



English

[Glossário](#) [Contato](#)

Procurar...

[Casa](#)[Quem somos](#)[Informações Globais](#)[Eventos](#)[Recursos](#)[Ensaio Clínico](#)[Notícia](#)[Mídia](#)[InfoHub](#)[e-Atlas](#)

## Resumo dos destaques do câncer renal da ASCO 2024

[Casa](#) → [Notícia, Conferências científicas](#) → [Resumo dos destaques do câncer renal da ASCO 2024](#)

Compartilhe esta página: [f](#) [t](#) [in](#)

A Reunião Anual da American Society of Clinical Oncology (ASCO) deste ano foi realizada de 1 a 5 de junho de 2024, em Chicago, EUA. As apresentações estão disponíveis para visualização no [site da ASCO](#). Algumas afiliadas da International Kidney Cancer Coalition (IKCC) foram à reunião para se manterem atualizadas com os cuidados e tratamento de pacientes com câncer renal. Uma breve seção "Levar mensagens para casa" é seguida por uma revisão mais aprofundada dos resumos selecionados.

*Observação: O resumo a seguir foi preparado para o benefício de defensores de pacientes e organizações de pacientes em todo o mundo que se concentram no câncer renal. Embora este resumo tenha sido revisado clinicamente, as informações aqui contidas são baseadas em dados públicos compartilhados nesta reunião e não se destinam a ser exaustivas ou agir como aconselhamento médico. Os pacientes devem falar com seu médico sobre seus próprios cuidados e tratamento.*

Houve várias apresentações interessantes sobre biomarcadores para câncer renal na ASCO este ano. As apresentações analisaram biomarcadores de tumores e amostras de sangue colhidas de pacientes nos estudos CLEAR, KEYNOTE-426 e IMmotion101. Houve também uma apresentação sobre um biomarcador para a detecção precoce do câncer renal.

Em **resumo 4504**, nenhum dos biomarcadores avaliados mostrou-se preditivo de melhor resposta ao tratamento com pembrolizumabe associado ao lenvatinib. No entanto, a terapia combinada foi superior ao tratamento com sunitinib, independentemente da expressão de biomarcadores.

No **resumo 4505**, os pesquisadores descobriram que altos níveis de um biomarcador inflamatório no tumor, Tcell<sub>inf</sub>GEP, estavam associados a melhores resultados em pacientes tratados com pembrolizumabe e axitinibe. No entanto, independentemente do status do biomarcador, os pacientes se saíram melhor com pembrolizumabe associado a axitinibe quando comparados ao sunitinibe, e esse biomarcador não nos ajuda a escolher entre os esquemas. **Importância:** Os resultados desses ensaios ajudam os pesquisadores a identificar biomarcadores que poderiam prever melhores resultados e até mesmo ajudar nas decisões sobre tratamentos para cada paciente individual. No entanto, com base nesses resultados, a terapia combinada permanece superior ao sunitinibe, independentemente da expressão de biomarcadores, e mais trabalho precisa ser feito para refinar essas estratégias de biomarcadores.

No **resumo 4506**, os pesquisadores sugeriram que o KIM-1 elevado pode ser um biomarcador para identificar pacientes com maior risco de recorrência de câncer renal e para selecionar pacientes que se beneficiarão do tratamento adjuvante com atezolizumabe. **Importância:** o objetivo da terapia adjuvante é prevenir a recidiva da doença; no entanto, alguns pacientes serão curados apenas com cirurgia. Biomarcadores, como o KIM-1, podem auxiliar na identificação de pacientes com maior risco de recorrência e se beneficiarão de tratamento adicional.

Em **resumo 4526**, CA-62 provou ser um biomarcador útil para a detecção precoce de câncer renal. No entanto, por não ser um biomarcador específico para o câncer renal, o uso de outros biomarcadores, além do CA-62, poderia se tornar uma estratégia para o rastreamento do câncer renal.

Em **resumo 4532**, uma forma injetável de nivolumab (nivolumab subcutâneo) foi comparada com nivolumab que é administrado por infusão em uma veia (nivolumab intravenoso). O nivolumab subcutâneo mostrou-se tão bom quanto o nivolumab intravenoso. A segurança do nivolumab subcutâneo foi comparável à do nivolumab intravenoso; Os efeitos colaterais relacionados à imunidade foram controláveis, e os pacientes relataram mínimo incômodo com os efeitos colaterais do tratamento. **Importância:** Esses resultados apoiam o uso de nivolumab subcutâneo como uma opção para melhorar a experiência do paciente e é preferido pelos pacientes.

Em **resumo 4508**, foram apresentados dados de sobrevida a longo prazo para a combinação avelumab mais axitinib em comparação com sunitinib em doentes não tratados com cancro renal avançado. A combinação avelumab mais axitinib não melhorou significativamente a sobrevida global. **Importância:** Esses resultados confirmam a abordagem de combinar TKIs com imunoterapia para o tratamento do câncer renal avançado com eficácia a longo prazo e efeitos colaterais gerenciáveis.

Em **resumo 4512**, a análise mostrou que as terapias combinadas melhoraram os desfechos clínicos para pacientes com CCR cromóforo metastático em comparação com terapias únicas. **Importância:** Os pesquisadores estão continuando este trabalho e colaborando com outros centros para aumentar o número de pacientes com CCR cromóforo metastático neste estudo para coletar mais dados e comparar os resultados com outros tratamentos.

Em **TPS4611 abstrato**, um novo TKI VEGFR chamado zanzalintinib mostrou-se seguro e eficaz em pacientes com CCR metastático de células claras em um estudo de fase 1. Este resumo descreve um estudo global randomizado de fase 3 de zanzalintinibe associado a nivolumabe em pacientes com CCR de células não claras avançado/metastático. **Importância:** O estudo STELLAR-304 está atualmente recrutando pacientes na Europa, América do Norte e do Sul e na região Ásia-Pacífico.

**Resumo TPS610** descreve um estudo com um novo tratamento para câncer renal metastático não tratado,  $^{177}\text{Lu}$  girentuximabe. Girentuximabe é um anticorpo que é usado para entregar lutécio radioativo ( $^{177}\text{Lu}$ ) diretamente para as células cancerosas. Uma vez na célula, a radiação leva a danos no DNA e morte celular. Este estudo espera mostrar que os danos no DNA das células tumorais causados pelo girentuximabe  $^{177}\text{Lu}$  ativarão as células T do sistema imunológico para atacar as células cancerosas. **Importância:** O estudo está prestes a começar a recrutar pacientes no MD Anderson Cancer Centre, Houston, Texas, EUA.

## Resumos

### Biomarcadores potenciais para câncer renal avançado

Um biomarcador é algo que pode ser medido no sangue, urina ou tecido do corpo para indicar um estado biológico, doença ou condição. No câncer, um biomarcador pode ser uma proteína circulante no sangue, uma proteína expressa na célula tumoral ou uma mutação genética. Os biomarcadores têm múltiplas funções, podem ajudar a diagnosticar a doença, prever sua resposta à terapia e fornecer informações sobre o prognóstico de um paciente. Atualmente, a previsão de desfechos para pacientes com câncer renal é baseada no estágio, grau, subtipo e saúde geral do paciente. Biomarcadores confiáveis para prever a resposta de pacientes individuais a tratamentos de câncer renal e os resultados da doença são uma necessidade não atendida. A identificação do biomarcador pode ajudar os médicos a personalizar o tratamento para pacientes individuais para maximizar os benefícios e melhorar os resultados.

Houve várias apresentações interessantes sobre biomarcadores para câncer renal na ASCO este ano. Duas das principais apresentações tiveram como objetivo encontrar um biomarcador que pudesse prever a resposta à terapia em câncer renal avançado ou metastático (ensaios CLEAR, KEYNOTE-426). Outro estudo, IMmotion101, focou em encontrar biomarcadores que predizem a recorrência da doença em pacientes que se submeteram a uma cirurgia curativa para seu câncer renal. Finalmente, em outro ensaio (resumo 4526) os pesquisadores estão tentando identificar um biomarcador que poderia ajudar na detecção precoce do câncer renal.

No **estudo CLEAR** ([resumo 4504](#)), os pesquisadores estavam procurando biomarcadores em amostras de tumor retiradas de pacientes com câncer renal avançado que receberam tratamento com a combinação de pembrolizumabe mais lenvatinibe ou sunitinibe no cenário de primeira linha. Eles analisaram vários biomarcadores, incluindo proteínas encontradas na camada externa da célula (PD-L1) e nos genes das células tumorais, especialmente genes que participam do crescimento do câncer, no desenvolvimento de novos vasos sanguíneos (angiogênese) e aqueles que participam da disseminação do tumor além do rim. Além disso, cinco genes foram estudados (*VHL*, *PBRM1*, *ESTD2*, *BAP1* e *KDM5C*). Para todos esses biomarcadores, os pacientes tratados com lenvatinibe mais pembrolizumabe mostraram um tempo maior até quando o tratamento parou de funcionar e o câncer começou a crescer novamente (melhor sobrevida livre de progressão). Em geral, nenhum desses biomarcadores foi útil para prever uma melhor resposta com a terapia combinada e, independentemente de qual biomarcador foi analisado, todos os pacientes apresentaram maior sobrevida livre de progressão se tratados com a combinação de lenvatinibe mais pembrolizumabe.

No **estudo KEYNOTE-426** ([resumo 4505](#)), os pesquisadores procuraram biomarcadores de resposta ao tratamento com pembrolizumabe mais axitinibe ou sunitinibe em amostras de tumor retiradas de pacientes com câncer renal avançado não tratado anteriormente. Eles procuraram biomarcadores chamados assinatura gênica inflamada por células T (Tcell<sub>inf</sub>GEP), assinatura gênica da angiogênese (RNAseq,) e PD-L1. Eles encontraram uma forte relação entre Tcell<sub>inf</sub>GEP, um marcador que está associado a um estado de tumor inflamado, e os resultados dos pacientes em pacientes que receberam tratamento com pembrolizumabe e axitinibe; aqueles com níveis elevados de linfócitos T<sub>inf</sub>GEP apresentaram melhores taxas de resposta, sobrevida livre de progressão e sobrevida global do que aqueles com níveis baixos. Por outro lado, em pacientes que receberam sunitinibe, a assinatura do gene da angiogênese foi associada a uma melhor taxa de resposta, sobrevida livre de progressão e sobrevida global. É importante ressaltar que, independentemente da expressão da assinatura gênica, os pacientes que receberam axitinibe e pembrolizumabe mostraram melhores resultados do que aqueles que receberam sunitinibe, portanto, no final, esses biomarcadores não nos ajudam a escolher entre esses esquemas.

### **Biomarcadores potenciais para câncer renal em estágio inicial**

O **estudo IMmotion101** ([resumo 4506](#)) é um ensaio que analisou a eficácia do atezolizumabe com a intenção de reduzir o risco de câncer renal voltar após uma nefrectomia. O estudo não reduziu o risco de o câncer voltar. Nesta análise posterior, os pesquisadores estavam procurando um biomarcador que pudesse identificar os pacientes com maior risco de recorrência e ajudá-los a prever quais pacientes poderiam se beneficiar do atezolizumabe. Eles identificaram uma proteína chamada molécula-1 de lesão renal (KIM-1) como um potencial biomarcador. Nos resultados, eles notaram que os pacientes que tinham níveis sanguíneos elevados da proteína após a nefrectomia tinham maior risco de recorrência. Além disso, pacientes com níveis basais mais elevados de KIM-1 demonstraram benefício com o adjuvante atezolizumabe, com maior sobrevida livre de progressão quando comparados ao placebo. Os pesquisadores concluíram que o KIM-1 pode ser um biomarcador para a recorrência do câncer renal e pode ajudar na seleção de pacientes que se beneficiarão de terapia

Embora o câncer renal seja o décimo quarto câncer mais comum em todo o mundo, e a incidência de câncer renal esteja aumentando, ainda há uma necessidade não atendida de um biomarcador eficaz para a detecção precoce da doença. Este estudo ([resumo 4526](#)) relata a N-glicoproteína transmembrana específica para carcinoma ou CA-62, um potencial biomarcador para a detecção de câncer renal em estágio inicial. O CA-62 apresentou alta sensibilidade (94,3%) para a detecção de câncer renal em estágio inicial. No entanto, como o CA-62 não é específico para câncer renal, uma combinação de CA-62 mais outros biomarcadores, como a glicoproteína transmembrana (CD-105) e várias proteínas do fator de crescimento, poderia se tornar uma estratégia útil para o rastreamento do câncer renal.

### **Uma nova forma injetável de nivolumab**

Nivolumab, uma terapia imunostimulante, melhora os resultados para pessoas com muitos tipos diferentes de câncer. Nivolumab é administrado como uma perfusão intravenosa através de uma veia no braço durante 30 a 60 minutos a cada 2-4 semanas. Os pacientes precisam visitar um hospital ou clínica para fazer sua infusão. Isto afecta a sua qualidade de vida, bem como as suas finanças, uma vez que os doentes podem ter de se ausentar do trabalho, viajar longas distâncias para centros oncológicos regionais, organizar cuidados infantis ou ter um parceiro que viaje consigo para tratamento. Uma forma de imunoterapia que pode ser injetada em uma clínica local poderia reduzir esses encargos para o paciente e sua família.

O **estudo CheckMate-67T** ([resumo 4532](#)) analisou uma forma de nivolumab que pode ser injetada sob a pele (nivolumab subcutâneo) e comparou-a com o nivolumab que é administrado por via intravenosa em pacientes com câncer renal avançado que progrediram para um ou mais tratamentos anteriores. Os pesquisadores descobriram que o nivolumab subcutâneo foi tão eficaz quanto o nivolumab intravenoso, mas com um tempo de injeção muito menor (menos de 5 minutos). A segurança do nivolumab subcutâneo foi comparada com a do nivolumab intravenoso através da monitorização e gestão dos eventos adversos. Os desfechos relatados pelos pacientes também foram avaliados.

Os efeitos colaterais do nivolumab subcutâneo foram iguais ou menores que o intravenoso, e a maioria desses eventos foi leve e controlável. A proporção de doentes com reações locais no local da injeção foi ligeiramente superior com a injeção subcutânea (8 em 100 doentes) em comparação com a perfusão intravenosa (2 em 100 doentes). Todos eram leves-moderados e não necessitaram de tratamento. A maioria dos pacientes em ambos os grupos de tratamento relatou um mínimo incômodo com os efeitos colaterais do tratamento.

Com esses resultados, os pesquisadores concluíram que o uso de nivolumab subcutâneo é seguro, com eventos adversos comparáveis ao nivolumab intravenoso, com o lado positivo de melhorar a experiência do paciente durante o tratamento.

### **Atualizações sobre a eficácia do tratamento combinado para câncer renal avançado/metastático**

O cancro renal avançado/metastático é frequentemente tratado com uma combinação de

do receptor do fator de crescimento endotelial vascular (VEGFR) (axitinibe, lenvatinibe ou cabozantinibe).

As terapias combinadas são o padrão de tratamento para o câncer renal avançado. No entanto, a questão permanece; Todas as terapias combinadas são eficazes para o tratamento do câncer renal avançado?

No **estudo de fase 3 JAVELIN Renal 101** ([resumo 4508](#)), o tratamento com uma combinação de avelumab mais axitinib foi comparado com sunitinib como primeiro tratamento para pessoas com cancro renal avançado. O estudo já mostrou que avelumab mais axitinib aumenta significativamente o tempo até quando o tratamento para de funcionar e o câncer começa a crescer novamente (sobrevida livre de progressão) em comparação com sunitinibe, bem como uma melhor resposta ao tratamento e efeitos colaterais toleráveis. Os resultados finais de sobrevida global foram apresentados na ASCO 2024.

Havia cerca de 900 pacientes neste estudo. Os pacientes foram acompanhados por uma média de pouco mais de 7 anos. Após esse tempo, os pesquisadores descobriram que o tempo médio de sobrevida foi de 3 anos e 9 meses com a terapia combinada, em comparação com 3 anos e 3 meses com sunitinibe. Essa diferença de 6 meses não alcançou significância estatística de acordo com o desenho do estudo.

A falta de benefício de sobrevida global questiona se os inibidores de PD-L1, como o avelumab, não são tão eficazes quanto os inibidores de PD-1, como o pembrolizumabe para o câncer renal.

### **Melhorar o tratamento dos subtipos raros de cancro renal**

O câncer renal de células não claras compreende cerca de 20-25% de todos os diagnósticos de câncer renal e inclui subtipos como papilífero, cromóforo, translocação e carcinoma de células renais não classificado. O câncer renal de células não claras geralmente tem pior sobrevida do que o câncer de rim de células claras. A identificação de um tratamento eficaz para o câncer renal avançado de células não claras continua sendo uma necessidade não atendida.

O carcinoma de células renais cromóforo (CCRch) representa cerca de 5-10% de todo o câncer renal. Por se tratar de um câncer raro, há informações limitadas para orientar as opções de tratamento do CCR cromóforo metastático. Ensaios clínicos de fase 2 mostraram que os TKIs VEGFR, como sunitinibe e pazopanibe, e os inibidores da mTOR, como o everolimo, têm eficácia semelhante para CCR cromóforo em comparação com o câncer renal de células claras mais comum. No entanto, a imunoterapia parece ser menos eficaz para CCR cromóforo. Estudos maiores são necessários para confirmar esse achado.

Um **estudo retrospectivo** ([resumo 4512](#)) analisou informações sobre o tratamento na linha de frente de 99 pacientes com CCR cromóforo metastático de três centros. Os pacientes foram categorizados em quatro grupos de tratamento: 1) imunoterapia mais TKI (por exemplo, lenvatinibe mais pembrolizumabe) 2) imunoterapia (isolada ou uma combinação de imunoterapias, por exemplo,

Essa análise mostrou melhores desfechos clínicos para pacientes com CCR cromóforo metastático com terapias combinadas em comparação com terapias únicas. Os pacientes em terapias combinadas tiveram um tempo maior para a falha do tratamento e uma sobrevida global mais longa em comparação com terapias únicas. Os pesquisadores estão continuando com este trabalho e colaborando com outros centros para aumentar o número de pacientes com CCR cromóforo metastático neste estudo e coletar mais dados para comparar os resultados com outros tratamentos.

Um tratamento eficaz para o câncer renal de células não claras continua sendo uma necessidade clínica não atendida. Há poucos estudos randomizados e controlados para pacientes com câncer renal de células não claras, e novas opções de tratamento são necessárias. Os tratamentos atuais incluem sunitinibe, um comprimido VEGFR TKI. Até o momento, nenhum tratamento mostrou uma melhora significativa nos tempos de sobrevida global em comparação com o sunitinibe em qualquer subtipo de câncer renal de células não claras. As imunoterapias isoladas mostraram apenas pequenas melhorias na resposta ao tratamento, mas as combinações de imunoterapias mais TKIs VEGFR têm sido mais promissoras em estudos de fase 2.

Zanzalintinib é um novo VEGFR TKI que tem como alvo vários receptores de proteína nas células cancerosas que estão envolvidos no crescimento de um novo suprimento de sangue para o tumor (angiogênese), a disseminação do câncer (metástase) e supressão do sistema imunológico. O zanzalintinib demonstrou atividade anticancerígena e estimulação do sistema imunitário em animais quando utilizado isoladamente ou em associação com imunoterapia.

No **estudo STELLAR-001** de fase 1, o zanzalintinib mostrou uma atividade anticancerígena promissora, reduzindo o tamanho do tumor em quase 4 em cada 10 doentes e controlando o crescimento do tumor em quase 9 em cada 10 doentes previamente tratados com cancro renal de células claras avançado. Zanzalintinib também teve efeitos colaterais gerenciáveis.

**STELLAR-304** ([resumo TPS4611](#)) é um estudo global randomizado de fase 3 que procura inscrever pacientes com câncer renal papilar, não classificado ou translocado (incluindo câncer renal sarcomatoide). Pacientes com subtipos cromofóbico, carcinoma medular renal ou ducto coletor são excluídos do estudo. Os doentes não devem ser tratados para cancro renal de células não claras avançado/metastático, mas é permitido um tratamento adjuvante (incluindo imunoterapia, mas excluindo sunitinib). Os doentes são aleatorizados 2:1 para serem tratados com zanzalintinib associado a nivolumab ou sunitinib em monoterapia. Os desfechos primários do estudo são o momento em que o tratamento para de funcionar e o câncer começa a crescer novamente (sobrevida livre de progressão) e a resposta ao tratamento. O desfecho secundário é o tempo de sobrevida global. Os efeitos colaterais também serão avaliados.

O **STELLAR-304** está atualmente recrutando pacientes na Europa, América do Norte e do Sul e na região Ásia-Pacífico.

### **Novos tratamentos potenciais para câncer renal avançado**

Até agora, o melhor tratamento de primeira linha para pacientes com câncer renal avançado é uma

combinadas, os resultados de pacientes com câncer renal avançado melhoraram significativamente. Além disso, há uma porcentagem de pacientes que alcançam uma resposta completa, o que significa que em alguns pacientes há uma retração completa de todas as metástases. No caso do nivolumab associado ao cabozantinib, cerca de 9% dos doentes obtêm uma resposta completa. Outras terapias estão sendo analisadas para ver se uma porcentagem maior de pacientes poderia alcançar uma resposta completa do tumor.

Durante uma sessão sobre ensaios clínicos em andamento, o Dr. Jonasch discutiu o design de [um ensaio de fase 1b/2 que analisa uma combinação de um novo tratamento chamado <sup>177</sup>Lu girentuximabe](#) em combinação com cabozantinibe e nivolumabe em pacientes com câncer renal avançado não tratados anteriormente ([resumo TPS610](#)).

Estudos têm demonstrado que o tratamento radioterápico melhora a ação da imunoterapia. No entanto, nem sempre é possível tratar todas as metástases com radiação.

Girentuximabe é um anticorpo que se liga a uma enzima chamada anidrase carbônica IX (CAIX). Esta enzima é encontrada na maioria das células de câncer renal de células claras. <sup>177</sup>Lu girentuximab é um produto feito a partir da combinação de uma molécula radioativa chamada lutécio (Lu 177) com girentuximabe. Quando administrado a humanos, o <sup>177</sup>Lu girentuximab liga-se à anidrase carbônica IX em tumores de cancro renal e entrega o lutécio radioactivo directamente às células cancerosas. Uma vez na célula, a radiação leva a danos no DNA e morte celular. <sup>177</sup>Lu girentuximab foi testado no cancro renal de células claras metastático e demonstrou ser seguro e eficaz na estabilização da doença em 57% dos doentes.

Este estudo espera mostrar que os danos no DNA das células tumorais causados pelo girentuximabe <sup>177</sup>Lu ativarão as células T do sistema imunológico para atacar as células cancerosas. Isso poderia ajudar a tornar o efeito da imunoterapia mais forte e aumentar a resposta completa ao tratamento. O estudo visa recrutar até 100 pacientes com câncer renal metastático não tratado para analisar a segurança e a resposta completa a uma combinação de <sup>177</sup>Lu girentuximabe mais nivolumabe e cabozantinibe. <sup>177</sup>Lu-girentuximab será administrado a cada 12 semanas por até 3 ciclos. E nivolumab mais cabozantinib será adicionado na semana 5.

Os pacientes terão exames de PET e biópsias ao longo do estudo para analisar os efeitos do tratamento nas células T e no sistema imunológico. Os pesquisadores também analisarão a resposta dos pacientes ao tratamento, o tempo até quando o tratamento para de funcionar e o câncer começa a crescer novamente, a duração da resposta ao tratamento, o benefício para os pacientes e o tempo de sobrevivência global. O estudo está prestes a começar a recrutar pacientes no MD Anderson Cancer Centre, Houston, Texas, EUA.

### **Agradecimentos:**

**Editores:** Dra. María T Bourlon (MX) e Dra. Paola Valdez-Sandoval (MX)

**Revisores Médicos:** Dr. Eric Jonasch (EUA) e Prof. Axel Bex (UK/NL)

## Artigos Relacionados



### Atualização da Liderança da Coalizão Internacional de Câncer Renal

22 de fevereiro de 2024 | 0 Comentários

### Resumo dos destaques do câncer r ASCO GU 2024

05 de fevereiro de 2024 | 0 Comentários

## Junte-se à nossa lista de e-mails

No boletim destacamos notícias sobre diagnóstico e tratamento do câncer renal, além de outras discussões relevantes.

Inscrição  
→

✉ [info@ikcc.org](mailto:info@ikcc.org) +44 (0) 7973 777 2026

Fundação, registrada na Holanda em:  
Stichting International Kidney Cancer Coalition  
Computerweg 22, 3542 DR Utrecht, Holanda  
Iniciado em setembro de 2009, Registrado em  
dezembro de 2014 | Registrado No KvK  
62070665

### Política de Privacidade Jurídica &

As pesquisas on-line são alimentadas pelo

Este site usa cookies e serviços de terceiros para fornecer um melhor serviço. Por favor, confirme que você está bem com isso.

ACEITO

### Organizações Parceiras



