

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PAINEL E-DELPHI

CAAE Nº 31901414.1.0000.5404 (CEP-UNICAMP)

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo "**DEFININDO COMPETÊNCIAS DE PROFISSIONALISMO MÉDICO NO BRASIL**". Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante. Você deve salvar ou imprimir uma cópia deste documento e guardá-lo com você.

Após a leitura desse documento, preencha o formulário com seus dados e envie, assim estará automaticamente concordando em participar da pesquisa.

A pesquisa que tem como objetivo identificar as competências de profissionalismo requeridas do médico brasileiro.

Competências profissionais são atributos relacionados a capacidade de articular conhecimentos, atitudes ou habilidades para resolver problemas em situações concretas de trabalho, que devem ser contextualizadas aos valores e cultura locais.

Por essa razão, o(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em:

1. Participar de um painel de especialistas on-line estruturado na metodologia e-Delphi;
2. Listar e classificar comportamentos/atributos que segundo a sua experiência e conhecimentos são essenciais para o trabalho de excelência do médico;
3. Responder a no mínimo 4 e no máximo 6 questionários na plataforma de pesquisa da web, através de login e senhas específicos. A resposta a cada questionário dura cerca de 8 minutos.
4. O(a) Sr.(a) será contactado (a) através do email que disponibilizar no cadastro.
5. Os questionários serão abertos no ambiente virtual específico a cada 15 dias, em média, durante o período máximo de 02 meses.

SIGILO E PRIVACIDADE:

Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Os dados pessoais que fornecerá serão utilizados somente para a construção dos painéis de especialistas. Sua identidade será codificada e somente a pesquisadora e um dos membros da equipe terá acesso a esta chave de identificação.

Suas respostas e dados pessoais serão guardados na confidencialidade, seu nome não aparecerá durante a pesquisa, nem quando os resultados forem apresentados, e seus dados de contato não serão repassados a outrem.

DESCONFORTO E RISCOS:

Responder ao questionário não está associado a riscos de saúde diretos. A participação nesta pesquisa é voluntária. Caso o(a) Sr.(a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a pesquisa.

BENEFÍCIOS:

Este estudo não apresenta benefícios diretos aos participantes. Porém, seus resultados poderão ser benéficos para nortear políticas de Educação Médica.

CONTATO:

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar por Magda Moura de Almeida, (85) 981 93 32 54, profissionalismobr@gmail.com

Para denúncias e/ou reclamações referentes aos aspectos éticos da pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa/FCM/UNICAMP, localizado na Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP 13083-887 Campinas – SP. Fone (019) 3521-8936 ou 3521-7187 e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

Por favor, baixe uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido neste [link](#). É fundamental que você mantenha sua cópia do termo. Se preferir, você também pode solicitar uma cópia física assinada pelo pesquisador responsável por meio de seus contatos informados acima.

RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter provido meios de esclarecimento e fornecido acesso uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Magda Moura de Almeida

FCM / UNICAMP

Matrícula UNICAMP 151812

CRM-CE 9042

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Após ter sido suficientemente esclarecido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar...

Aceito participar e, para tal, registrarei abaixo minhas informações.

Nome completo *

E-mail *

RA ou RG *

Cidade / UF *

Idade:

Sexo:

Categoria Profissional/profissão:

Local de Trabalho: () Atenção Primária () Atenção Secundária () Atenção terciária ()

Urgência/Emergência () Outros

Docente: () Sim () Não

No caso de sim:

- Leciona há quanto tempo?

- Instituição Pública ou Privada?