



Investigadores responsáveis: Ana Maria B. Menezes, Maria Cecília Assunção,
Helen Gonçalves e Fernando Wehrmeister

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cara mãe,

O Centro de Pesquisas em Saúde, da Universidade Federal de Pelotas, vem acompanhando os nascidos em 1993, na cidade de Pelotas, desde o nascimento. Esse grande estudo avalia as condições de saúde e outros aspectos da vida dos jovens nascidos em 1993, como: escolaridade, trabalho, renda, atividades de lazer, composição familiar, doenças e acidentes. Durante o ano de 2016 estaremos dando continuidade ao nosso trabalho e iniciando um novo estudo. Desta vez queremos conhecer a saúde dos filhos dos jovens nascidos em 1993 e obter algumas informações sobre os pais deles.

Para isso, precisamos conversar com você para saber um pouco sobre sua escolaridade, hábitos de vida e sobre sua saúde. Além dessas rápidas perguntas, gostaríamos de coletar a sua saliva e do/a(s) seu/sua(s) filho/a(s) para exames genéticos que possibilitarão, no futuro, avaliar características relativas ao crescimento e saúde das crianças. Informamos que não será realizado teste de paternidade. A coleta é simples, não causará dor alguma e será coletada com um instrumento simples – parecido com cotonete (para crianças pequenas) ou com um pote para cuspir usado para crianças maiores de 4 anos e adultos. A sua saliva e a de seu/sua(s) filho/a(s) serão armazenadas em freezer a -20°C , sendo que você poderá solicitar sua retirada ou que sejam destruídas a qualquer momento. Como a análise desse exame será demorada, não esperamos ter resultados antes de um ano. Esse exame poderá ser realizado em laboratório fora do Brasil, sem data fixa para envio. Qualquer análise decorrente da saliva e que não esteja ainda definida, só será realizada com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas, não havendo necessidade de novo consentimento seu a cada análise desse material.

Desejamos saber também como está a saúde de seu/sua(s) filho/a(s), conhecendo como é a sua alimentação, o seu comportamento e seu crescimento. Também queremos acompanhar o desenvolvimento das crianças com 6 anos ou mais, aplicando dois testes, que são como joguinhos. É importante também termos o registro de algumas medidas das crianças, como peso, altura e perímetro cefálico. As crianças com 5 anos ou mais poderão fazer um exame que mede o volume e a quantidade de gordura do corpo (Bod Pod). Para isto, precisarão vestir roupa e touca de banho fornecidas pelo estudo, que são higienizadas. O exame não causará qualquer dor ou desconforto à criança. Se necessário, em caso de dúvida ou de algum mal estar repentino, um profissional de saúde poderá auxiliá-la e ao seu(sua) filho(a).

Participar desse estudo poderá trazer a você benefícios diretos ou indiretos, pois as informações coletadas de todos os jovens serão usadas para ajudar na prevenção de doenças comuns como diabetes, doenças do coração, hipertensão, entre outras. Além disso, compreender como está a saúde de nossos

jovens faz com que o sistema de saúde possa ser planejado para ajuda-los, por exemplo com campanhas de informação em saúde.

É importante esclarecer que todas as informações são confidenciais, guardadas em segurança, identificadas por um código numérico e serão utilizadas exclusivamente para esta pesquisa. Só terão acesso a elas os pesquisadores do estudo, mas sem sua identificação. A identificação (nome e telefone) só é utilizada quando vamos convidá-la a participar do estudo.

A sua participação deve ser inteiramente voluntária e você poderá se recusar ou deixar de fazer parte da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer problema, prejuízo ou discriminação no futuro.

Não há nenhum gasto/despesa, nem qualquer outra responsabilidade para participar desse estudo. Apenas pedimos que você nos responda às perguntas com muita sinceridade e incentive seu/sua filho/a a participar.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel (telefone: 3284.1324). Você ficará com uma cópia deste documento, com o nosso telefone e endereço (escrito no final desta página) e poderá nos procurar para tirar dúvidas em qualquer momento. Sua assinatura a seguir significa que entendeu todas as informações e concorda na sua participação e na do/a(s) filho/a(s).

Nome mãe: _____

Nome(s) filho/a(s):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Por favor, assinale abaixo os procedimentos que você concorda fazer e que seu(s)/sua(s) filhos(s)/filhas(s) faça/façam:

VOCÊ:

- ☐ Questionário criança (comportamento, saúde e alimentação)
- ☐ Questionário da mãe
- ☐ Saliva

FILHO(S):

- ☐ Saliva
- ☐ Medidas (peso, altura, comprimento e perímetro)
- ☐ Teste jogo (com 6 anos ou mais de idade)
- ☐ Volume do corpo (BOD POD – com 5 ou mais anos de idade)

Assinatura: _____

Data: ____/____/2016