

## ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Avaliação do gasto energético de repouso em pacientes com cirrose

Pesquisador responsável: Cláudio Augusto Marroni

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa com pacientes cirróticos que apresentam carcinoma hepatocelular, a qual tem por objetivo avaliar o estado nutricional.

Sabe-se que o câncer tem grande importância na vida do paciente e que pode modificar a sua qualidade de vida e o seu estado nutricional (peso, massa muscular, força, apetite, funcionamento do intestino, entre outros). Essa pesquisa quer avaliar os efeitos da doença no seu estado nutricional.

Caso você aceite participar desse estudo, uma nutricionista fará uma avaliação nutricional completa e coletará informações referentes ao seu peso, altura, medidas de circunferência e dobras cutâneas para avaliar seu estado nutricional, bem como informações referentes à sua alimentação atual. Posteriormente será utilizado um aparelho chamado Calorímetro, que mede quantas calorias o senhor (a) gasta em repouso, e outro aparelho chamado Bioimpedância, que mede a composição corporal de líquidos, gordura e quantidade de músculos. Para finalizar, o senhor(a) apertará com uma das mãos um aparelho chamado de Dinamômetro, com o qual vamos medir sua força. Além disto, os pesquisadores do estudo coletarão, diretamente de seu prontuário eletrônico, dados referentes a sua doença, diagnóstico, tratamento e exames laboratoriais.

Você não terá nenhum benefício direto com a participação nesse estudo, porém outros pacientes, portadores da mesma doença, poderão se favorecer de intervenções mais apropriada e efetivas que poderão ser estabelecidas com base nos resultados deste estudo.

Não haverá nenhuma forma de reembolso de dinheiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto. Nenhum risco está previsto ao entrevistado. Você poderá sentir um leve desconforto com a realização da medida das pregas cutâneas, já que quando a prega de gordura é pinçada pelo avaliador pode dar a sensação de uma leve picada de mosquito. Qualquer dúvida que o senhor tenha poderá ser esclarecida com os pesquisadores. Você poderá abandonar o projeto, em qualquer momento, sem necessidade de oferecer justificativa. Não haverá nenhum dano ou qualquer alteração no seu tratamento caso você desista de participar do estudo.

Para manter sua privacidade, a identidade dos participantes será mantida em sigilo. Todas as informações deste trabalho somente serão utilizadas para pesquisa. Os dados coletados serão armazenados por cinco anos, após esse período os mesmos serão deletados.

Caso tenha novas perguntas sobre este estudo, você poderá entrar em contato com a nutricionista Ana Cristhina Henz no telefone (51) 996469040 ou com o Prof. Dr. Cláudio Augusto Marroni no telefone: (51) 3214-8000. Você poderá também contatar o CEP da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre no telefone (51) 3214-8571 e pelo e-mail: [cep@santacasa.tche.br](mailto:cep@santacasa.tche.br).

Eu, ..... (paciente ou responsável) fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito dos objetivos e procedimentos do estudo e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei

solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar do estudo se assim eu desejar.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Nome do paciente \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_