

Termo de autorização do uso de dados

Eu, Tamires dos Santos Rios, na condição de estudante do último semestre do curso de psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e estagiária de psicologia clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) estou realizando um estudo sobre os aspectos emocionais da vivência de perda fetal e o processo de luto subsequente. Este estudo será realizado como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), conforme os critérios éticos e técnicos da universidade e do hospital.

Entendo que a sua experiência na psicoterapia pode auxiliar estudantes e profissionais de psicologia no entendimento da dinâmica emocional frente a uma perda fetal. Por essa razão, solicito sua autorização para utilizar alguns dados de sua história clínica e alguns fatores da sua vivência em particular como material clínico para a realização do estudo. Isso significa que os aspectos psicológicos do caso serão analisados através de uma teoria psicológica específica junto da professora da UFRGS escolhida como orientadora neste trabalho, Prof.a. Dra. Débora Dalbosco Dell'Aglio e também pela psicóloga do HCPA co-orientadora neste estudo Psicóloga Cláudia Simone Silveira dos Santos. Ao final, o estudo será apresentado na universidade pela aluna responsável e pode vir a ser publicado em periódico científico nacional.

Sua autorização é voluntária e o uso dos dados é inteiramente sigiloso, isto é, sua identidade bem como outras informações que possam identificá-la não serão apresentadas em nenhuma parte do estudo. É importante destacar que sua decisão quanto à autorização ou à recusa do uso dos dados e, conseqüentemente, a realização do estudo não implicarão em quaisquer mudanças em seu tratamento no HCPA seja com a equipe de psicologia ou com qualquer outra equipe.

Fico à disposição para quais dúvidas e esclarecimentos imediatos ou posteriores. O contato é o telefone (051) 3359-8507 do Serviço de Psicologia do HCPA. Ao ligar, você deverá pedir pela estagiária Tamires. Caso concorde com a utilização de alguns de seus dados, por favor, assine as duas cópias deste documento que lhe foram entregues sendo que uma permanecerá com você e a outra com a estudante responsável.

Eu, ROSANE SIQUEIRA DO NASCIMENTO, declaro que fui informada da realização e dos objetivos do trabalho de conclusão de curso a ser realizado. Autorizo o uso inteiramente sigiloso de informações a meu respeito, estando ciente de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento e de que esta decisão não implica em quaisquer benefícios ou prejuízos em meu atendimento no hospital.

Rosane Siqueira do Nascimento

Rosane Siqueira do Nascimento

Tamires dos Santos Rios

Tamires dos Santos Rios

Matrícula UFRGS: 00172548

Matrícula HCPA: 106441

Porto Alegre, 25 de 09 de 2013