

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MAIORES DE IDADE

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa denominada Influência do treinamento resistido sobre o equilíbrio, função muscular e morfológica/arquitetônica, autonomia funcional e biomarcadores plasmáticos antioxidantes em idosos, realizada no âmbito Programa de Pós-Graduação em Ciências do Exercício e do Esporte – PPGCEE e que diz respeito a um (a) tese de doutorado.

OBJETIVO: O objetivo do estudo é investigar a influência de dois diferentes programas de exercícios resistidos sobre o equilíbrio, função muscular e morfológica/arquitetônica, autonomia funcional e biomarcadores plasmáticos antioxidantes em idosos.

1.PROCEDIMENTOS: a sua participação consistirá em participar de um programa de treinamento resistido de 16 semanas após uma avaliação médica. Os procedimentos pré-intervenção serão divididos em três visitas para a coleta de todos os dados necessários. Na primeira visita, você será esclarecido do o processo de toda a coleta e serão realizadas avaliações antropométricas, a avaliação cognitiva, os testes de alcance, de equilíbrio estático, de mobilidade (TUG) e de força muscular. Serão solicitados os exames para avaliar biomarcadores plasmáticos (glutathione e catalase), além de testosterona livre antes de iniciarem o período de intervenção. Na segunda visita será realizado o teste de espessura e arquitetura muscular e o protocolo de autonomia funcional. Nesse dia também será avaliada a estimativa de uma repetição máxima (1RM) em 4 exercícios da rotina de intervenção: flexão de joelho, flexão de cotovelo, flexão horizontal de ombros, extensão de quadril. Na terceira visita será avaliada a estimativa de uma repetição máxima (1RM) em outros 5 exercícios da rotina de intervenção: extensão de cotovelo, extensão de joelho, flexão de quadril e extensão dos ombros, adução de quadril. Após todo o período de intervenção, todas as avaliações serão repetidas s pelo menos 72h após a última sessão de exercício para garantir que os participantes foram totalmente recuperados.

2.POTENCIAIS RISCOS E BENEFÍCIOS: Toda pesquisa oferece algum tipo de risco. Nesta pesquisa, o risco pode ser avaliado como mínimo, isto é, o participante pode apresentar constrangimento ao realizar exames antropométricos e ao se expor durante a realização de testes; desconforto, constrangimento ou alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante; medo de não saber responder ou de ser identificado; estresse; quebra de sigilo; cansaço ou vergonha ao responder às perguntas; dano; quebra de anonimato, além de riscos físicos, durante o programa de treinamento resistido. Outra situação de risco é a coleta de sangue, que será realizada pelo Laboratório Plínio Barcelar, conveniado com a Instituição, e serão também responsáveis pelo armazenamento, transporte e análise das amostras. Objetivando minimizar esses riscos, o participante tem a possibilidade de solicitar a não participação em qualquer procedimento que não se sentir confortável, será assegurado a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo dos participantes, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiro. Por outro lado, são esperados os seguintes benefícios da participação na pesquisa: a realização de duas intervenções possibilite analisar as respostas sobre as variáveis avaliadas e que possam trazer adaptações musculoesqueléticas positivas como aumento da qualidade muscular e melhora nos biomarcadores antioxidantes a fim de incrementar a capacidade contrátil, força, equilíbrio e a autonomia funcional em idosos.

3.GARANTIA DE SIGILO: os dados da pesquisa serão publicados/divulgados em livros e revistas científicas. Asseguramos que a sua privacidade será respeitada e o seu nome ou qualquer informação que possa, de alguma forma, o (a) identificar, será mantida em sigilo. O (a) pesquisador (a) responsável se compromete a manter os dados da pesquisa em arquivo, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa.

4.LIBERDADE DE RECUSA: a sua participação neste estudo é voluntária e não é obrigatória. Você poderá se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Se desejar sair da pesquisa você não sofrerá qualquer prejuízo.



5.CUSTOS, REMUNERAÇÃO E INDENIZAÇÃO: a participação neste estudo não terá custos adicionais para você. Também não haverá qualquer tipo de pagamento devido a sua participação no estudo. Fica garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, nos termos da Lei.

6.ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS, CRÍTICAS, SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES: você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o(a) pesquisador(a). Caso você concorde em participar, as páginas serão rubricadas e a última página será assinada por você e pelo(a) pesquisador(a). O(a) pesquisador(a) garante a você livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Você poderá ter acesso ao(a) pesquisador(a) LILLIANY DE SOUZA CORDEIRO pelo telefone (22) 997116445 ou pelo e-mail: lilliany.cordeiro@yahoo.com.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA, AV. VINTE E OITO DE SETEMBRO, nº77 - CePeM - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala 28, prédio anexo ao Hospital Universitário Pedro Ernesto, Telefone: 21 2868-8253 - E-mail.: cep@hupe.uerj.br. Atendimento ao público de segunda-feira a sexta-feira das 13:00-16:00h.

CONSENTIMENTO

Eu, _____ li e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do(a) participante	Data: ____/____/____
-------------------------------	----------------------

Eu, _____ obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do(a) participante da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a)	Data: ____/____/____
---------------------------------	----------------------



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO
ERNESTO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

