TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

**TÍTULO DO PROJETO: CONTROLE SOCIAL, GESTÃO E REDUÇÃO DAS INIQUIDADES EM SAÚDE NO ALTO RIO NEGRO**

Pesquisadora responsável: Luciana Benevides Ferreira

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

O objetivo deste estudo é Identificar as formas de prestação de contas e os responsáveis pelos serviços de saúde no DSEI Alto Rio Negro. Você está sendo convidado a participar para expressar sua opinião sobre este assunto.

Sua participação consiste em responder as perguntas que serão feitas pelos pesquisadores sobre este tema. Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.

**Riscos e benefícios**

* Os riscos de sua participação no estudo são mínimos, pois você terá apenas que responder às perguntas.
* Durante a execução do projeto há baixo risco aos participantes, por se limitar à realização de entrevista.
* Não haverá benefício direto para o participante, porém o produto do trabalho será encaminhado para o Conselho Distrital de Saúde do Alto Rio Negro e para a FOIRN, visando auxiliar a capacitação dos conselheiros, lideranças comunitárias e o aprimoramento dos mecanismos de participação e responsabilização na prestação de contas das ações e serviços de saúde realizados naquela região.
* Os dados individuais não serão divulgados, garantindo o sigilo e a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. O nome dos entrevistados somente serão divulgados mediante autorização do entrevistado.
* Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
* Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
* Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

**Confidencialidade**

* Seus dados e as informações que prestar ficarão guardadas sob a responsabilidade de Luciana Benevides Ferreira e Danilo Paiva e só serão vistos pelos pesquisadores, que vão manter o sigilo e confidencialidade. As informações ficarão arquivadas por um período de 5 anos e após esse tempo serão destruídas.
* Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB pelo telefone (61)3966-1511 ou pelo e-mail: [cep.uniceub@uniceub.br](mailto:cep.uniceub@uniceub.br.)

Eu, \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ RG \_\_ \_\_\_\_ \_\_, após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

* Concordo que esta entrevista seja gravada para maior fidelidade no registro das minhas respostas:

Sim 🞏 Não 🞏

* Concordo que o meu nome seja incluído na lista de pessoas entrevistadas e na atribuição de minhas falas:

Sim 🞏 Não 🞏

Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Luciana Benevides Ferreira, (61) 99970-0308 , [lucianabenevides@gmail.com](mailto:lucianabenevides@gmail.com)

**Endereço dos responsáveis pela pesquisa:**

Instituição: Luciana Benevides Ferreira / Associação Saúde Sem Limites

Endereço: SHIN QI 13 Conjunto 07 Casa 11,

Bairro: Lago Norte CEP: 71535-070 Cidade: Brasília-DF

Telefones p/contato: (61) 99970-0308