

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação:

Título do Projeto: **Perfil dos Profissionais Capacitados em Testagem Rápida do HIV, Sífilis e Hepatites Virais no Estado do Tocantins.**

Pesquisador Responsável: **Adriana Cavalcante Ferreira Morciego Garcia**

Instituição a que pertence o Pesquisadora Responsável: Secretaria de Estado da Saúde

Telefones para contato: (63) 3218-1768/3218-4888

E-mail:

Nome do voluntário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos R.G. \_\_\_\_\_

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “**Perfil dos Profissionais Capacitados em Testagem Rápida do HIV, Sífilis e Hepatites Virais no Estado do Tocantins**”, de responsabilidade da pesquisadora **Adriana Cavalcante Ferreira Morciego Garcia**. A relevância deste estudo é conhecer as fragilidades que impedem a realização dos Testes Rápidos pelos profissionais capacitados. Os resultados alcançados servirão para o aperfeiçoamento e revisão das capacitações em testes rápidos realizadas pela Gerência de DST/Aids e Hepatites Virais, bem como suscitarão a correção dos entraves nos municípios para a realização dos testes rápidos.

O objetivo deste estudo é identificar os entraves que justificam o baixo número de testes rápidos realizados, em comparação a quantidade de capacitados nos municípios tocantinenses.

A coleta de dados será realizada mediante o preenchimento do Questionário do Teste Rápido disponível na página do FORMSUS, no link : [http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=21793](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=21793)

A sua identidade será preservada e assegura-se seguir as normas éticas de pesquisa com seres humanos, que garantem sigilo, privacidade e liberdade em retirar o consentimento sem penalização. *A priori*, não há riscos relacionados com a vossa participação e os benefícios dela obtidos poderão ser estendidos a outros serviços de atenção à saúde.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o e-mail do pesquisador, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento que assim desejar.

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_  
declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Palmas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura pelo responsável por obter o consentimento

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

### **Informações relevantes ao pesquisador responsável:**

**Res. 466/12 – item IV.2:** O termo de consentimento livre e esclarecido obedecerá aos seguintes requisitos:

- a) ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;
- b) ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a investigação;
- c) ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e
- d) ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

**Res. 466/12 – item IV.3:**

c) nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido, tal fato deve ser devidamente documentado, com explicação das causas da impossibilidade, e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

#### **Casos especiais de consentimento:**

1. Pacientes menores de 16 anos – deverá ser dado por um dos pais ou, na inexistência destes, pelo parente mais próximo ou responsável legal;
2. Paciente maior de 16 e menor de 18 anos – com a assistência de um dos pais ou responsável;
3. Paciente e/ou responsável analfabeto – o presente documento deverá ser lido em voz alta para o paciente e seu responsável na presença de duas testemunhas, que firmarão também o documento;
4. **Paciente deficiente mental incapaz de manifestação de vontade – suprimento necessário da manifestação de vontade por seu representante legal.**