

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO AO USUÁRIO

Convidamos o (a) Sr. (a) a participar, como voluntário (a) da pesquisa intitulada *Avaliação externa: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)*, que está sob responsabilidade do pesquisador PAULO SÁVIO ANGEIRAS DE GOES, residente a **Estrada do Arraial**, 3085/404-Tamarineira/Recife, PE, CEP: 52051-380, telefone: (81) 99175-5763, e-mail: paulosaviogoes@gmail.com, para contato com pesquisador responsável (inclusive ligações a cobrar)

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubricar as folhas e assinar ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr.(a) não será penalizado (a) de forma alguma. O (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

- A pesquisa tem como objetivo verificar a qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e sua participação consistirá em responder a entrevista sobre sua satisfação com o CEO, que terá duração em média de 30 minutos.
- O estudo poderá trazer risco de possível constrangimento para o senhor (a) frente a alguns questionamentos acerca da qualidade dos estabelecimentos de saúde investigados, no entanto, como será mantido absoluto sigilo, se minimiza tal risco, não gerando prejuízos para a atuação profissional ou para o usuário ao serviço.
- Informamos que neste trabalho não há benefícios diretos, entretanto, como benefícios indiretos, as informações prestadas pelo (a) senhor (a) poderão induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); fortalecer o processo de referência e contrarreferência de saúde bucal; e permitir o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade, por meio do portal do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde.
- Os resultados serão encaminhados aos gestores do Sistema de Saúde, o que também servirá de base para melhoria da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente para estimular a efetiva mudança do modelo de atenção em saúde bucal, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos e publicações técnicas - científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. As informações obtidas estarão sob absoluto sigilo e serão armazenadas por no mínimo por 5 (cinco) anos, sob a guarda do pesquisador responsável, armazenado no Laboratório de Gestão da Informação de Saúde Bucal do Centro Colaborador de Vigilância em Saúde Bucal do Ministério da Saúde na Universidade Federal de Pernambuco (LABGISB/CECOL/MS-UFPE).

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de despesas). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (**Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepcs@ufpe.br**).

Assinatura pesquisador

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar da pesquisa intitulada Avaliação de efetividade de uma ferramenta webbased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Impressão digital
(opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura: