



Avaliação do Impacto do Programa Criança Feliz

Investigadores responsáveis: Prof. Dr. Cesar G. Victora, Prof. Dra. Iná S. Santos, Prof. Dr. Tiago Munhoz

Centro de Pesquisas em Saúde Dr. Amílcar Gigante
Rua Marechal Deodoro 1160, 3º piso, 96020-220, Pelotas, RS, Fone/Fax: 53 32841300

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Convidamos o(a) Sr(a) para participar no estudo em questão, cuja meta é avaliar o desenvolvimento e o crescimento de crianças participantes ou elegíveis para o “**Programa Criança Feliz**”.

Seleção para participar do programa e da avaliação: No Programa Criança Feliz, uma visitadora vem na casa todas as semanas para ensinar os familiares a estimularem o desenvolvimento da criança. Como em sua cidade não será possível fazer estas visitas para todas as crianças, será feito um sorteio para escolher quais as famílias participarão. Se o(a) Sr(a). tiver interesse em participar do programa e da avaliação, incluiremos o nome de seu/sua filho(a) no sorteio.

Procedimentos: Serão realizadas entrevistas com o(a) Sr(a)., a criança fará testes de desenvolvimento no início e 12, 24 e 36 meses após o ingresso no estudo. Também serão realizadas filmagens suas com a criança aos 12 e 24 meses após o ingresso no estudo.

Benefícios do estudo: O resultado deste estudo permitirá que o Programa Criança Feliz possa ser ajustado de forma a melhor atender seu objetivo de auxiliar as famílias no cuidado de crianças pequenas.

Riscos e desconforto: Este projeto envolve risco mínimo para a saúde do(a) Sr(a). ou do(a) seu(sua) filho(a), não superior ao risco presente em uma consulta com um psicólogo ou assistente social. Além disso, vamos fazer muitas perguntas e algumas delas poderão deixá-la(o) pouco à vontade. Por favor, lembre-se que o(a) Sr(a). poderá deixar de responder qualquer pergunta que desejar.

Participação voluntária: A participação no estudo é voluntária e o(a) Sr(a). e seu(sua) filho(a) podem deixar de participar a qualquer momento, sem ter que dar qualquer justificativa para tal. Se o(a) Sr(a). resolver não participar isto não vai lhe causar nenhum problema de atendimento-em qualquer serviço público.

Despesas: A sua família continuará a receber a Bolsa Família ou o Benefício de Prestação Continuada mesmo se não aceitar participar do estudo. Não há nenhum gasto, despesa, nem qualquer outra responsabilidade para participar do estudo.

Confidencialidade: Depois da entrevista, as informações prestadas serão utilizadas sem identificação em todas as etapas do estudo. O nome, endereço e telefone só continuarão sendo utilizados para contatos visando futuras entrevistas deste estudo. Em nenhum caso, seu(sua) filho(a) será identificado(a) por outros. Todos os resultados do estudo serão apresentados sem identificar individualmente qualquer participante. Cada participante receberá um número de identificação que servirá para substituir o nome do participante e de seus pais em todos os bancos de dados da pesquisa.

Em caso de dúvida, contatar o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, no endereço Rua Prof. Araújo, 538- Centro-Pelotas; telefone (53) 3284 4900. O CEP é um grupo de profissionais independente, que existe para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Recebi as explicações sobre o estudo registradas neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, sendo que uma ficou retida com o pesquisador responsável e a outra foi entregue a mim. As duas vias foram rubricadas em todas suas páginas e, ao seu término, assinadas pelo convidado a participar da pesquisa ou de seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável. Tive oportunidade de esclarecer minhas dúvidas, sendo que todas as minhas perguntas foram respondidas claramente. Declaro estar de acordo

em participar voluntariamente deste estudo, sabendo que tenho o direito de deixar de participar a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou perda de qualquer direito.

Por favor, assinale abaixo se o(a) Sr(a). concorda com os exames, testes e entrevistas a serem realizados:

- Sorteio para ingresso no PCF sim não
- Entrevista sim não
- Testes de desenvolvimento sim não
- Medidas (peso, comprimento) sim não
- Filmagem sim não

Nome da criança

Nome da mãe/cuidador

Nome do responsável
(Se a mãe/cuidador tiver menos de 18 anos de idade)

Pesquisador principal

__ __ / __ __ / 201 __
Data

Assinatura da mãe/cuidador

Assinatura do responsável
(Se a mãe/cuidador tiver menos de 18 anos de idade)

Assinatura

Entrevistadora



Avaliação do Impacto do Programa Criança Feliz

Investigadores responsáveis: Prof. Dr. Cesar G. Victora, Prof Dra Iná S. Santos, Prof. Dr. Tiago Munhoz

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Convidamos o(a) Sr(a). para participar no estudo em questão, cuja meta é avaliar o desenvolvimento e o crescimento de crianças participantes ou elegíveis para o “Programa Criança Feliz”

Seleção para participar do programa e da avaliação: No Programa Criança Feliz, uma visitadora vem na casa todas as semanas para ensinar os familiares a estimularem o desenvolvimento da criança. Como em sua cidade não será possível fazer estas visitas para todas as crianças, será feito um sorteio para escolher quais as famílias participarão. Se o(a) Sr(a). tiver interesse em participar do programa e da avaliação, incluiremos o nome de seu/sua filho(a) no sorteio.

Procedimentos: Serão realizadas entrevistas com o(a) Sr(a)., a criança fará testes de desenvolvimento no início e 12, 24 e 36 meses após o ingresso no estudo. Também serão realizadas filmagens suas com a criança aos 12 e 24 meses após o ingresso no estudo.

Benefícios do estudo: O resultado deste estudo permitirá que o Programa Criança Feliz possa ser ajustado de forma a melhor atender seu objetivo de auxiliar as famílias no cuidado de crianças pequenas.

Riscos e desconforto: Este projeto envolve risco mínimo para a saúde do(a) Sr(a). ou do(a) seu(sua) filho(a), não superior ao risco presente em uma consulta com um psicólogo ou assistente social. Além disso, vamos fazer muitas perguntas e algumas delas poderão deixá-la pouco à vontade. Por favor, lembre-se que o(a) Sr(a). poderá deixar de responder qualquer pergunta que desejar.

Participação voluntária: A participação no estudo é voluntária e o(a) Sr(a). e seu(sua) filho(a) podem deixar de participar a qualquer momento, sem ter que dar qualquer justificativa para tal. Se o(a) Sr(a). resolver não participar isto não vai lhe causar nenhum problema de atendimento em qualquer serviço público.

Despesas: A sua família continuará a receber a Bolsa Família ou o Benefício de Prestação Continuada mesmo se não aceitar participar do estudo. Não há nenhum gasto, despesa, nem qualquer outra responsabilidade para participar do estudo.

Confidencialidade: Depois da entrevista, as informações prestadas serão utilizadas sem identificação em todas as etapas do estudo. O nome, endereço e telefone só continuarão sendo utilizados para contatos visando futuras entrevistas deste estudo. Em nenhum caso, seu filho(a) será identificado por outros. Todos os resultados do estudo serão apresentados sem identificar individualmente qualquer participante. Cada participante receberá um número de identificação que servirá para substituir o nome do participante e de seus pais em todos os bancos de dados da pesquisa.

Em caso de dúvida, contatar o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, no endereço Rua Prof. Araújo, 538- Centro-Pelotas; telefone (53) 3284 4900. O CEP é um grupo de profissionais independente, que existe para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Recebi as explicações sobre o estudo registradas neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, sendo que uma ficou retida com o pesquisador responsável e a outra foi entregue a mim. As duas vias foram rubricadas em todas suas páginas e, ao seu término, assinadas pelo convidado a participar da pesquisa ou de seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável. Tive oportunidade de esclarecer minhas dúvidas, sendo que todas as minhas perguntas foram respondidas claramente. Declaro estar de acordo em participar voluntariamente deste estudo, sabendo que tenho o direito de deixar de participar a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou perda de qualquer direito.

Contato: Projeto de Avaliação do Impacto do Programa Criança Feliz
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia
Rua Marechal Deodoro, 1160, 3º piso.
Cep: 96020-220, Pelotas, RS
Telefone: (53) 32841300 (Ramal: 348 e 349)