



## CONSENTIMENTO INFORMADO

**Objetivo:** O objetivo deste estudo exploratório é obter uma caracterização sociodemográfica de cuidadores de pessoas com dependência do Concelho de Ovar, bem como o levantamento das necessidades sentidas e impactos na saúde mental relativamente ao ato de cuidar.


**Procedimento:** Após aceitar participar no estudo e disponibilizar o seu **contacto telefónico**, irá ser contactado por essa via pela técnica responsável do estudo. Nesse contacto, recorrer-se-á a um questionário sociodemográfico e uma entrevista semiestruturada, bem como a posterior aplicação de escalas de avaliação de sobrecarga e impacto físico, emocional e social do papel do cuidador a fim de proceder ao levantamento dos dados a que nos propomos investigar.

**Duração:** Todo o procedimento deve ter a duração aproximada de 40 minutos.

**Confidencialidade:** Todos os intervenientes responsáveis pela investigação garantem a confidencialidade e anonimato, sendo os dados recolhidos de uso exclusivo para o presente estudo.

**Participação:** A sua participação é livre e voluntária. Pode desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para si, bastando para tal comunicá-lo à técnica responsável pelo estudo. Nesse caso, todos os dados recolhidos serão de imediato destruídos.

**Esclarecimentos:** Caso deseje obter informações adicionais ou esclarecer qualquer questão relacionada com este estudo, contacte: [afpaesmoriz@gmail.com](mailto:afpaesmoriz@gmail.com), [tania.frazao@cm-ovar.pt](mailto:tania.frazao@cm-ovar.pt) ou [ritagoncalves1910@gmail.com](mailto:ritagoncalves1910@gmail.com).

----- a destacar pelo tracejado  -----

### **Declaração de Consentimento Informado**

Eu, (nome completo do cuidador) \_\_\_\_\_,  
portador(a) do documento de identificação (BI/CC/Autorização de Residência) nº \_\_\_\_\_ -  
\_\_\_\_\_, válido até \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ abaixo assino este documento, consentindo de forma livre,  
informada e esclarecida a minha participação no estudo.

Ovar, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2021

Contacto: \_\_\_\_\_

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

Nota: O presente destacável deve ser remetido à técnica responsável do projeto através de [psi.gaci.afpaesmoriz@gmail.com](mailto:psi.gaci.afpaesmoriz@gmail.com).