|  |
| --- |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Identificação do Projeto de Pesquisa** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Título do Projeto: Visão do enfermeiro no processo de acreditação hospitalar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Área do Conhecimento: Área de ciências da saúde e  bem-estar social | | | | | | | | | | | Número de participantes:  08 | | | | | No centro: | | | Total: 08 | | | |
| Curso: Enfermagem | | | | | | | | | | | Unidade: Campus Ulbra Torres | | | | | | | | | | | |
| Projeto Multicêntrico | |  | Sim | x | Não | |  | Nacional | |  | Internacional | | Cooperação Estrangeira | | | |  | Sim | | | x | Não |
| Patrocinador da pesquisa: não se aplica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instituição onde será realizado: AESC- Hospital Santa Luzia – Capão da Canoa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome dos pesquisadores e colaboradores: Gustavo Hanich Kirsch e Jeanice Baecker Lasta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Você está sendo convidado (a) para participar do projeto de pesquisa acima identificado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir, a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo para você*.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. Identificação do Sujeito da Pesquisa** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | | | | | | | | Data de Nasc.: | | | | | | Sexo: | | |
| Nacionalidade: | | | | | | | | | Estado Civil: | | | | | Profissão: | | | | | | | | |
| RG: | CPF/MF: | | | | | | | | Telefone: | | | | | E-mail: | | | | | | | | |
| Endereço: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. Identificação do Pesquisador Responsável** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: Jeanice Baecker Lasta | | | | | | | | | | | | | | | Telefone: (51)94108251 | | | | | | | |
| Profissão: Enfermeira | | | | | | Registro no Conselho Nº: 82679 | | | | | | | | | E-mail: jelasta@hotmail.com | | | | | | | |
| Endereço: Rua São Pedro 375 Torres/RS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eu, sujeito da pesquisa, abaixo assinado (a), após receber informações e esclarecimento sobre o projeto de pesquisa, acima identificado, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) e estou ciente: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Da justificativa e dos objetivos para realização desta pesquisa**  A acreditação é um sistema de avaliação e certificação da qualidade dos serviços, com experiências brasileiras e internacionais, coordenada por uma organização ou ate mesmo uma agência não governamental. Apresenta caráter de educação continuada voltado sempre para a melhoria contínua, sem finalidade de punição ou controle. Portanto, o enfermeiro tem papel primordial na assistência ao paciente, pois ele esta envolvido em todas as etapas de atendimento, desde o mais simples ao mais complexo, fazendo assim um profissional essencial no processo de acreditação. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. Do objetivo de minha participação**  A participação contribuirá para descrever visão do papel do enfermeiro no processo de acreditação hospitalar. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. Do procedimento para coleta de dados**  A população a ser pesquisada são os enfermeiros que estão ligados diretamente com a assistência ao paciente. Trata-se de um estudo qualitativo, a coleta de dados será por um questionário semi-estruturado. A amostra será composta por oito enfermeiros de um hospital de media complexidade. Sendo os critérios de inclusão: enfermeiros do turno da tarde e manhã sendo dos setores de unidade de terapia intensiva, Serviço de controle de infecção hospitalar, unidade de internação clinica/cirúrgica, SACR (serviço de acolhimento por classificação de risco) e emergência e os critérios de exclusão: enfermeiros dos outros setores do hospital e folguistas ou que não aceitarem participar do estudo. O projeto foi apresentado ao Gerente de Enfermagem do Hospital Santa Luzia, no qual foi autorizada a coleta de dados. Após aprovação no Comitê de Ética da Ulbra/Torres, serão agendado períodos para a coleta de dados, através de um questionário com perguntas abertas, no qual os enfermeiros responderão e poderão colocar a sua opinião, na convivência e mudanças no processo de acreditação. Após a coleta os dados serão categorizados e organizados, conforme método de Laurence Bardin, A coleta dos dados será realizada pelo próprio autor, ficando a pesquisadora responsável pela orientação do projeto. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. Da utilização, armazenamento e descarte das amostras**  As entrevistas serão lidas e analisadas somente pelo pesquisador e pela orientadora, após a análise, os questionários serão guardados em arquivos da Universidade no Setor da Coordenação de Enfermagem por cinco anos, transcorridos esse período os dados serão destruídos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. Dos desconfortos e dos riscos**  Não se aplica. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6.** **Dos benefícios**  Colaborará para a reflexão da atuação do profissional enfermeiro no processo de acreditação hospitalar. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7. Da isenção e ressarcimento de despesas**  A minha participação é isenta de despesas e não receberei ressarcimento porque não terei despesas na realização do projeto. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8. Da forma de acompanhamento e assistência**  A garantida do anonimato e maior assistência em todo o tempo da pesquisa, bem como para esclarecimentos e resolução de dúvidas quanto ao resultado do questionário depois de aplicado. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9. Da liberdade de recusar, desistir ou retirar meu consentimento.**  Tenho a liberdade de recusar, desistir ou de interromper a colaboração nesta pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A minha desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir negativamente no projeto aqui apresentado. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **10.Da garantia de sigilo e de privacidade**  Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **11. Da garantia de esclarecimento e informações a qualquer tempo**  Tenho a garantia de tomar conhecimento e obter informações, a qualquer tempo, dos procedimentos e métodos utilizados neste estudo, bem como dos resultados finais, desta pesquisa. Para tanto, poderei consultar o **pesquisador responsável**. Em caso de dúvidas não esclarecidas de forma adequada pelo(s) pesquisador(es), de discordância com os procedimentos, ou de irregularidades de natureza ética poderei ainda contatar o **Comitê de Ética em Pesquisa da ULBRA Canoas(RS),** com endereço na Rua Farroupilha, 8001 – Prédio 14 – Sala 224, Bairro São José, CEP 92425-900 - telefone (51) 3477-9217, e-mail [comitedeetica@ulbra.br](mailto:comitedeetica@ulbra.br) . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual conteúdo e forma, ficando uma em minha posse. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Torres (RS), 07 de maio de 2014. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| **Pesquisador Responsável pelo Projeto** | | | | | | | | | | | | **Sujeito da pesquisa e/ou responsável** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |