



Prezado(a) Sr(a),

Os resultados das suas medidas físicas foram:

Peso: _____ Kg

Altura: _____ cm

Circunferência de cintura: _____ cm

Os resultados da sua medida de pressão arterial foram:

Pressão Arterial Sistólica: _____ mmHg

Pressão Arterial Diastólica: _____ mmHg

De acordo com os resultados da medida de pressão arterial, o Ministério da Saúde dá as seguintes recomendações:

Pressão Arterial Sistólica (mmHg)		Pressão Arterial Diastólica (mmHg)	Presença de sintomas*	Categoria de Pressão Arterial	Recomendação
Até 139	e	Até 89	-	Normal	-
Entre 140 e 159	ou	Entre 90 e 99	-	Alterada	Procurar um serviço de saúde o mais breve possível para nova avaliação
Maior ou igual a 160	ou	Maior ou igual a 100	Não	Alterada	Procurar um serviço de saúde o mais breve possível para nova avaliação
Maior ou igual a 160	ou	Maior ou igual a 100	Sim	Alterada	Procurar um serviço de saúde imediatamente

* Dor de cabeça, alterações visuais, alterações de nível de consciência, perda da força muscular, sensação de dormência, dor no peito ou falta de ar.

Muito obrigado pela sua participação na Pesquisa Nacional de Saúde.

É muito importante que o(a) sr(a) avalie a sua pressão periodicamente, pelo menos uma vez a cada ano.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) sr(a) foi o(a) morador(a) do seu domicílio selecionado(a) para participar da segunda parte da Pesquisa Nacional de Saúde, e nós gostaríamos de entrevistá-lo. Essa pesquisa está sendo conduzida pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A equipe de pesquisa foi treinada e qualificada em todos os procedimentos pelas duas instituições.

As informações coletadas servirão para uma melhor compreensão dos fatores que afetam a saúde das pessoas e ajudarão a elaborar políticas do governo dirigidas a melhorar o funcionamento da assistência e as condições de saúde da população brasileira.

A entrevista irá durar, aproximadamente, 30 minutos. Eu irei lhe fazer perguntas sobre o seu estado de saúde, os seus hábitos, problemas de saúde crônicos, como hipertensão e diabetes, bem como sobre a assistência de saúde recebida. Além da entrevista, eu farei medidas de peso, altura, circunferência da cintura, e pressão arterial, se o(a) sr(a) consentir.

O(a) sr(a) receberá no momento da entrevista todos os resultados das medidas feitas na pesquisa, de forma totalmente gratuita, lhe dando a oportunidade de conhecer a sua situação em relação à hipertensão e as necessidades de prevenção e/ou tratamento.

A sua participação será mantida em completo sigilo. Todas as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e serão usadas somente com fins estatísticos. As informações vão ser coletadas, diretamente, em um pequeno computador de mão. Seu nome, endereço e outras informações pessoais serão transformados em um código de identificação único. As informações coletadas na entrevista ou nas amostras de sangue serão identificadas apenas através do código, sem nenhuma identificação pessoal.

O sr(a) aceita participar dessa pesquisa? () Sim () Não, recusou

O sr(a) consente fazer a entrevista? Sim Não

O sr(a) consente em fazer as medidas:

de peso? Sim Não

de altura? Sim Não

de circunferência da cintura? Sim Não

de pressão arterial? Sim Não

A assinatura do termo de consentimento indica que o(a) sr(a) compreendeu o que é esperado da pesquisa e que o(a) sr(a) aceita participar desta pesquisa em cada uma das etapas.

Assinatura do participante: _____

Caso o(a) sr(a) tenha qualquer dúvida sobre esta pesquisa, o sr(a) pode me perguntar ou entrar em contato com a Coordenação da Pesquisa ou com o Comitê de ética em Pesquisa, órgão responsável pelo esclarecimento de dúvidas relativas aos procedimentos éticos da pesquisa e pelo acolhimento de eventuais denúncias quanto à condução do estudo.

Esse termo de consentimento foi elaborado em duas vias. Após a sua confirmação em participar, uma via permanecerá retida com o pesquisador responsável e a outra com o(a) sr(a).

Data: ____/____/____

Entrevistador: _____

Contato da Coordenação da Pesquisa:

Célia Landmann Szwarcwald
Pesquisador Titular
Av. Brasil, 4365, Rio de Janeiro - RJ
ICICT, FIOCRUZ, Ministério da Saúde
Tel: (21)3865-3259; (21)3865-3239
Horário de funcionamento: 10h às 18h
Fale conosco: www.pns.fiocruz.br

CONEP - Comissão Nacional De Ética Em Pesquisa

SEPN 510 Norte, bloco A 1º subsolo,
Unidade II - Ministério da Saúde
CEP: 70750-521 - Brasília-DF
Telefone: (61) 3315-5878; Telefax: (61) 3315-5879
E-mail: conep@saude.gov.br
Horário de funcionamento: 8h às 18h