

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARTICIPANTE COORTE)

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

Prezado(a) participante da Coorte,

Assim como você, todos nascidos em Pelotas, em 1993, estão sendo convidados a participar do estudo que pretende avaliar a saúde dos seus filhos.

Desejamos saber como estão as crianças (filhos/filhas dos que nasceram em 1993, em Pelotas), conhecendo sua alimentação, comportamento, saúde e crescimento. É importante também termos o registro de algumas medidas como peso, altura e perímetro cefálico das crianças com idade até os 5 anos. Para sabermos o volume e a quantidade de gordura e massa magra do corpo, todos com 5 ou mais anos serão convidados a fazer essa medida. Para isto, precisarão vestir roupa e touca de banho fornecidas pelo estudo, que são higienizadas. O exame não causará qualquer dor ou desconforto a seu(sua) filho(a). Se necessário, em caso de dúvida ou de algum mal-estar repentino, um profissional poderá auxiliá-la e ao seu(sua) filho(a). Para os(as) filhos(as) que possuem 6 anos ou mais queremos acompanhar o desenvolvimento psicológico, aplicando um teste, que é como um jogo.

Se seu(sua) filho(a) tiver 12 anos ou mais de idade será solicitado que ele(ela) responda perguntas sobre o tempo de tela, atividade física, sono e alimentação visto que os pais, em geral, tendem a não saber responder sobre estes assuntos como eles.

Como você já sabe, participar desse estudo poderá trazer muitos benefícios à população, visto que as informações coletadas poderão ajudar na prevenção de doenças. Teremos, desta vez, a oportunidade de avaliar como está a saúde dos jovens nascidos em 1993 e de seus filhos.

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-lo(a) a participar do estudo.

A sua participação e do/a(s) filho/a(s) deve ser inteiramente voluntária e você poderá recusar ou não mais querer que ele/a faça parte do estudo a qualquer momento, sem qualquer problema, prejuízo ou discriminação.

Não haverá nenhum gasto/despesa, nem qualquer outra responsabilidade ao participar deste estudo. Apenas pedimos muita sinceridade e colaboração incentivando seu/sua(s) filho/a(s) a participar.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel (Telefone: 3284.1300). 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/responsável:

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) filho/a(s) faça/façam:

VOCÊ:

o Questionário filho(a)(comportamento, saúde e alimentação)

FILHO/A(S):

1. o Medidas (peso, altura, comprimento, perímetro cefálico)
2. o Teste jogo (com 6 anos ou mais de idade)
3. o Volume do corpo (BOD POD - 5 anos ou mais de idade)

Assinatura: _____ Data: / /2023.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR: Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. O (a) adolescente compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento.

ASSINATURA DOS INVESTIGADORES

Anna Maria Roberto Nunes
Henri

Roberto
Bruna