

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a).....

Gostaria de te convidar para participar voluntariamente nesse trabalho intitulado: **“UTILIZAÇÃO DA FOTOBIMODULAÇÃO PARA AUXILIAR NA ABSORÇÃO DO ANESTÉSICO TÓPICO E REDUÇÃO DA DOR DURANTE A ANESTESIA INFILTRATIVA LOCAL NA CLÍNICA ODONTOLÓGICA”** que será desenvolvido sob a responsabilidade de Gabriela Toledo Lopes, Glória Fischer Granuzzio, Marcela Scaramel, Pedro Alves Maia, Victória Egger Correia na Faculdade de Odontologia da PUC-Campinas com orientação do Professor Sérgio Luiz Pinheiro. O objetivo deste trabalho será avaliar a utilização da luz (laser) para diminuir a dor da anestesia. Você responderá algumas perguntas para que possamos saber a intensidade da dor que você sentiu. Os seus dados pessoais não serão divulgados e os resultados da pesquisa serão utilizados apenas para conseguir analisar se houve ou não diminuição da dor após a aplicação da luz (laser), podendo haver uma futura publicação dessa pesquisa. Sua boca será dividida em dois lados, que será sorteado aleatoriamente: Lado 1: não receberá a luz, receberá somente a pomada anestésica; Lado 2: receberá a luz e pomada anestésica.

A participação nessa pesquisa não lhe trará qualquer prejuízo ou benefício financeiro e profissional. Será feito o ressarcimento de alguma despesa em relação a pesquisa caso você necessite. Se quiser sair da pesquisa é só pedir em qualquer momento. Informo ainda que o termo será feito em duas vias, sendo uma para o (a) participante e outra para o pesquisador. Fui informado que posso recusar e não participar da pesquisa.

Fui também informado que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento sem sofrer qualquer tipo de penalização.

Recebi duas opções em relação ao meu consentimento: ou eu vou ter que dar um novo consentimento a cada pesquisa que os meus resultados serão utilizados ou vou poder dispensar o novo consentimento a cada pesquisa. Também fui informado que caso eu opte por dar novo consentimento a cada pesquisa, que eu devo indicar alguém para dar consentimento caso eu morra ou fique incapaz.

Fui informado também que terei acesso aos resultados obtidos com a utilização do meu material biológico entrando em contato com o pesquisador responsável. Fui informado que os dados fornecidos, coletados e obtidos a partir de pesquisas poderão ser utilizados em futuras pesquisas.

O risco que você pode ter durante a aplicação da luz é a sensação de incômodo ou uma possível alteração de visão caso você olhe para a luz laser sem óculos de proteção. Nessa pesquisa, SEMPRE será utilizado óculos de proteção e caso você relate desconforto,

a luz será retirada imediatamente. Caso você não queira usar óculos de proteção, será retirado imediatamente da pesquisa.

O benefício que você poderá ter participando desse trabalho é a possibilidade de receber a luz para diminuir a dor durante a anestesia. Caso você concorde em dar o seu consentimento livre e esclarecido para a participação no projeto de pesquisa citado acima, assine o seu nome abaixo. Atenciosamente, Gabriela Toledo Lopes, Glória Fischer Granuzzio, Marcela Scaramel, Pedro Alves Maia, Victória Egger Correia e Sérgio Luiz Pinheiro. O projeto em questão foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da universidade da PUC-Campinas, que poderá ser contatado para quaisquer esclarecimentos quanto à avaliação de caráter ético do projeto pelo telefone: (19) 3343-6777 ou e-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br, endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 – Prédio A02 – térreo – Parque Rural Fazenda Santa Cândida, CEP: 13087-571 – Campinas-SP, horário de funcionamento de segunda a sexta-feira das 08h00 às 17h00. O contato também poderá ser feito com a pesquisador responsável Sérgio Luiz Pinheiro, pelo telefone: (19) 991122247 ou e-mail: slpinho@puc-campinas.edu.br, endereço: Av. John Boyd Dunlop – Jardim Ipaussurama, Campinas-SP, CEP: 13034-685, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Caso concorde em dar o seu consentimento livre e esclarecido para participar do projeto de pesquisa supracitado, assine o seu nome abaixo.

Atenciosamente,

Sérgio Luiz Pinheiro

Eu, _____
____ R.G. nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Campinas, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador