

Projeto de Pesquisa:

IMPACTO DA TERAPIA COMPORTAMENTAL NOS SINTOMAS URINÁRIOS DE MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA: ENSAIO CLÍNICO

Informações Preliminares**Responsável Principal**

CPF/Documento: 255.104.518-58	Nome: Cássia Raquel Teatin Juliato
Telefon 1938288332	E-mail: cassia.raquel@gmail.com

Instituição Proponente

CNPJ:	Nome da Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM
-------	--

Essa submissão de emenda é exclusiva do seu Centro Coordenador?

A emenda é exclusiva de seu Centro Coordenador, então as alterações realizadas em seu projeto, em virtude da emenda, NÃO serão replicadas nos Centros Participantes vinculados e nos Comitês de Ética das Instituições Coparticipantes, quando da sua aprovação.

É um estudo internacional? Não**Assistentes**

CPF/Documento	Nome
474.739.608-06	ANA PAULA CORREA DIAS
502.248.108-12	CATARINA GENTILE SCIULLI

Equipe de Pesquisa

CPF/Documento	Nome
474.739.608-06	ANA PAULA CORREA DIAS
502.248.108-12	CATARINA GENTILE SCIULLI

Área de Estudo**Grandes Áreas do Conhecimento**

- Grande Área 4. Ciências da Saúde

Propósito Principal do Estudo

- Clínico

Título Público da

IMPACTO DA TERAPIA COMPORTAMENTAL NOS SINTOMAS URINÁRIOS DE MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA: ENSAIO CLÍNICO

Contato Público

CPF/Documento	Nome	Telefone	E-mail
474.739.608-06	ANA PAULA CORREA DIAS	15997376109	anapaulacorreadias@hotmail.com

Contato Científico: Cássia Raquel Teatin Juliato

Desenho de Estudo / Apoio Financeiro

Desenho do Intervenção/Experimental

Condições de saúde ou problemas**Condição de saúde ou Problema**

incontinência urinária

Descritores Gerais para as Condições de

CID1-10:Classificação Internacional de Doenças

Código CID	Descrição CID
R32	Incontinencia urinaria nao especificada

Descritores Específicos para as Condições de

CID1-10:Classificação Internacional de

Código CID	Descrição CID
R32	Incontinencia urinaria nao especificada

Tipo de Comparador

Natureza da Intervenção

- Comportamental

Descritores da Intervenção

Descritores da Intervenção

Intervenções

Aplicação de Terapia Comportamental

Fase

- Fase 4

Desenho:

Este estudo será um ensaio clínico simples

Apoio

CNPJ	Nome	E-mail	Telefone	Tipo
				Financiamento Próprio

Palavra Chave**Palavra-chave**

incontinência urinária

Terapia Comportamental

diário miccional

qualidade de vida

ingesta hídrica

Resumo:

Introdução: A incontinência urinária (IU) pode estar associada à fraqueza dos músculos do assoalho pélvico (MAP), sendo uma das disfunções relacionadas aos MAP mais prevalentes nas mulheres. Orientar as mulheres com IU quanto a contração dos MAP durante atividades de vida diária dá autonomia para as mulheres durante o tratamento, melhora a consciência sobre a função dos MAP e parece também melhorar a qualidade de vida de mulheres incontinentes. Dentro da fisioterapia no tratamento da IU contamos também com a terapia comportamental (TC) que se trata de uma técnica não invasiva, de baixo custo e com menos efeitos colaterais, que tem como intuito ajudar as mulheres a lidarem com o manejo da IU, alterando a maneira como pensam e se comportam. Assim sendo, importante verificar o quanto a terapia comportamental melhora a qualidade de vida e os sintomas urinários em mulheres incontinentes. **Objetivo:** Avaliar o impacto da terapia comportamental nos sintomas urinários de mulheres com IU. **Materiais e métodos:** Este estudo será um ensaio clínico simples, com grupo único, que receberá a intervenção (terapia comportamental). Serão selecionadas 100 mulheres (amostra de conveniência) com queixa de incontinência urinária de esforço, urgência ou mista do ambulatório de ginecologia cirúrgica ou do Ambulatório de Fisioterapia em Uroginecologia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - CAISM, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). As mulheres serão convidadas através de um contato telefônico para participarem do estudo. Em caso de aceite, será agendada uma visita inicial, na qual serão esclarecidos os objetivos do estudo e será assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Será feita uma avaliação inicial por uma fisioterapeuta, com anamnese, aplicação dos questionários e será realizado um grupo de orientação para aplicação da terapia comportamental, abordando sobre educação em saúde, ingestão hídrica, alimentar, programação da micção, técnicas de adiação da micção, posicionamento para micção e evacuação. A mulher será orientada a realizar a terapia comportamental por 4 semanas e deverá retornar após esse período para reavaliação, com aplicação dos mesmos questionários aplicados na avaliação inicial. **Análise de dados:** Os dados das fichas de avaliação e questionários (iniciais e finais) serão organizados em uma planilha no Microsoft Excel para análise. **Diferenças clínicas** (QUID, ICIQ-SF, ICIQ-OAB, SF-12, PFIQ-7, frequência urinária, urgência urinária, incontinência urinária de urgência, incontinência urinária de esforço, noctúria e enurese) pré e pós-tratamento serão analisadas de acordo com a normalidade de distribuição (teste Shapiro-Wilk). O teste de Wilcoxon pareado será usado para comparar diferenças pré e pós-tratamento. Será considerada diferença estatisticamente significativa de valores $p < 0,05$. O software a ser utilizado para as análises será o Statistical Analysis System (SAS) versão 9.2.

Introdução:

1. INTRODUÇÃO A Sociedade Internacional de Continência (International Continence Society - ICS) define a incontinência urinária (IU) como a queixa de perda involuntária de urina e a classifica em dois subtipos principais: a incontinência urinária associada aos esforços (IUE) como tosse, espirro ou esforço físico e a incontinência urinária associada à urgência (IUU), que se caracteriza pela perda urinária associada a um desejo forte e súbito de urinar. Esses dois subtipos podem ainda coexistir, caracterizando a incontinência urinária mista (IUM) (1). A IU pode estar associada à fraqueza dos músculos do assoalho pélvico (MAP), sendo uma das disfunções relacionadas aos MAP mais prevalentes nas mulheres ((1); (2)). Além disso, a IU é uma condição de saúde que afeta indivíduos em diferentes fases da vida e pode influenciar de forma negativa na qualidade de vida e gerar gastos financeiros pessoais e para os serviços de saúde públicos ((3); (4); (5); (6); (7); (8)). Entre os custos financeiros pessoais, têm-se os gastos com absorventes e forros para a incontinência, produtos de higiene pessoal, tratamentos diversos para a melhora das perdas urinárias, tratamento para depressão e entre outros (9). Além do impacto financeiro, a IU traz também efeitos físicos e psicológicos, afeta as atividades de vida diária e está associada a impactos negativos na qualidade de vida ((10); (11)). Outro fator importante é que pacientes com IU podem apresentar sentimentos como vergonha e constrangimento, o que pode gerar impactos na função sexual e ainda levar à exclusão social e ao atraso do diagnóstico e tratamento adequados (9). Nesse sentido, já se sabe que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) é efetivo e amplamente recomendado como tratamento padrão-ouro para a IU (12). Dentre as abordagens da fisioterapia utilizadas para conscientizar e educar as pacientes sobre o TMAP, as orientações sobre anatomia e treino de consciência perineal são essenciais para melhora da força e coordenação dos MAP ((13); (14)). Orientar as pacientes com IU quanto a contração dos MAP durante atividades de vida diária dá autonomia para as mulheres durante o tratamento, melhora a consciência sobre a função dos MAP e parece também melhorar a qualidade de vida de mulheres incontinentes ((13); (15)). Dentro da fisioterapia no tratamento da IU contamos também com a terapia comportamental (TC) que se trata de uma técnica não invasiva, de baixo custo e com menos efeitos colaterais (16), que tem como intuito ajudar as mulheres a lidarem com o manejo da IU, alterando a maneira como pensam e se comportam (17). Ela consiste em uma associação de técnicas que tem como propósito minimizar ou até mesmo abolir sintomas urinários, por meio de mudanças em hábitos de vida, alimentares, educação sobre a condição de saúde, e treinamento vesical. Podendo ser aplicada de forma isolada ou em associação com outras abordagens (16). A base é composta por um conjunto de orientações que ajudam a promover mudanças de hábitos que possuem uma influência sobre os sintomas e queixas urinárias (18). TC é desenvolvida a partir da educação em saúde, que inclui modificações de hábitos e comportamentos (16), como programação da micção, terapia de ingestão hídrica e alimentar sendo composta por eliminação parcial ou total de bebidas e alimentos considerados irritativos à bexiga, além de adequações quanto ao estilo de vida, como: ingestão adequada de água, reajuste dos padrões de micção, contração dos MAP durante atividades que provoquem aumento da pressão intra-abdominal, como sentar-se no vaso sanitário para micção e evacuação evitando sobrecarga na MAP, orientação do controle de peso corporal, entre outras (18). A programação da micção tem o intuito de promover reeducação vesical, realizando uma frequência pré-estabelecida para que desta forma haja um condicionamento e uma reeducação vesical, podendo ser usada para treinar o esvaziamento vesical ou, ainda, a não adiar a micção. Com isso temos um aumento do controle vesical, beneficiando a mulher como: aumento da capacidade vesical, confiança do paciente no controle da bexiga e intervalos miccionais adequados (19). Sabe-se que a reeducação vesical é efetiva para mulheres com IUE, IUU e IUM com evidência nível 1, grau de recomendação A (19). Um importante fator é a ingestão hídrica de bebidas que são consideradas irritantes vesicais, como café, chá preto, refrigerantes à base de cola e chocolate, frutas cítricas, como laranja e limão, vinagre e bebidas alcoólicas. Assim, é indicado que a paciente evite ou reduza o consumo dessas substâncias, essa questão deve ser exposta e acordada para que desta forma busque a melhor forma de ajudá-la no tratamento. Ao fim do tratamento, os alimentos podem ser reinseridos na dieta da paciente de forma fracionada, sempre observando se não estão impactando negativamente no resultado alcançado. A adesão ao tratamento individual para IU nem sempre é efetiva, tendo em vista que existe também um custo relacionado ao tratamento, como deslocamento, além das filas de espera para atendimento nos serviços de saúde pública ((20),

21)). Desta forma, os atendimentos realizados em grupo tendem a ter maior adesão por conta de uma identificação entre as pacientes egerando um conforto entre elas. Assim, o tratamento em grupo pode ser uma opção eficaz para reduzir o tempo de espera e os custos de deslocamento de mulheres incontinentes por meio da redução do número de sessões individuais(22).Deste modo, a TC é uma intervenção de fácil reprodução e aplicabilidade, porém é importante verificar o quanto a TC melhora a qualidade de vida e os sintomas urinários em mulheres incontinentes.

Hipótese:

4.1. Haverá uma diminuição nas taxas de IU após a terapia comportamental.4.2. Haverá diminuição da frequência urinária, número de episódios de urgência, número de episódios de incontinência urinária de urgência, noctúria e enurese após a intervenção.4.3. Haverá melhora na qualidade de vida após a terapia comportamental.4.4. A maioria das mulheres terá uma boa adesão (75%) ao tratamento.

Objetivo Primário:

Avaliar o impacto da terapia comportamental nos sintomas urinários e qualidade de vida das mulheres com IU.

Objetivo Secundário:

3.2.1. Avaliar a taxa de cura e de melhora subjetiva da IU após a TC.3.2.2. Comparar a frequência urinária, número de episódios de urgência, número de episódios de IUE e de urgência, noctúria e enurese antes e após a TC.3.2.3. Comparar a qualidade de vida antes e após a intervenção.3.2.4. Avaliar a taxa de adesão ao tratamento.

Metodologia Proposta:

5.1 DESENHO DO ESTUDO Este estudo será um ensaio clínico simples.5.2 CÁLCULO AMOSTRAL Optamos pela realização de uma amostra de conveniência com 100 mulheres.5.3 VARIÁVEIS 5.3.1 Variáveis Independentes Terapia comportamental: Conjunto de orientações utilizadas para promover mudanças de hábitos que influenciam sobre os sintomas urinários. É composta por programação da micção, treinamento vesical, terapia de ingestão hídrica e alimentar, além de readaptações quanto ao estilo de vida.5.3.2 Variáveis Dependentes Taxa de Cura ou melhorada IU: resolução ou melhora dos sintomas de incontinência urinária que são definidos pela ICS como a perda involuntária de urina, que pode acontecer por esforço - ou seja, durante atividades que aumentam a pressão intra-abdominal, como a tosse e o espirro -, por urgência ou de forma mista após a intervenção. A cura será avaliada através de uma escala de Likert com 5 pontos categorizada em muito pior, pior, igual, melhor, curada.13 Gravidade da IU: definida através do escore do Questionário de Diagnóstico de Incontinência Urinária (QUID) é representado como número absoluto. A gravidade será avaliada também de forma categórica. Adesão: será controlado através de uma tabela, onde a paciente preencherá com "sim" ou "não" os dias que conseguiu ou não realizar os exercícios. Variável qualitativa nominal. Qualidade de vida: Será avaliada por meio da aplicação de três questionários: Female Sexual Function Index (FSFI), 12-Item Short Form Survey, e Pelvic Floor Impact Questionnaire -Short Form 7 relacionado a disfunções específicas do assoalho pélvico. Variável numérica contínua. Frequência urinária diurna: Definida como a quantidade de micções ocorridas durante o dia, incluindo a última micção antes do sono. Será avaliada por meio da média em três dias de preenchimento do diário miccional (Anexo 6), variável numérica contínua. Número de episódios de incontinência urinária de esforço: Definida como a perda involuntária de urina durante o esforço físico, como a prática de esportes, ou durante situações como a tosse e o espirro. Será avaliada da média em três dias de preenchimento do diário miccional antes e após a intervenção (Anexo 6). Urgência urinária: Definida como uma súbita e forte vontade de urinar, que é difícil de ser adiada. Será avaliada por meio do questionário QUID (Anexo 1), do ICIQ-OAB (Anexo 3) e da média em três dias de preenchimento do diário miccional (Anexo 6). Incontinência urinária de urgência: Definida como queixa de perda involuntária de urina associada à urgência miccional. da média em três dias de preenchimento do diário miccional (Anexo 6). Noctúria: Definida como a interrupção do sono devido à necessidade de urinar. Será avaliada por meio do ICIQ-OAB (Anexo 3) e da média em três dias de preenchimento do diário miccional (Anexo 6). Enurese: Definida como a perda involuntária de urina que ocorre durante o sono. Será avaliada por meio do questionário ICIQ-SF (Anexo 2) e da média em três dias de preenchimento do diário miccional (Anexo 7). Utilização de absorvente ou forro: Será categorizada como "sim" ou "não". Caso a resposta seja "sim", a frequência de troca será autorrelatada. Sensação de esvaziamento incompleto: Definida como a sensação de que não há o esvaziamento completo da bexiga após a micção. Será categorizada como "sim" ou "não", de acordo com o autorrelato.5.3.3 Variáveis descritivas Idade: Definida como a quantidade de anos vividos até o momento da anamnese. Será autorrelatada. Índice de massa corpórea: Calculado pelo peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros, de acordo com os valores autorrelatados no momento da anamnese. Diabetes Mellitus: Definida como uma doença metabólica caracterizada por elevação da glicose no sangue. Será categorizada como "sim" ou "não".15 Hipertensão Arterial Sistêmica: Definida como uma condição crônica caracterizada por níveis elevados dos valores pressóricos (≥ 140 e/ou 90 mmHg). Será categorizada como "sim" ou "não". Uso de medicações: Será categorizada

Critério de Inclusão:

Serão incluídas no estudo mulheres com idade maior ou igual a 18 anos, alfabetizadas, com queixa de incontinência urinária e que aceitarem participar da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Critério de Exclusão:

Serão excluídas mulheres que apresentem alterações neurológicas ou cognitivas que impeçam a compreensão dos questionários e orientações; bexiga neurogênica e gestação em curso

Riscos:

A pesquisa apresenta riscos de possível desconforto em responder perguntas.

Benefícios:

Não há benefícios diretos.

Metodologia de Análise de Dados:

Os dados das fichas de avaliação e questionários (iniciais e finais) serão organizados em uma planilha no Microsoft Excel, para análise. Diferenças clínicas (QUID, ISI, ICIQ-SF, ICIQ-OAB, SF-12, PFIQ-7, FSFI, esquema PERFECT, frequência urinária, urgência urinária, incontinência urinária de urgência, incontinência urinária de esforço, noctúria e enurese) pré e pós-tratamento serão analisadas de acordo com a normalidade de distribuição (teste Shapiro-Wilk). O teste de Wilcoxon pareado será usado para comparar diferenças pré e pós-tratamento. Será considerada diferença estatisticamente significativa valores de $p < 0,05$. O software a ser utilizado para as análises será o Statistical Analysis System (SAS) versão 9.2.

Desfecho Primário:
impacto da terapia comportamental nos sintomas urinários e qualidade vida das mulheres com IU.

Desfecho Secundário:
Comparar a frequência urinária, número de episódios de urgência,número de episódios de IUE e de urgência, noctúria e enurese antes e após a TC.
Avaliar a taxa de adesão ao tratamento
Tamanho da Amostra no 100

Países de Recrutamento

País de Origem do Estudo	País	Nº de participantes da
Sim	BRASIL	100

Outras Informações

Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?
Não

Informe o número de indivíduos abordados pessoalmente, recrutados, ou que sofrerão algum tipo de intervenção neste centro de pesquisa:
100

Grupos em que serão divididos os participantes da pesquisa neste centro

ID Grupo	Nº de Indivíduos	Intervenções a serem realizadas
Grupo Comportamental	100	Terapia Comportamental

O Estudo é Multicêntrico no
Não

Propõe dispensa do TCLE?
Não

Haverá retenção de amostras para armazenamento em banco?
Não

Cronograma de Execução

Identificação da Etapa	Início (DD/MM/AAAA)	Término (DD/MM/AAAA)
Coleta de dados	01/04/2024	01/07/2025
Seleção de sujeitos	01/02/2024	01/06/2025
Pré teste	01/12/2023	01/01/2024
Análise estatística	01/08/2025	01/10/2025
Revisão de literatura	01/10/2025	01/12/2025
Elaboração do artigo	01/11/2025	01/01/2026
Elaboração do banco de dados	01/10/2024	01/09/2025

Orçamento Financeiro

Identificação de Orçamento	Tipo	Valor em Reais (R\$)
Impressão questionário e diários miccionais	Custeio	R\$ 500,00
Impressão cartilha e diário de adesão	Custeio	R\$ 400,00
Confraternização	Custeio	R\$ 600,00
Ajuda de custo para transporte e alimentação das pacientes	Custeio	R\$ 4.000,00
Impressão TCLE	Custeio	R\$ 150,00
Total em R\$		R\$ 5.650,00

Bibliografia:

1. Haylen B, Ridder D, Freeman R, Swift S, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. International Urogynecology Journal. 2010;21(1):5-21. 2. Aoki Y, Brown H, Brubaker L, Cornu J, Daly J, Cartwright R. Urinary incontinence in women. Nature Reviews Disease Primers. 2017;3(17042):1-20. 3. Subak L, Brubaker L, Chai T, Creasman J, Diokno A, Goode P, et al. High costs of urinary incontinence among women electing surgery to treat stress incontinence. Obstetrics and Gynecology. 2008;111(4):899-907. 4. Irwin D, Mungapen L, Milsom I, Kopp Z, Reeves P, Kelleher C. The economic impact of overactive bladder syndrome in six Western countries. BJU International. 2009;103(2):202-09. 5. Ganz M, Smalarz A, Krupski T, Anger J, Hu J, Wittrup-Jensen K, et al. Economic costs of overactive bladder in the United States. Urology. 2010;75(3):526-32. 6. Dieter A, Wilkins M, Wu J. Epidemiological trends and future care needs for pelvic floor disorders. Current Opinion in Obstetrics & Gynecology. 2015;27(5):380-84. 7. Neels H, Wyndaele J, Tjalma W, Wachter S, Wyndaele M, Vermandel A. Knowledge of the pelvic floor in nulliparous women. Journal of Physical Therapy Science. 2016;28(5):1524-33. 8. Andrade R, Bø K, Antonio F, Driusso P, Mateus-Vasconcelos E, Ramos S, et al. An education program about pelvic floor muscles improved women's knowledge but not pelvic floor muscle function, urinary incontinence or sexual function: a randomised trial. Journal of Physiotherapy. 2018;64(2):91-6. 9. Van Vuuren A, Van Rensburg J, Jacobs L, Hanekom S. Exploring literature on knowledge, attitudes, beliefs and practices towards urinary incontinence management: a scoping review. International Urogynecology Journal. 2021;32(3):485-99. 10. Milsom I, Coyne K, Nicholson S, Kvasz M, Chen C, Wein A. Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: a systematic review. European Urology. 2014;65(1):79-95. 11. Krhut J, Gärtner M, Mokris J, Horcicka L, Svabik K, Zachoval R, et al. Effect of severity of urinary incontinence on quality of life in women. Neurourology and Urodynamics. 2018;37(6):1925-30. 12. Dumoulin C, Hay-Smith J, Habée-Séguin G, Mercier J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: a short version Cochrane systematic review with meta-analysis. Neurourology and Urodynamics. 2015;34(4):1-97. 13. Berzuk K, Shay B. Effect of increasing awareness of pelvic floor muscle function on pelvic floor dysfunction: a randomized controlled trial. International Urogynecology Journal. 2015;26(6):837-44. 14. Wolz-Beck M, Reisenauer C, Kolenic G, Hahn S, Brucker S, Huebner M. Physiotherapy and behavior therapy for the treatment of overactive bladder syndrome: a prospective cohort study. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2017;295(5):1211-7. 15. Miller J, Ashton-Miller J, DeLancey J. A pelvic muscle precontraction can reduce cough-related urine loss in selected women with mild SUI. Journal of the American Geriatrics Society. 1998;46(7):870-74. 16. Méndez LMG, Moura ACRd, Cunha RMD, Figueiredo VBd, Moreira MA, Nascimento SLd. Behavioral therapy in the treatment of urinary incontinence: quality of life and severity. Fisioterapia em Movimento. 2023;35(e356014):1-9. 17. Steenstrup B, Lopes F, Cornu JN, Gilliaux M. Cognitive-behavioral therapy and urge urinary incontinence in women. A systematic review. International Urogynecology Journal. 2021;33(5):1091-101. 18. Wallace S, Roe B, Williams K, Palmer M. Bladder training for urinary incontinence in adults. The Cochrane Database of Systematic Reviews.2004;2004(1):CD001308. 19. Burkhard FC, Lucas MG, Berghmans LC, Bosch JLHR, Cruz F, Lemack GE, et al. EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults. European Urology. European Association of Urology. 2016;2016:88p. 20. Girão MJBC, Araújo GTBd. O custo da incontinência urinária no Brasil: experiência do serviço de Uroginecologia da UNIFESP [Dissertação de mestrado]. São Paulo, SP: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); 2009. 21. Fenocchi L, Best C, Mason H, Elders A, Hagen S, Maxwell M. Long-term effects and costs of pelvic floor muscle training for prolapse: trial follow-up record-linkage study. International Urogynecology Journal. 2023;34(1):239-46. 22. Dumoulin C, Morin M, Mayrand M, Tousignant M, Abrahamowicz M. Group physiotherapy compared to individual physiotherapy to treat urinary incontinence in aging women: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2017;18(1):544.

Upload de Documentos

Arquivo Anexos:

Tipo	Arquivo
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOTERAPIACOMPORTAMENTAL.pdf
Parecer Anterior	PARECERCAISM.pdf
Folha de Rosto	TCFR.pdf
Cronograma	Cronograma.pdf
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TERAPIACOMPORTAMENTALPROJETO.pdf
Comprovante de Recepção	PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_2188968.pdf
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf
Solicitação registrada pelo CEP	CEPmodelorespostaparecerpendenciaCEP2023.pdf
Outros	Outros.pdf

Finalizar

Manter sigilo da integra do projeto de Sim

Prazo 2 anos

Justificativa da Emenda:

INSÃO DE QUETIONARIO FSFI E INSERÇÃO DE PESQUISADOR NOVO