

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CABEÇALHO DA INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Para a conclusão do meu Curso de _____ realizarei uma pesquisa que tem por título: _____ .O objetivo deste estudo é _____ (**descrever sumariamente em linguagem acessível aos participantes**). Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso convidamos você a participar _____ (**descrever de forma compreensível a forma de participação no estudo**). **Ex: respondendo algumas perguntas sobre _____, na forma de uma entrevista, que só será gravada se você autorizar. Ex: suas respostas serão anotadas pelos pesquisadores. (caso seja questionário informar que ele (o participante) é que vai escrever as respostas), (no caso de material biológico vê Resolução específica)**. Caso não saiba alguma pergunta ou lhe provoque constrangimento, você tem liberdade para não responder. Nesta pesquisa não será realizado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida porém, tem o risco de _____ perda do sigilo da sua identidade, ou seja, o seu nome vir a ser conhecido, porém para evitar esse risco, deixamos claro que o seu nome será conhecido somente pelos pesquisadores e que na divulgação dos resultados do estudo, ele não irá aparecer, pois usaremos o código _____ esta pesquisa também tem o risco de _____ (**no caso de pesquisa com possibilidade de risco real para os participantes e/ou coletividades, informar assistência que será fornecida, forma de acompanhamento e pessoa ou instituição responsável pela assistência**).

Sua participação no estudo é muito importante, pois _____ (**justificar de forma sumaria e depois citar os benefícios do estudo para os participantes e ou comunidade**) (quando for anunciado algum benefício ex. exame, consulta encontros de divulgação etc. **descrever como esse benefício será garantido, ou seja, como será operacionalizado e a pessoa responsável e ou instituição responsável**). A qualquer momento antes da conclusão da pesquisa, você poderá afastar-se e não permitir o uso das informações obtidas e todo material gravado e/ou anotado lhe será _____ (**devolvido, apagado... conforme o caso...**). As informações obtidas serão utilizadas somente nesta pesquisa, guardadas pelos pesquisadores por cinco anos e depois destruídos. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em eventos científicos ou outro meio de comunicação e publicados em revistas. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo _____ ou ex: nos responsabilizamos pela devolução dos seus gastos com transporte e alimentação (**se for o caso**). Considerando tratar-se de pesquisa com risco mínimo, conforme mencionado, ressaltamos que nos responsabilizamos pela indenização se por ventura algum dano acontecer em decorrência de sua participação na pesquisa. (**Forma de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa**). Este trabalho será realizado com recursos dos pesquisadores _____ (**ou instituição patrocinadora/ se for o caso**). Não haverá nenhum

pagamento por sua participação. Se você tiver dúvidas e desejar esclarecimentos sobre a pesquisa ou mesmo sobre os seus direitos poderá fazer contato com o(s) pesquisador responsável(s), com o (s) orientandos ou com o CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Pará.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.

Eu _____ declaro que li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi as informações que me foram explicadas sobre a pesquisa. Conversei com **a** _____ (**coordenadora e/ou os pesquisadores**) do projeto sobre minha decisão em participar, autorizando a gravação da entrevista (**se for o caso**), ficando claros para mim, quais são os objetivos da pesquisa, a forma como vou participar os riscos e benefícios e as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou claro também, que a minha participação não tem despesas nem receberei nenhum tipo de pagamento, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos (**se for o caso / ao meu cuidado, ao meu tratamento e ou assistência na instituição etc...**). Concordo voluntariamente participar desse estudo assinando este documento em todas as paginas junto com o pesquisador. Estou ciente que uma cópia ficará comigo e a outra com o pesquisador.

Data/Local:...../...../.....

Assinatura do voluntário

RG.: _____

Assinatura do responsável por obter o consentimento

RG.: _____

Assinatura do pesquisador responsável

RG.: _____