

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: BLOQUEIO PERIDURAL COM BAIXAS DOSES DE ANESTÉSICOS LOCAIS (¿PERIWALKING¿) PARA ANALGESIA DE PARTO. ESTUDO COMPARATIVO ENTRE 2 ANESTÉSICOS

Pesquisador: VANESSA HENRIQUES CARVALHO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 76459723.8.0000.5404

Instituição Proponente: Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.667.826

Apresentação do Projeto:

Resumo

O trabalho de parto é um momento marcante na vida de uma mulher. Já está demonstrado que o parto vaginal é superior ao parto cesariana em termos de benefícios para a parturiente e para o recém-nascido. No entanto, a dor envolvida neste processo pode ser tão intensa que pode chegar a impedir que o parto se conclua por via vaginal. Assim, a analgesia por via peridural é a principal intervenção a ser realizada, porém, deve ser muito bem titulada para não bloquear os movimentos da paciente, proporcionando uma melhor qualidade de parto, e redução na taxa de parto cirúrgico. Trata-se de um ensaio clínico, controlado, aleatorizado, duplo cego, a ser realizado no Centro Obstétrico do Hospital Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – CAISM – UNICAMP, com o objetivo de avaliar comparativamente, em gestantes primigestas submetidas à analgesia de parto, a eficácia analgésica de baixas doses de dois anestésicos locais (ropivacaína e mistura enantiomérica em excesso de 50% de bupivacaína), associados a fentanil e administrados via peridural - técnica conhecida por “walkingepidural” ou “periwalking”. Para o cálculo do tamanho amostral de acordo com o desfecho primário “diminuição da dor com uso de anestésicos locais em baixa dose sem gerar bloqueio motor” consideraremos a redução de 3 pontos no nível de dor da paciente segundo a escala Numérica Visual da Dor, e adotaremos um poder de 80% e $\alpha = 0,05$. Pelos resultados, estimou-se que uma amostra mínima de $n=68$ mulheres, considerando possíveis perdas de

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@unicamp.br

seguimento, serão randomizadas 76 pacientes (n=38 no grupo com ropivacaina e n=38 no grupo com mistura enantiomérica em excesso de 50% bupivacaína com vasoconstritor), será representativa para comparação da dor pela escala Numérica Visual da Dor. Serão distribuídas aleatoriamente de acordo com sorteio simples, em 2 grupos (n=38): Grupo I (n=38): ropivacaina a 0,20% - (3 mL= 6 mg) + 100 µg de fentanil (2 mL) + 7 mL soro fisiológico 0,9%. Grupo II (n=38): mistura enantiomérica em excesso de 50% de bupivacaina a 0,25% com vasoconstritor (3 mL=7,5 mg) + 100 µg de fentanil (2 mL) + 7 mL soro fisiológico 0,9%. Após o bloqueio peridural, uma vez que a gestante continue apta a se movimentar, será incentivada a sair do leito e realizar exercícios fisioterapêuticos que a auxiliem a concluir o processo do trabalho de parto via vaginal (ANEXO 2). Serão avaliadas: desfechos maternos (qualidade e duração de analgesia; latência; grau de bloqueio motor; grau de satisfação da parturiente com a experiência do parto vaginal; taxa de partos instrumentais (fórceps) e cesariana e desfechos neonatais (condições de vitalidade do recém-nascido – Apgar e necessidade de reanimação neonatal). Para análise estatística será utilizado o programa Stata BE/18. O teste de Kolmogorov-Smirnov será realizado para determinar a normalidade da distribuição dos dados. As variáveis contínuas serão expressas em média $\pm$ desvio-padrão e mediana 25-75 percentil. As variáveis categóricas serão representadas por porcentagens. Para comparações entre variáveis contínuas normalmente distribuídas será utilizado o teste t de Student; para comparação entre variáveis contínuas de distribuição não-normal Mann-Whitney U test; e para comparação entre variáveis categóricas será realizado o Fisher Exact e Chi Square test. O valor de $p < 0,05$ será considerado estatisticamente significativo.

Introdução

A experiência de um trabalho de parto vaginal é multidimensional, subjetiva e singular para cada uma das parturientes, sendo que a dor associada ao parto é a única que não está associada a algo ruim, como uma doença ou um ferimento. Ao contrário, é considerada fisiológica e esperada, e associada a um resultado positivo(1). Neste contexto, a percepção da dor é muito influenciada pelas expectativas da gestante. Uma gestante com gravidez desejada, confiante em sua equipe de apoio para o parto, orientada quanto ao processo do nascimento pode associar a dor sensório-motora que está sentindo com uma experiência positiva, enquanto uma gestante com medos e ansiedades em relação a equipe e ao seu próprio futuro pode ter a mesma dor sensório-motora associada a uma experiência negativa.

Após um crescente aumento de partos cirúrgicos nos últimos tempos, vemos agora uma volta

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@unicamp.br

gradativa da busca por um parto vaginal com o menor número de intervenções possíveis, auxiliado por profissionais que nem sempre são médicos, e o desejo de que este momento seja vivenciado em casa, cercado da família. No entanto, este extremo de ideal do trabalho de parto traz consigo muitos riscos, e deve ser desencorajado. É preciso sempre garantir a segurança materno-fetal, tendo um médico assistente responsável pela parturiente e outro para o recém-nascido, e estar em um ambiente em que seja possível a realização de intervenções, caso essas sejam necessárias.

Assim, estratégias não farmacológicas como caminhada e exercícios para a pelve têm sido revisitadas e se mostrado de grande auxílio para o sucesso do parto vaginal. Exercícios com a bola adequados para cada estágio de parto, bem como caminhadas, proporcionam conforto para a paciente e auxiliam no processo de descida, encaixe e expulsão do feto(2). Porém, essas medidas proporcionam uma melhor aceitação da dor pela paciente e melhoram o enfrentamento delas perante a situação, sem necessariamente aliviar a dor-sensório motor. E quando a dor não é suficientemente controlada, o trabalho de parto pode não progredir conforme o esperado (3). E este é o momento ideal para a primeira intervenção humanizada na parturiente a ser realizada por um médico anestesiológista, a anestesia peridural.

A anestesia peridural lombar é hoje o padrão ouro para analgesia de parto (4), sendo um método de analgesia extremamente efetivo, capaz de reduzir as catecolaminas séricas maternas e assim melhorar o fluxo e a atividade uterina (5). No primeiro estágio do trabalho de parto, a dor é principalmente visceral (fibras C) e conduzida pelas raízes de T10 a L1. No final deste estágio e durante todo o segundo estágio do trabalho de parto, a dor passa a ser mais somática (fibras A delta), conduzida pelos nervos pudendo e os ramos perineais de S2 a S4, bem como alguns ramos dos nervos ilioinguinal e genitofemoral, de L1 a L2. Todos os impulsos nervosos, viscerais e somáticos, passam pelo corno dorsal da medula espinhal, onde são processados e transmitidos ao cérebro pelo trato espino-talâmico, sendo que a transmissão para os sistemas hipotalâmico e límbico contribui para as respostas emocionais e autonômicas associadas a dor (1). Desta forma, uma anestesia peridural em bôlus intermitente (6) com baixíssimas doses de anestésico local parece ser o melhor caminho para um parto vaginal não prolongado e com bom resultado materno-fetal (4). Uma analgesia de parto realizada com uma medicação capaz de reduzir a dor sem promover bloqueio motor, a chamada “periwalking” (7), permite que a paciente saia da mesa cirúrgica e continue a realizar os exercícios que auxiliam no nascimento da criança. Neste contexto, a bupivacaína é o anestésico local mais comumente utilizado nas analgesias para parto, porém a mistura enantiomérica em excesso de 50% de bupivacaína (Levobupivacaina) e a Ropivacaina, que são menos cardio e neurotóxicas, proporcionam menor bloqueio motor e se

apresentaram como opções igualmente boas (8). Em doses usuais, a ropivacaina parece ter um início de ação mais rápido, porém a mistura enantiomérica em excesso de 50% de bupivacaína apresenta maior duração (6), não havendo evidência se esta se mantém, quando utilizamos doses extremamente baixas das mesmas. Sabemos hoje que um dos motivos para o parto sob anestesia peridural evoluir para parto instrumental e cesariana é o emprego de doses altas dos anestésicos anteriormente citados. Por isso se faz da maior importância o uso da técnica periwalking, em que são empregadas doses baixíssimas de anestésico local.

Critérios de Inclusão

- Primigestas em programação de parto vaginal, sendo que a analgesia será realizada somente quando a dilatação cervical for maior ou igual a 6 cm
- Pacientes classificadas como estado físico 2 de acordo com a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA);
- Idade acima de 18 anos;
- Gestação a termo (37 semanas);
- Feto vivo, único, posição cefálica;
- Sem cesariana prévia.

Critérios de Exclusão

- Contra-indicação de anestesia regional;
- História de hipersensibilidade às drogas empregadas;
- Pacientes classificadas como estado físico 3 de acordo com a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA);
- Doença psiquiátrica;
- Drogadição;
- Idade < 18 anos;
- Índice de massa corporal (IMC) igual ou acima de 40;
- Malformação fetal.

Descrição do Procedimento

De acordo com a randomização simples, disponibilizada pelo programa random.org, as

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br

participantes da pesquisa serão distribuídas em dois grupos (n=34). Objetivando respeitar o allocation concealment, os grupos serão distribuídos em envelopes pardos contendo o anestésico local a ser utilizado. Após a visita pré-anestésica, realizado o estudo do prontuário da paciente para checagem das informações prestadas pela paciente bem como seu histórico médico, se preenchido os critérios de inclusão, proceder-se-á ao sorteio simples a partir de uma caixa lacrada e padronizada no início do estudo, onde a retirada do número 1 corresponderá ao Grupo I, do número 2, ao Grupo II, conforme descrição abaixo:

- Grupo I: ropivacaina a 0,20% - (3 mL = 6 mg) + 100 µg de fentanil (2 mL) + 7 mL de soro fisiológico 0,9%, em um total de 12 ml, resultando em ropivacaina a 0,0500%.

- Grupo II: mistura enantiomérica em excesso de 50% de bupivacaina a 0,25% com vasoconstritor - (3 mL = 7,5 mg) + 100 µg de fentanil (2 mL) + 7 mL de soro fisiológico 0,9%, em um total de 12 ml, resultando em mistura enantiomérica em excesso de 50% de bupivacaína com vasoconstritor a 0,0625%.

O anestesista responsável por sortear o grupo ao qual a paciente irá pertencer será também o responsável por aspirar a medicação a ser utilizada na anestesia peridural e a dose de repique se assim for necessário. Um segundo anestesista, que não saberá qual a droga aspirada, será o responsável por realizar o procedimento da peridural e acompanhar a paciente até o momento da alta, bem como por aplicar os questionários sobre dor e satisfação à paciente.

As grávidas serão inicialmente monitorizadas com oxímetro de pulso, cardioscópio em derivação DII e aferidor não invasivo de pressão arterial. Após venóclise, serão submetidas a punção no espaço peridural (nível L3-L4 ou L4-L5) com agulha Tuohy 16G, e passagem de cateter. O bloqueio espinal será realizado por anestesiológista ou residente não envolvido na coleta de dados. A coleta e avaliação dos dados será feita por pesquisador que desconhece o grupo a que pertence a paciente.

Após o bloqueio peridural, deverão permanecer monitorizadas em decúbito lateral esquerdo com uso de apoio entre as pernas - bola suíça em formato de “feijão” - por 30 minutos. Decorrido esse tempo, as pacientes serão avaliadas segundo a escala de Bromage (9), e aquelas com Score de Bromage 0 deverão ser mantidas em sala cirúrgica e encorajadas a realizar atividades motoras orientadas e exercícios com a Bola Suíça, adequados para o seu estágio do trabalho de parto (ANEXO 2). Os exercícios serão ensinados a todas as pacientes em um vídeo explicativo e supervisionados por uma fisioterapeuta, ou uma enfermeira ou por um médico da equipe da obstetrícia sendo que o médico anestesiológista estará sempre presente.

Pacientes sem dilatação

total farão exercícios que visam abrir a pelve para favorecer o encaixe do bebê, e pacientes com dilatação total realizarão exercícios que favoreçam a descida do bebê. Para isso haverá uma bola suíça e uma barra de apoio à disposição da paciente, sendo que ela poderá estar amparada pelo seu acompanhante se assim desejar, como já é habitualmente praticado em nosso serviço. Como as atividades da fisioterapia se limitarão a exercício ativos que a paciente realizará sozinha ou com a bola, e serão aplicadas a todas as pacientes, não deverão se apresentar como fator de confusão em relação a analgesia obtida por cada um dos anestésicos locais estudados. As pacientes serão avaliadas a respeito de sua dor imediatamente antes da anestesia peridural, segundo a Escala Numérica Visual (ENV) da dor, e 30 minutos após a realização da analgesia. Será avaliada também a latência (início do alívio da dor) comparando os dois anestésicos locais. Serão consideradas analgesias satisfatórias aquelas que proporcionarem uma diminuição de 3 pontos na ENV, em relação ao observado antes da realização do bloqueio.

Após a paciente ser liberada do leito, não será mais questionada objetivamente sobre sua dor, porém se houver a queixa espontânea da paciente, será aplicada novamente a ENV. Caso o valor retorne ao nível inicial de dor (antes da realização do bloqueio), ou maior, será realizada nova administração do mesmo anestésico local, na mesma dose e concentração do início, e a paciente deverá retornar ao leito e ser monitorizada por mais 30 minutos. Isto poderá ser repetido quantas vezes for necessário. O objetivo principal deste estudo será avaliado até que a apresentação fetal atinja a dilatação total e o plano de DeLee +2.

Em caso de indicação de parto cesariana, uma dose de 300mg de lidocaína 2% com vasoconstritor com 2 mg de morfina será administrada pelo cateter peridural. Em caso da necessidade de se empregar Forceps, uma dose de 80 mg de lidocaína 2% com vasoconstritor será administrada pelo cateter peridural.

Todas as pacientes poderão receber analgésicos ao final do parto, tais como dipirona, cetoprofeno, hioscina ou tramadol, visando prevenir a dor pós-parto, bem como antieméticos como ondansetrona, dramin B6 e metoclopramida, se assim for necessário.

Ao final do parto, será contabilizada a dose total do anestésico local utilizado e registrado o APGAR do recém-nascido. Quando a paciente estiver com condições clínicas de receber alta na recuperação pós-anestésica, será questionada a respeito do seu nível de satisfação com o parto como um todo, através de uma escala numérica: 1-não satisfeita, 2-satisfeita, 3-muito satisfeita e 4-extremamente satisfeita (6).

Continuação do Parecer: 6.667.826

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os desfechos maternos e neonatais, em gestantes primíparas submetidas a bloqueio peridural com baixas doses de ropivacaína e mistura enantiomérica em excesso de 50% de bupivacaína associadas ao fentanil -periwalking- para analgesia de parto.

Específicos

Avaliar comparativamente a eficácia da associação de baixas doses de ropivacaína e mistura enantiomérica em excesso de 50% de bupivacaína associadas ao fentanil:

- na qualidade de analgesia e duração de analgesia;
- na latência;
- no grau de bloqueio motor;
- no grau de satisfação da parturiente com a experiência do parto vaginal;
- na taxa de partos instrumentais (fórceps) e cesariana;
- nas condições de vitalidade do recém-nascido e necessidade de reanimação neonatal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O bloqueio peridural constitui técnica rotineiramente empregada em anestesia obstétrica. O uso das diferentes associações empregadas neste estudo baseia-se em dados da literatura nacional e internacional, além de serem drogas já aprovadas para o emprego por via espinhal. Os riscos envolvidos são os mesmos provenientes de uma anestesia peridural, como punção inadvertida da dura-máter, hematoma, infecção, injeção intravascular com intoxicação por anestésico local, além do risco de queda, que será minimizado ao se avaliar a grau de comprometimento motor após a analgesia, antes de permitir que a paciente saia do leito. Há ainda a possibilidade de necessidade de conversão para um parto cesáreo de urgência, como em todo parto vaginal. Benefícios: Não há nenhum benefício direto para as pacientes que participarem do trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Equipe de pesquisa

FINALIDADE:

Dissertação de mestrado

Ana Paula Chibeni Fernandez

ORIENTADORA:

Vanessa Henriques Carvalho

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@unicamp.br

Continuação do Parecer: 6.667.826

Trata-se ensaio clínico, controlado, aleatorizado, duplo cego, Será realizado no Centro Obstétrico do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher (CAISM).

População a ser estudada

Serão estudadas pacientes com gestação a termo acima de 18 anos em trabalho de parto com dilatação maior ou igual a 6 cm, sem cesariana prévia, com capacidade para autorizar o termo de consentimento deste trabalho.

Garantias éticas às participantes da pesquisa

As pacientes serão convidadas a participar da pesquisa antes de entrarem em trabalho de parto, de modo a conseguirem sanar suas dúvidas a respeito de todos os procedimentos que envolvem este trabalho. Todas terão total liberdade para recusar a participação, sendo que não lhes será negada uma analgesia convencional caso esteja indicada pela equipe da obstetrícia e assim elas desejem. As pacientes serão identificadas apenas por suas iniciais neste estudo no banco de dados dos pesquisadores, de modo a prezar ao máximo pelos respectivos sigilo, privacidade e confidencialidade.

Tamanho da Amostra no Brasil: 76

Orçamento: R\$ 9.783,60 financiamento próprio.

Cronograma: coleta de dados 01/03/2024 31/12/2024.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1 - Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Foi apresentado o documento "Folha_rosto.pdf" devidamente preenchido, datado e assinado.
- 2 - Documento comprobatório de vínculo da pesquisadora responsável com a Unicamp: foi apresentado o documento "draVanessa.pdf".
- 3- "PARECER_CIRCUNSTANCIADO.pdf", do CAISM da Unicamp;
- 4 "identidade_funcionalAna.pdf".

Para a presente versão:

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br

Continuação do Parecer: 6.667.826

- TCLE_semgrifo.docx 08/02/202
- TCLE_comgrifo.docx
- PROJETO_comgrifos.doc 08/02/2024
- PROJETO_semgrifos.doc 08/02/2024

Recomendações:

O parágrafo "Se você não deseja participar..." sobre o procedimento de rotina no serviço não necessita de informações "Para isso, basta que o médico obstetra concorde que há a indicação, e que você não tenha nada que contra-indique uma anestesia para parto, como no caso de pacientes que estejam em uso de anticoagulantes como o "Xarelto", pois é critério de inclusão do estudo abordar participantes que já tenham essa indicação. O paragrafo ficaria mais claro e objetivo favorecendo a compreensão da leitura

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em considerações as pendências do parecer anterior pesquisadora submete o documento
CEP_modelo_resposta_parecer_pendencia_CEP_janeiro_2024assinado.docx 08/02/2024
onde comenta ter adequado as pendências mas não as apresenta.

- 1- adequa o termo participantes, benefícios e procedimentos.
- 2- atualiza critérios de inclusão.
- 3- informa no TCE que haverá coleta de dados de prontuário.
- 4- inclui no item procedimentos o tratamento rotina do serviço.

Todos os documentos foram atualizados e as informações estão nos textos acima.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 466, de 2012, e na Norma Operacional n.º 001, de 2013, do CNS, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).
- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br

Continuação do Parecer: 6.667.826

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.
- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, “cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento”.
- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br

Continuação do Parecer: 6.667.826

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2257107.pdf	08/02/2024 23:54:03		Aceito
Outros	CEP_modelo_resposta_parecer_pendencia_CEP_janeiro_2024_assinado.docx	08/02/2024 23:52:44	Ana Paula Chibeni Fernandez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_semgrifo.docx	08/02/2024 15:43:36	Ana Paula Chibeni Fernandez	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_semgrifos.doc	08/02/2024 15:41:45	Ana Paula Chibeni Fernandez	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_comgrifos.doc	08/02/2024 15:34:41	Ana Paula Chibeni Fernandez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_comgrifo.docx	08/02/2024 15:28:35	Ana Paula Chibeni Fernandez	Aceito
Outros	draVanessa.pdf	06/12/2023 18:59:41	Ana Paula Chibeni Fernandez	Aceito
Outros	identidade_funcionalAna.pdf	06/12/2023 18:59:11	Ana Paula Chibeni Fernandez	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	05/12/2023 11:02:18	Ana Paula Chibeni Fernandez	Aceito
Parecer Anterior	PARECER_CIRCUNSTANCIADO.pdf	05/12/2023 10:58:44	Ana Paula Chibeni Fernandez	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 23 de Fevereiro de 2024

Assinado por:
Maria Fernanda Ribeiro Bittar
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br