

INSTRUÇÕES PARA REQUERER REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA FMSRC

Todos os pesquisadores que pretendem realizar pesquisas científicas (TCC, Mestrado ou Doutorado) nas Unidades de Saúde da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro precisam encaminhar os documentos a seguir com todas as informações que se requer.

Os anexos tem como finalidade reunir as informações necessárias para análise e autorização de projetos de pesquisa a serem desenvolvidos no âmbito da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro (FMSRC).

Todas as propostas devem estar em conformidade com a legislação vigente, especialmente a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD – Lei nº 13.709/2018) e as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Após o envio completo das informações e documentos solicitados, o projeto será submetido à análise e emissão de **parecer técnico pela equipe da SESTD (Seção de Educação, Treinamento e Desenvolvimento)**. Em seguida, o processo seguirá para **aprovação final pelo Presidente da FMSRC**.

⚠ A pesquisa só poderá ser iniciada após a emissão da autorização formal. ⚠

⚠ Em caso de dúvidas, entre em contato com a Sessão de Educação, Treinamento e Desenvolvimento (SESTD) pelo e-mail: ses@rc.saude-rioclaro.org.br.

A seguir você encontrará os Anexos que devem ter todos os campos devidamente preenchidos, assinados e enviados em formato PDF para o e-mail ses@rc.saude-rioclaro.org.br com o título: *'Requisição de Pesquisa – Nome do Pesquisador'*.

ANEXO I

 CARTA DE ANUÊNCIA

Aceito que o(a) pesquisador(a) _____, aluno(a) do programa de _____, da Instituição _____, desenvolva atividades de pesquisa junto à Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro, conforme o projeto intitulado “_____”.

O projeto prevê a formação de grupo(s) com participação de profissionais de saúde da rede municipal, com duração aproximada de _____ meses, abordando a temática _____.

A atividade será realizada em local acessível aos participantes, podendo envolver os equipamentos de saúde pública da cidade de Rio Claro que possibilitem o trabalho corporal, terapêutico, educativo ou clínico, conforme o escopo da pesquisa.

Declaro estar ciente de que a pesquisa será gerenciada pelo(a) pesquisador(a) supracitado(a), sob a orientação do(a) Professor(a) _____, e em consonância com os termos estabelecidos no **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**.

Estou ciente de que os dados provenientes das intervenções poderão ser utilizados na referida pesquisa acadêmica, respeitando os princípios éticos e legais vigentes.

Concordo com o desenvolvimento do projeto, desde que estejam asseguradas as seguintes condições:

- A pesquisa será iniciada somente após **aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)** competente.
- As atividades atenderão às diretrizes da **Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde**.
- O(a) pesquisador(a) fornecerá todos os esclarecimentos necessários aos envolvidos **antes, durante e após a realização da pesquisa**.
- Caso alguma das condições acima não seja cumprida, **reservo-me o direito de retirar esta anuência a qualquer momento**, sem qualquer tipo de penalização.

Rio Claro, _____ de _____ de _____.

Nome do responsável pela anuência:

Exmo. Sr. Dr. Marco Aurélio Mestrinel

Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro

ANEXO II



TERMO DE COMPROMISSO

À FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO/SP, PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA EM UNIDADES DE SAÚDE DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE MUNICIPAL

Eu, _____, pesquisador(a) do Projeto intitulado _____

_____, tendo por orientador(a) _____ o(a) Prof.(a) _____, assumo o compromisso que segue junto à Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro (FMSRC), como condição indispensável para a realização da referida pesquisa nas Unidades de Saúde da rede municipal:

- Aquiescer às diretrizes da Resolução CNS nº 466/2012 e demais normativas complementares; aos termos do Convênio de Cooperação eventualmente firmado entre a Fundação Municipal de Saúde e a Instituição de Ensino à qual estou vinculado(a); bem como às normas e planos de trabalho vigentes nas Unidades de Saúde envolvidas neste projeto;
- Elaborar, junto à chefia de cada Unidade de Saúde participante, um **cronograma de coleta de dados**, respeitando os horários e períodos acordados com os profissionais responsáveis;
- Responsabilizar-me por todos os custos e investimentos necessários à realização do projeto de pesquisa;
- Encaminhar à Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro, por meio da **Sessão de Educação, Treinamento e Desenvolvimento (SESTD)**, cópia do **parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP** que aprecia esta pesquisa;
- Tornar públicos os resultados obtidos, por meio de **apresentação institucional à FMSRC e entrega de cópia do artigo, monografia, dissertação ou tese** quando publicado(a), à SESTD.

Rio Claro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

Nome completo: _____

Assinatura do(a) Orientador(a)

Nome completo: _____

ANEXO III

DOCUMENTO DE PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

***USAR PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO.**

Rio Claro, _____ de _____ de _____

Ao Ilustríssimo Sr.

Marco Aurélio Mestrinel

Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro

Senhor Presidente,

Eu, **aluno(a)** de **(graduação/pós-graduação/mestrado/doutorado)** no curso de
_____,
da _____
Instituição _____, venho respeitosamente solicitar a

Vossa Senhoria autorização para realizar a pesquisa intitulada:

"_____",

orientada pelo(a) Professor(a) Doutor(a) _____.

A referida pesquisa será realizada junto à **Rede Pública Municipal de Saúde de Rio Claro**, no período previsto de _____ a _____, e será conduzida **mediante aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**.

Ciente das normas e diretrizes éticas vigentes, coloco-me à disposição para colaborar com as Unidades de Saúde envolvidas, respeitando a organização institucional e os preceitos legais.

Atenciosamente,

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

Nome: _____

Telefone / E-mail: _____

Assinatura do(a) Orientador(a)

Nome: _____

Instituição: _____

ANEXO IV

REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA FMSRC

Pelo presente, venho requerer autorização de pesquisa no âmbito da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro. Encaminho abaixo os respectivos dados de identificação dos autores e de sua Instituição de origem.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE PESQUISA

TÍTULO DO PROJETO:
MÉTODO DO PROJETO DE PESQUISA DE MESTRADO:
OBJETIVO DO PROJETO:
UNIDADE/SETOR DA PESQUISA NO ÂMBITO DA FMSRC:
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA:
CNPJ:
ENDEREÇO:
MUNICÍPIO:
CEP:
TELEFONE:
E-MAIL:
REPRESENTADA POR:
CARGO/FUNÇÃO:
ORIENTADOR(A) RESPONSÁVEL
NOME DO ORIENTADOR:

RG:
CPF:
ENDEREÇO:
MUNICÍPIO:
CEP:
TELEFONE (COM DDD):
CELULAR (COM DDD):
E-MAIL:
PESQUISADOR(A) 1
NOME:
RG:
CPF:
ENDEREÇO:
MUNICÍPIO:
CEP:
TELEFONE (COM DDD):
CELULAR (COM DDD):
E-MAIL:
PESQUISADOR(A) 2
NOME:
RG:
CPF:
ENDEREÇO:
MUNICÍPIO:
CEP:

TELEFONE (COM DDD):
CELULAR (COM DDD):
E-MAIL:

Rio Claro, __ de _____ de 20__

nome e assinatura do(a) orientador(a) requerente

nome e assinatura do(a) pesquisador(a) requerente

ANEXO V

FOLHA DE ROSTO – APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA E DE INFORMAÇÕES SOBRE TRATAMENTO DE DADOS

Todos os campos são obrigatórios e cada um deve ter no máximo 2500 caracteres com espaços

PROJETO DE PESQUISA
Título: [Inserir título da pesquisa]
Instituição de Ensino: [Inserir nome da instituição de ensino, sem abreviação]
Orientador responsável: [Inserir nome completo do orientador da pesquisa]
Unidade(s) de Campo pretendida(s): [Identificar nominalmente as unidades de campo pretendidas para a realização da pesquisa, podendo ser polo ou unidade de saúde] Exemplos: UBS; USF; Caps Ad, Caps ij.
Sujeitos da pesquisa: [Descrever quem é o público-alvo da pesquisa] Exemplos: usuários do SUS; servidores da FMSRC; gestores da FMSRC.
Dados a serem coletados: [Identificar dados (pessoais ou não) que serão coletados] Exemplos: nome, endereço, idade, origem racial ou étnica, questões de saúde, etc.
Submissão a Comitê de Ética em Pesquisa: [Informar se a pesquisa será apreciada por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. A apreciação é necessária em caso de pesquisas que envolvam entrevista, questionário, observação e outras interações com pessoas]
Resumo: [Descrever, de modo sucinto – preferencialmente em um parágrafo - do que se trata o trabalho, procurando ater-se apenas às informações essenciais, tais como: o tema, os objetivos, o problema e a hipótese (quando couber)]
Justificativa: [Relacionar as seguintes questões: a) Tema; b) Relevância social da pesquisa e, especialmente, a sua importância para a área a ser pesquisada; c) Fundamentos teóricos e éticos que sustentam o tipo de pesquisa a ser realizada; d) Como a instituição pública poderá se apropriar do resultado para qualificar ainda mais o desenvolvimento do seu trabalho]
Objetivos: [Apresentar o(s) objetivo(s) geral(is) e específicos (quando houver). Os objetivos gerais estão relacionados aos resultados mais abrangentes para os quais o projeto pretende contribuir. Já os objetivos específicos devem definir exatamente o que se espera atingir até o final do trabalho]
Revisão da Literatura Científica: [Sistematizar o conhecimento científico acumulado sobre o tema específico do seu projeto]
Método ou encaminhamento metodológico: [Listar todos os procedimentos, materiais, equipamentos e métodos necessários para realizar a pesquisa. Delinear as técnicas adotadas e os aspectos éticos envolvidos sobre a eventual utilização de instrumentos de pesquisa, como questionários, entrevistas, testes, técnicas ou planos de aula, e possibilidade de encerrar a pesquisa caso surja mal-estar entre os

participantes, entre outros. Descrever qual será a(s) instituição(ões) de ensino e respectiva(s) cidade(s), amostra da pesquisa (quantidade e faixa etária dos participantes), bem como o(s) turno(s) e ano(s)/série(s) que serão coletados os dados, quando a pesquisa for realizada com estudantes]

Cronograma: [Expor o plano de execução das atividades descritas no método ou encaminhamento metodológico do projeto, podendo ser apresentado em forma de quadro, despontando os meses ou as semanas nos quais se pretende executar cada atividade]

Resultados esperados: [Inserir as suas expectativas em relação à pesquisa, focando em dizer quais implicações maiores o seu projeto terá, seja para a academia ou para a sociedade]

Referências: [Relacionar todas as referências apresentadas ao longo do projeto, se possível, utilizando as normas da ABNT]

Anexos: [Quando houver necessidade, apresentar os instrumentos de pesquisas que serão utilizados, bem como outros materiais que serão utilizados ao longo do desenvolvimento da pesquisa]

Caso sejam coletados dados pessoais na pesquisa, preencher os itens abaixo:

TRATAMENTO DE DADOS
Os dados pessoais devem ser coletados observando os princípios da boa-fé, segurança, prevenção e outros trazidos pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) em seu artigo 6º.
Dados pessoais a serem coletados: [Em caso de coleta de dados pessoais, indicar quais os dados que o(a) pesquisador(a) pretende coletar]
Exemplos: nome, endereço, idade, origem racial ou étnica, questões de saúde etc.
Finalidade da coleta dos dados: [Mencionar a finalidade da coleta dos dados indicados no item anterior]
Medidas e controles de segurança da informação adotados no tratamento dos dados coletados: [Inserir iniciativas tomadas para resguardar os dados coletados]. Exemplo: armazenamento em nuvem com controle de acesso por usuário.
Dados serão compartilhados com terceiros? Se sim, com quem e por quê? [Indicar se os dados, com ou sem tratamento, serão compartilhados com terceiros ao longo da pesquisa; exclui-se a divulgação final dos resultados se os dados estiverem anonimizados]
Os dados serão anonimizados nos resultados obtidos ou serão expostos de forma que o titular será identificado ou ser possível sua identificação?
Após o termino da pesquisa, os dados serão apagados ou minimizados conforme previsto na LGPD?

Rio Claro, ____ de _____ de 20__

Estou ciente de que a pesquisa só poderá ser iniciada após emissão da autorização formal da FMSRC.

nome e assinatura do(a) orientador(a) requerente

nome e assinatura do(a) pesquisador(a) requerente