

## TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

*(Para crianças e adolescentes maiores de 6 anos e menores de 18 anos)*

Olá!

Meu nome é **[Nome do Pesquisador]** e sou **[Profissão do Pesquisador]** aqui no **[Nome da Instituição]**. Gostaria de te convidar para participar de uma pesquisa muito legal sobre **[Nome da Doença/Condição]**.

### O que é essa pesquisa?

Essa pesquisa é para entendermos melhor como a **[Nome da Doença/Condição]** afeta as crianças e os adolescentes, e como podemos ajudar vocês a se sentirem melhor. Queremos descobrir **[Objetivo da Pesquisa em Linguagem Acessível]**.

### Por que você foi convidado(a)?

Você foi convidado(a) porque você tem **[Nome da Doença/Condição]** e queremos aprender mais sobre isso para ajudar outras crianças e adolescentes como você.

### O que você vai precisar fazer?

Se você quiser participar, vamos precisar que você **[Descrever os Procedimentos em Linguagem Acessível]**:

- Responda algumas perguntinhas sobre como você está se sentindo.
- Deixe a gente medir sua altura e seu peso.
- Talvez a gente precise tirar um pouquinho do seu sangue (é rapidinho!).
- [Outros procedimentos, se houver]

### O que vai acontecer depois?

Depois que você participar, vamos usar as informações que coletamos para entender melhor a **[Nome da Doença/Condição]** e ajudar outras crianças e adolescentes.

### Vai doer?

Algumas coisas podem ser um pouco incômodas, como a picadinha da agulha quando tiramos o sangue. Mas vamos fazer tudo com muito cuidado para que você se sinta o mais confortável possível.

### **O que eu ganho com isso?**

Participar dessa pesquisa pode te ajudar a entender melhor a **[Nome da Doença/Condição]** e como cuidar melhor da sua saúde. Além disso, você vai estar ajudando outras crianças e adolescentes que têm a mesma doença que você.

### **Caso não queira participar?**

Não tem problema nenhum! Você não é obrigado(a) a participar. Se você não quiser, ninguém vai ficar chateado com você. Você pode dizer "não" a qualquer momento, mesmo que já tenha começado a participar.

### **Quem vai saber que eu estou participando?**

Ninguém vai saber que você está participando. Vamos guardar todas as suas informações em segredo e não vamos contar nada para ninguém sem a sua permissão.

### **Se eu tiver alguma dúvida?**

Se você tiver alguma dúvida, pode perguntar para mim ou para qualquer pessoa da minha equipe. A gente vai explicar tudo direitinho para você.

### **O que dizem as regras?**

Essa pesquisa segue todas as regras da lei para proteger você. Seus pais ou responsáveis também precisam concordar que você participe da pesquisa.

### **Como combinar tudo isso?**

Se você quiser participar, você e seus pais ou responsáveis precisam assinar este papel. Esse papel se chama Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Ele significa que você entendeu tudo o que foi explicado e que concorda em participar da pesquisa.

### **Informações de Contato:**

- **Pesquisador(a) Responsável:** [Nome Completo, Telefone, E-mail]
- **Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Adventista de Manaus (CEP-HAM):**
  - Telefone: 2123-1311 Ramal: 1363
  - E-mails: [cep@ham.org.br](mailto:cep@ham.org.br)

## ASSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,  
entendi tudo o que me explicaram sobre essa pesquisa e quero participar dela.

Manaus, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Nome completo do(a) participante (em letra de forma):

\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_

Nome completo do(a) pesquisador(a) (em letra de forma):

\_\_\_\_\_

### Observações:

- Use linguagem clara e acessível, adaptada à idade dos participantes.
- Use recursos visuais (desenhos, imagens) para facilitar a compreensão.
- Destaque os pontos mais importantes (voluntariedade, sigilo, segurança).
- Certifique-se de que os participantes tenham a oportunidade de fazer perguntas e tirar dúvidas.
- Obtenha o consentimento dos pais ou responsáveis legais, além do assentimento dos participantes.

## MODELO COM SUGESTÕES DE IMAGENS

[Logotipo do Centro Oncológico do Hospital Adventista Manaus]

### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

*(Para crianças e adolescentes maiores de 6 anos e menores de 18 anos)*

Olá! 🙌

Meu nome é [Nome do Pesquisador] e sou [Profissão do Pesquisador] aqui no [Nome do Centro Oncológico]. Gostaria de te convidar para participar de uma pesquisa muito legal sobre [Nome da Doença/Condição].

**(Imagem: Foto do pesquisador sorrindo e acenando)**

**O que é essa pesquisa?** 😞

Essa pesquisa é para entendermos melhor como a [Nome da Doença/Condição] afeta as crianças e os adolescentes, e como podemos ajudar vocês a se sentirem melhor. Queremos descobrir [Objetivo da Pesquisa em Linguagem Acessível].

**(Imagem: Cérebro com um ponto de interrogação)**

**Por que você foi convidado(a)?**

Você foi convidado(a) porque você tem [Nome da Doença/Condição] e queremos aprender mais sobre isso para ajudar outras crianças e adolescentes como você.

**(Imagem: Criança/adolescente sorrindo)**

**O que você vai precisar fazer?**

Se você quiser participar, vamos precisar que você [Descrever os Procedimentos em Linguagem Acessível]:

- Responda algumas perguntinhas sobre como você está se sentindo.  
**(Imagem: Criança/adolescente respondendo um questionário)**
- Deixe a gente medir sua altura e seu peso.  
**(Imagem: Criança/adolescente sendo medida)**
- Talvez a gente precise tirar um pouquinho do seu sangue (é rapidinho!).  
**(Imagem: Desenho de um braço sendo puncionado com uma agulha, com um curativo de "super-herói")**
- [Outros procedimentos, se houver]

**O que vai acontecer depois?**

Depois que você participar, vamos usar as informações que coletamos para entender melhor a [Nome da Doença/Condição] e ajudar outras crianças e adolescentes.

**(Imagem: Cientistas trabalhando em um laboratório)**

**Vai doer?**

Algumas coisas podem ser um pouco incômodas, como a picadinha da agulha quando tiramos o sangue. Mas vamos fazer tudo com muito cuidado para que você se sinta o mais confortável possível.

**(Imagem: Profissional de saúde com expressão amigável, segurando um algodão)**

**O que eu ganho com isso?**

Participar dessa pesquisa pode te ajudar a entender melhor a [Nome da Doença/Condição] e como cuidar melhor da sua saúde. Além disso, você vai estar ajudando outras crianças e adolescentes que têm a mesma doença que você.

**(Imagem: Criança/adolescente se sentindo forte e confiante)**

**Caso não queira participar?**

Não tem problema nenhum! Você não é obrigado(a) a participar. Se você não quiser, ninguém vai ficar chateado com você. Você pode dizer "não" a qualquer momento, mesmo que já tenha começado a participar.

**(Imagem: Polegar para baixo)**

**Quem vai saber que eu estou participando?**

Ninguém vai saber que você está participando. Vamos guardar todas as suas informações em segredo e não vamos contar nada para ninguém sem a sua permissão.

**(Imagem: Boca com zíper)**

**Se eu tiver alguma dúvida?**

Se você tiver alguma dúvida, pode perguntar para mim ou para qualquer pessoa da minha equipe. A gente vai explicar tudo direitinho para você.

**(Imagem: Pessoa levantando a mão para fazer uma pergunta)**

**O que dizem as regras?**

Essa pesquisa segue todas as regras da lei para proteger você. Seus pais ou responsáveis também precisam concordar que você participe da pesquisa.

**(Imagem: Escudo com um símbolo de proteção)**

**\*\*Como combinar tudo isso?\***

Se você quiser participar, você e seus pais ou responsáveis precisam assinar este papel. Esse papel se chama Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Ele significa que você entendeu tudo o que foi explicado e que concorda em participar da pesquisa.

(Imagem: Duas mãos se apertando em sinal de acordo)

**Informações de Contato:**

- **Pesquisador(a) Responsável:** [Nome Completo, Telefone, E-mail]
- **Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Adventista de Manaus (CEP-HAM):**
  - Telefone: 2123-1311 Ramal: 4098
  - E-mail: [cep@ham.org.br](mailto:cep@ham.org.br)
- 

**ASSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
entendi tudo o que me explicaram sobre essa pesquisa e quero participar dela.

Manaus, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Nome completo do(a) participante (em letra de forma):  
\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_\