

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa (**EFEITO AGUDO DA REALIDADE VIRTUAL NO MEMBRO SUPERIOR PARÉTICO SOBRE A EXCITABILIDADE CENTRAL E PERIFÉRICA APÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**), no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento.

Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador (a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: Avaliação da excitabilidade central e periférica em indivíduos submetidos à reabilitação neurológica para o membro superior parético após Acidente Vascular Encefálico.

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Andréia Maria Silva **ENDEREÇO:** Av^a Jovine Fernandes Sales, 2600

TELEFONE: (35) 3701-1921 **PESQUISADORES PARTICIPANTES:** Miqueline Pivoto Faria Dias

OBJETIVOS: Avaliar a excitabilidade central e periférica em indivíduos submetidos a reabilitação neurológica após AVC. **JUSTIFICATIVA:** A cada ano aumenta a incidência de AVC na população brasileira e novas terapia vem surgindo para o tratamento do membro superior parético, dentre elas a terapia com vídeo games e a restrição do movimento. Estas duas terapias são de fácil execução e baratas. **PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:** Você será sorteado a participar de três grupos. Se for sorteado a participar do grupo controle sobre será avaliado por três escalas, avaliação da atividade cerebral e avaliação da atividade muscular. Se for sorteado a participar do grupo de realidade virtual (terapia com vídeo game), será avaliado por três escalas, avaliação da atividade cerebral e avaliação da atividade muscular, depois será treinado em uma sessão a realizar um jogo de tênis de forma virtual por 30 minutos e posteriormente será reavaliado pelas escalas, pela atividade cerebral e atividade muscular. Se for sorteado a participar do grupo de contenção do membro e tronco, você será avaliado por três escalas, avaliação da atividade cerebral e avaliação da atividade muscular, depois será treinado por 10 sessões consecutivas (exceto final de semana) com duração de uma hora, para realização do treino seu membro superior não acometido e o tronco será fixado com faixa para não movimentar este lado e será solicitado a movimentar do o membro acometido com atividade de simular o comer, empilhar copo, pendurar roupa no varal. Posteriormente será reavaliado pelas escalas, pela atividade cerebral e atividade muscular.

RISCOS E DESCONFORTOS: O paciente pode apresentar dor muscular e se sentir incapaz de executar o movimento. Para minimizar os riscos, o paciente será orientado a realizar antes e após a execução alongamento dos membros superiores, e o terapeuta motivará o paciente a realizar os movimentos da melhor forma possível independentemente da incapacidade apresentada. **BENEFÍCIOS:** Melhora funcional do membro superior mais afetado, aumentando a frequência do uso e a qualidade do movimento do membro mais acometido nas atividades da vida diária. **CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE:** Não haverá nenhum gasto com sua participação. O tratamento será totalmente gratuito, não recebendo nenhuma cobrança com o que será realizado. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação. **CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA:** Você possui garantia de sigilo, está assegurada sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, os dados não serão divulgados.

Assinatura do Pesquisador responsável: _____. Eu, _____ declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pelo pesquisador(a) – Andréia Maria Silva – dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/ reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento. Declaro que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEP-UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37.130.000, Fone: (35) 3299-1318, no e-mail: comitê.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Alfenas, _____ de _____ de 201____.

(Nome por extenso)

(Assinatura)