÊNCIA**

**SELEÇÃO DE ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL PARA DESENVOLVER PROJETOS DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL E DE BASE COMUNITÁRIA VISANDO A ELIMINAÇÃO DA TUBERCULOSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**.

Declaro, para os devidos fins, que essa [Nome da Gestão de Saúde Estadual/Distrital//Municipal] tem ciência e apoia, se dispondo a estabelecer parceria e fornecer o apoio necessário à realização das atividades propostas no projeto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a ser executado pela Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

CNPJ Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, neste (Município/Estado) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro, ainda, que a instituição tem experiência de trabalho com as populações-chaves e prioritárias previstas no Edital Nº 01/2024, e encontra-se em situação regular, não existindo, junto à [Nome da Gestão de saúde Estadual/Distrital//Municipal], nenhuma pendência de ordem técnica e/ou financeira.

Local e Data,

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

[Assinatura e Carimbo]

[Nome da Gestão de Saúde Estadual/Distrital/Municipal]

[Nome Completo]

[Cargo/Ocupação]

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Pode-se acrescentar a assinatura digital com certificado padrão ICP-Brasil.**  **Caso esse documento seja digitalizado, a assinatura deve ser feita no próprio documento e o arquivo deve ser salvo e enviado em *.pdf*.** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO D – DADOS DOS RESPONSÁVEIS PELO PROJETO**  **EDITAL Nº 01/2024**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **1. DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE** | | | | | Nome (conforme inscrição do CNPJ): | | | | | CNPJ: | | | | | Endereço: | | | | | Bairro: | Cidade: | Estado: | CEP: | | Telefone(s): | | Website/Redes Sociais: | | | Endereço eletrônico (e-mail): | | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **2. IDENTIFICAÇÃO DO(DA) RESPONSÁVEL LEGAL** | | | | | **2.1. Responsável pela assinatura da Carta Acordo:** | | | | | Nome completo: | | | | | Nome social: | | | | | Cargo: | | Mandato (dia/mês/ano)  Início: Término: | | | CPF: | | Identidade: | | | Endereço residencial: | | | | | Bairro: | Cidade: | Estado: | CEP: | | Telefones (incluindo celular): | | Endereço eletrônico (e-mail): | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **3. IDENTIFICAÇÃO DO(DA) COORDENADOR(A)** | | | | | | **3.1. Responsável pela condução da execução técnica e orçamentária:** | | | | | | Nome completo: | | | | | | Nome social: | | | | | | CPF: | | Identidade: | | | | Endereço residencial: | | | | | | Bairro: | Cidade: | | Estado: | CEP: | | Telefones (incluindo celular): | | | Endereço eletrônico (e-mail): | | |