



centro brasileiro de análise e planejamento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Regionalização, Contratação de Serviços e Participação no SUS

Pesquisador Responsável: Vera Schattan Ruas Pereira Coelho

O Sr(a) está sendo convidado a participar do estudo **Regionalização, contratação de serviços e participação no SUS**. Este projeto tem o objetivo de explorar a contribuição que a contratação indireta de serviços pode trazer aos processos de regionalização em curso no SUS.

Para tanto, estamos realizando entrevistas com integrantes da administração pública, gestores e trabalhadores das entidades contratadas, conselheiros e usuários do sistema público de saúde. Estão sendo aplicados 4(quatro) tipos de questionários. Os gestores da Secretária municipal responderão ao "Questionário Gestor SMS", os gestores de unidades de saúde responderão ao "Questionário Profissional de Saúde", os gestores de OSS responderão ao questionário "Gestor OSS", os usuários do SUS responderão ao "Questionário Usuário", os conselheiros de saúde responderão ao "Questionário Conselheiro".

Pedimos seu apoio para a realização desta pesquisa, que oferece riscos mínimos aos seus entrevistados. Esses riscos advêm do desconforto de responder ao questionário e de uma possível identificação do respondente quando da divulgação dos resultados. Para reduzir esses riscos controlamos o tempo da entrevista para que não exceda 60 minutos de duração, também nos comprometemos a revisar todo o material que será divulgado para evitar a exposição do respondente à sua possível identificação quando for feita a publicação dos resultados. A entrevista ocorrerá no local de trabalho do respondente.

Ao participar desse estudo o respondente não receberá nenhum benefício direto. No entanto, espera-se que os resultados do estudo venham a contribuir para o aprimoramento do processo de regionalização e, portanto, para melhorar a disponibilidade e qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS.

Rubrica do participante/representante legal

Rubrica do pesquisador Responsável

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dra Vera Schattan Ruas Pereira Coelho que pode ser encontrado no CEBRAP, R Morgado de Mateus, 615, F:5574-0399 ou pelo telefone celular (11) 972957212. Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 8º andar. CEP 01223-010. Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante.

Você tem direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo, quando existirem, exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal comprovadamente causado pelos procedimentos deste estudo, você tem direito de solicitar indenizações legalmente estabelecidas.

Os dados e os materiais coletados serão utilizados para esta pesquisa e armazenados em um banco de dados do pesquisador (banco repositório).

O Sr (a) autoriza que os dados coletados nesta pesquisa possam via a ser utilizados em pesquisas futuras?

() SIM OU () NÃO

Caso esteja de acordo, deseja ser informado da utilização de seus dados?

() SIM OU () NÃO

Rubrica do participante/representante legal

Rubrica do pesquisador Responsável

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **Regionalização, contratação de serviços e participação no Município de São Paulo**. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do participante/representante legal

Data ____ / ____ / ____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo. Sendo que uma via deste documento deve ficar com o participante e outra em posse do pesquisador.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

Rubrica do participante/representante legal

Rubrica do pesquisador Responsável