**MODELO PARA ELABORAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA**

**Orientações gerais para elaboração do projeto**:

A apresentação do projeto resumido deve conter no máximo 15 páginas numeradas, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaço duplo.

**TÍTULO**

1. **INTRODUÇÃO** (breve e resumida – máximo 3 páginas)
2. **OBJETIVO GERAL** (apresentar a ideia central do estudo)
3. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** (listar todas as intenções da pesquisa, gerais e específicas).
4. **METODOLOGIA** (abrangente e explicativa; incluir detalhamento da aplicação do instrumento de coleta de dados)

4.1 **Delineamento e etapas da pesquisa**

4.2 **Local de realização na SMS** (especificar o local na SMS: departamento, distrito sanitário, unidade de saúde ou outros; considerar o organograma atual da SMS)

4.3 **População / participantes da pesquisa** (descrever quem serão os participantes;como serão recrutados e selecionados; descrever como será preservada a assistência à população e processos de trabalho da SMS - *Observação*: A coleta de dados de pesquisa não poderá gerar interferência ou alteração das atividades da SMS)

4.4 **Coleta de dados** (descrever como será realizada com detalhamento; responsáveis pela coleta de dados; estrutura física que será realizada)

4.5 **Instrumento(s) de coleta de dados** (descrever o instrumento; tempo e duração da aplicação; inserir modelo no anexo ou apêndice)

4.6 **Critérios de inclusão e exclusão**

* 1. **Aspectos éticos** (anuência; explicitar a submissão à aprovação pelo CEP anterior à coleta de dados e mencionar a inclusão do CEP do HMDI/SMS na submissão; aplicação do TCLE; sigilo das informações; respeito à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD); no caso de acesso a prontuário: como será realizado e como será realizada a identificação nominal dos pacientes com autorização prévia e expressa)

1. **RISCOS E BENEFÍCIOS PARA O PARTICIPANTE** (descrever os potenciais riscos e desconfortos; possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, intelectual, social; como e quem garantirá a intervenção ou resolução referente ao dano)
2. **RISCOS E BENEFÍCIOS À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** (descrever a relevância, riscos, demandas geradas pela pesquisa, quem realizará atendimento de demandas geradas; prejuízo(s) e sobrecarga(s) ao sistema municipal de saúde)
3. **CRONOGRAMA GERAL DO PROJETO** *(Observação*: O cronograma deverá estar em conformidade com o fluxo de pesquisa e sua tramitação na SMS, bem como a aprovação do CEP e posterior solicitação de autorização para coleta de dados na SMS).
4. **CRONOGRAMA ESPECÍFICO DO PERÍODO DA COLETA DE DADOS NAS UNIDADES DA SMS E DEVOLUTIVA DO RESULTADO DA PESQUISA À EMSP** (referente apenas ao período de coleta de dados e devolutiva à EMSP, como entrega de relatórios parciais e/ou final da pesquisa. Não relacionado ao cronograma geral contido no projeto. Não inserir linhas)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ATIVIDADES | | ANO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| Meses | | | | | | | | | | | |
|  | | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez |
| Coleta de dados nas Unidades da SMS | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Devolutiva à EMSP | Entrega de relatório parcial |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Entrega de relatório final |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **DESCRIÇÃO DOS RECURSOS UTILIZADOS DA UNIDADE DA SMS** (Observação: descrever os insumos, materiais em geral detalhados em itens e quantidades).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **ORÇAMENTO, PLANILHA DE CUSTOS GERAL** (Observação: descrever os insumos, materiais em geral detalhados em itens e quantidades; explicitar instituições patrocinadoras, se for o caso).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **PESQUISADORES** (listar os pesquisadores e membros da equipe de pesquisa, corresponsáveis pela integridade e bem-estar dos participantes)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome** | **Função específica (no projeto)** | **Link Lattes** |
|  |  | http://lattes.cnpq.br/ |
|  |  | http://lattes.cnpq.br/ |

1. **REFERÊNCIAS**
2. **ANEXO(S) OU APÊNDICE(S)**

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE SOBRE O PROJETO DE PESQUISA**

**E OS RECURSOS PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA NA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA**

**Ao**

**Núcleo de Pesquisa – EMSP/SMS**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa intitulado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que todos os recursos para a realização da pesquisa serão:

( ) Desnecessários. Estudo retrospectivo (uso de registros ou prontuários); as análises necessárias para a pesquisa, fazem parte da rotina de avaliação dos participantes;

( ) Os recursos financeiros utilizados durante o período de realização do estudo serão de responsabilidade dos autores.

( ) Patrocinada por empresa, todos os procedimentos, serão feitos em laboratórios fora da unidade;

( ) Patrocinada por laboratório, os exames serão realizados, no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e os custos repassados ao \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Patrocinada parcial ou totalmente por Instituição (CNPq, FAPESP, FAPEG, HC/UFG, UFG, SES ou outros).

( ) Patrocinada parcial ou totalmente pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia. Justificativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro serem verdadeiras todas as informações contidas neste projeto de pesquisa apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

Goiânia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pesquisador responsável**

(com assinatura pelo GOV.BR ou assinatura eletrônica qualificada)