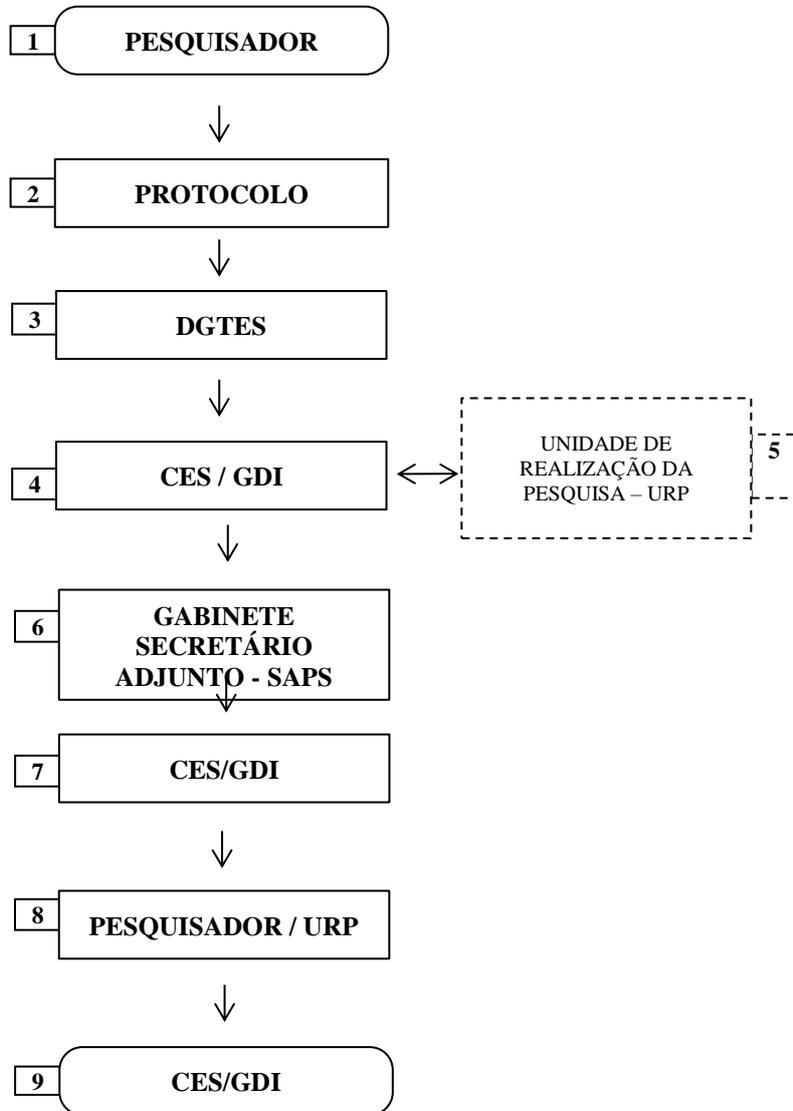


FLUXO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA EM UNIDADES SESPA



Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Coordenação de Educação na Saúde
Gerência de Documentação e Informação

FLUXO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA EM UNIDADES SESPA

SETOR	AÇÕES	TEMPO EM DIAS
1 PESQUISADOR	<ul style="list-style-type: none"> Solicita autorização formalmente (protocola) com cópia do Projeto de Pesquisa (Ofício pessoal (com email e número de celular) ou da Instituição de Ensino/Pesquisa (para coordenação de Educação na Saúde da SESPA)+ Termo de Aceite do Prof. Orientador+ cadastro na plataforma Brasil(se já tiver) • Obs: os documentos podem ser entregues no Protocolo Geral da Sespapara ser gerado um número de protocolo) ou encaminhados em pdf (num único arquivo) por email para o endereço: protocolo@sespa.pa.gov.br 	1
2 PROTOCOLO	<ul style="list-style-type: none"> Gera número de processo - Encaminha o processo à DGTES/Coordenação de Educação em Saúde- CES 	1
DGTES		
3 Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/CES	<ul style="list-style-type: none"> Encaminha à CES para análise da viabilidade e demais trâmites 	1
CES		
4 Coordenação de Educação na Saúde GDI Gerência de Documentação e Informação	<ul style="list-style-type: none"> Analisa viabilidade da pesquisa, articulando com os atores (pesquisador e campo) e; Encaminha à GDI para trâmites. Orienta pesquisador para assinatura de Termo de Compromisso; Elabora Termo de Autorização para assinatura do Sr. Secretário Adjunto; Encaminha Termo de Autorização para assinatura do Sr. Secretário Adjunto; 	1
URP		
5 Unid. de Realização da Pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> Avalia a viabilidade de atender o pleito e devolve parecer para GDI providenciar Termo de Anuência 	15
6 GABINETE SECRETÁRIO ADJUNTO	<ul style="list-style-type: none"> Autoriza a realização da pesquisa assinando Termo de Anuência Institucional 	7
7 CES/GDI	<ul style="list-style-type: none"> Colhe assinatura do Termo de Compromisso do Pesquisador Encaminha cópia do processo c/ uma via de cada termo assinado para a unidade onde será realizada a pesquisa 	1
8 PESQUISADOR	<ul style="list-style-type: none"> Realiza a pesquisa Entrega cópia do trabalho final 	Monografia 360 Dissertação 720 Tese 1440
1-2		
9 GDI	<ul style="list-style-type: none"> Após a realização contata o pesquisador solicitando a cópia do trabalho final Registra/Arquiva o trabalho finalizado/Alimenta na Base de Dados ColecionaSUS do MS. 	

MODELOS DE TERMOS PARA PESQUISA CIENTÍFICA

TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR

Eu, Professor(a) _____, da instituição _____, aceito orientar o trabalho intitulado “ _____”, de autoria do(a) **especificar a categoria profissional** (a) _____. Declaro ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CONEP, estando inclusive ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da defesa do trabalho de conclusão da residência. Declaro ainda ter conhecimento do conteúdo do pré-projeto de pesquisa ora entregue.

Belém/PA, ____ de _____ de 2022

NOME COMPLETO

CPF

CRM

E-MAIL

ETSUS - Travessa Mariz e Barros nº 2342, entre Duque de Caxias e Rômulo Maiorana - Marco - Belém - PA - CEP: 66080-471 Fone: (91) 32029314/ Celular: (91) 974008727 E-mail: bvsespa@gmail.com

CARIMBO

MODELOS DE TERMOS PARA PESQUISA CIENTÍFICA

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu (Nós)....., abaixo assinado(s), pesquisador(es) envolvido(s) no projeto de título: , me(nos) comprometo (emos) a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos(prontuários) de , bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 466/2012 do Ministério da Saúde. Informo(amos) que os dados a serem coletados dizem respeito a (citar o objeto da coleta, por exemplo: casos de malária) ocorridos entre as datas de: (Especificar o período relativo à ocorrência dos eventos, por exemplo: entre maio de 2005 e maio de 2010).

Belém/PA.....

Nome Pesquisador responsável	
CPF	Instituição
Telefone	e-mail

Nome Pesquisador 01	
CPF	Instituição
telefone	e-mail

Nome Pesquisador 02	
CPF	Instituição
telefone	e-mail

MODELOS DE TERMOS PARA PESQUISA CIENTÍFICA

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre...(citar título)..... e está sendo desenvolvida por(citar nome do pesquisador (NO CASO DE PESQUISADORES ELENAR OS NOMES, AS INSTITUIÇÕES)....., CPF, sob a orientação do(a) Prof(a) titulação, nome, CPF e conselho.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa..... (Sistema CEP/CONEP) sob o númeroNúmero do Parecer.....de acordo com as diretrizes contidas na Resolução CNS Nº466/2012.

Os objetivos do estudo são(citar utilizando termos acessíveis ao entendimento dos participantes, sem alterar o sentido dos mesmos).....

A finalidade deste trabalho é contribuir para (Colocar neste ponto do termo os benefícios diretos ou indiretos aos participantes da pesquisa ou à comunidade).

Solicitamos a sua colaboração para (colocar o tipo de procedimento a ser realizado, como por exemplo: entrevista e seu tempo médio de duração), como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto.

Informamos que essa pesquisa..... (Colocar neste ponto do termo uma avaliação dos possíveis riscos e/ou desconfortos para o participante da pesquisa, bem como medidas a serem tomadas pelo pesquisador para prevenir e/ou minimizar tais riscos).

Esclarecemos que sua participação (ou a participação do menor ou outro participante pelo qual ele é responsável) no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável
CPF

CONSELHO

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Belém/PA, ____ de _____ de 2022

Assinatura do participante ou responsável legal
NOME

Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Coordenação de Educação na Saúde
Gerência de Documentação e Informação

CPF

Impressão dactiloscópica do participante ou responsável legal

NOME

CPF

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para:			
Contato com o Pesquisador (a) Responsável:	Endereço	Telefone	E-mail
Comitê de Ética do			

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Viviany de Nazaré da Silva Cardoso (Lei 11.419/2006)
EM 04/10/2022 13:41 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 09A3F3523F9DEE67.0935EA3832D36D.E2F0F6098ED1396.A1B45FE2E193AAC

MODELOS DE TERMOS PARA PESQUISA CIENTÍFICA

TERMO DE COMPROMISSO

(Elaborado pela GDI)

Eu, (Nome do Pesquisador), firmo perante a Secretaria de Estado de Saúde Pública o presente termo, comprometendo-me com o repasse de informações em meio eletrônico ou impresso, à apresentação dos resultados do Projeto de pesquisa intitulado (Nome da Pesquisa) e autorizo a disponibilização do mesmo na Base de dados ColecionaSUS do Ministério da Saúde.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente termo, para que surta seus efeitos legais.

Belém, _____ de 2022.

Assinatura

MODELOS DE TERMOS PARA PESQUISA CIENTÍFICA

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL (elaborado pela GDI)

Pelo presente termo e na qualidade de responsável pela Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará, declaramos que aceitamos, conforme preconiza a **Resolução nº 580 do Conselho Nacional de Saúde de 22 de março de 2018** a realização do projeto intitulado (Nome de trabalho) de autoria da discente: (nome do pesquisador), tendo como campo de pesquisa (Unidade da SESPA onde será realizada a pesquisa).

Belém, _____ de 2022.

Secretário Adjunto de Gestão de Políticas de Saúde