

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TOCGINECOLOGIA

8

DISPLASIA DO COLO UTERINO

AUTORES: *LUIZ PAULO DE SOUZA

*SIMONE BEATRIZ STOPASSOLLI

ORIENTADORA: ‡DRª LILIA ROSA MARQUES

*Doutorandos da 11ª fase do curso de graduação em medicina

‡Professora do departamento de Tocoginecologia da UFSC.

ERRATA

- Pág. 7, 2º parágrafo, 1º linha:

Leia-se: Como exame diagnóstico ..., ao invés de Com exame diagnóstico...

- Pág. 8, 1º parágrafo, 6º linha:

Leia-se: ...distinguindo dois grandes grupos..., ao invés de distinguindo dos grandes grupos...

- Pág. 10, Tabelas- 1 e 2: Acrescente-se os sinais < 20 e ≥ 60 .

-Pág. 11, Tabela 3: Acrescente-se os sinais < 16 e ≥ 31 .

- Pág. 15, 3º parágrafo, 7º linha:

Leia-se ... e um caso de câncer..., ao invés de ...e em caso de câncer...

- Pág. 15, 4º parágrafo, 5º linha:

Leia-se: ... padrão sócio-econômico de vida... ao invés de ... padrão sócio-econômico de valor....

- Pág. 16, 1º parágrafo, 3º linha:

Leia-se:...37,5% das pacientes tiveram quatro gestações ou mais e 25% tiveram quatro partos ou mais, resultados... ao invés de ... 37,5% das pacientes tiveram quatro partos ou mais, resultados....

- Pág. 16, 3º parágrafo, 1º linha:

Leia-se: (TAB. VI) ao invés de (TAB.V).

- Pág. 16, 4º parágrafo, 7º linha:

Leia-se: ...em 2 casos de carcinoma "in situ", 2 casos de displasia accentuada e 1 caso de displasia... ao invés de ...em 2 casos de carcinoma "in situ", e 1 caso de displasia....

AGRADECIMENTOS:

A Dr^a Lilia Rosa Marques, pela atenção dispensada durante a realização deste trabalho.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS;.....	2
ÍNDICE	3
ABSTRACT	4
RESUMO	5
INTRODUÇÃO	5
MATERIAL E MÉTODOS	9
RESULTADOS	10
DISCUSSÃO	15
CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

ABSTRACT

The authors studied 32 cases of uterine cervix's displasia notified at the Gynecology Cancer Preventive Service of Pronto Atendimento Médico (PAM), Florianópolis, during the period of March 1988 to February 1992.

Citology results and its correlations were analysed, as well as the age of sexual activity offspring, gestations and parity, infections agents, colposcopy and histopathology.

RESUMO

Os autores analisaram 32 casos de displasia de colo uterino registrados no Serviço de Prevenção do Câncer Ginecológico do Pronto Atendimento Médico (PAM) do Centro de Florianópolis, de março de 1988 à fevereiro de 1992.

Foram observados: resultados citológicos correlacionando-os, além de início de atividade sexual, gestação e paridade, agentes infecciosos, colposcopia e histopatologia.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo uterino é uma das raras doenças malignas que obtém uma cura de 100% quando precocemente diagnosticado. No Brasil esta afecção é responsável por 15% dos óbitos de câncer das mulheres acima de 15 anos. Isto demonstra sua importância e posicionamento, que extrapola seu estudo da área médica para a da saúde pública (1,2,6).

A alta incidência desta patologia faz com que devamos ter uma atuação firme e efetiva na área de prevenção e detecção precoce do câncer de colo uterino, principalmente à nível de saúde pública, pela frequência com que participa do obituário de mulheres em fases da vida em que sua importância, não só na arquitetura familiar como mãe e esposa, mas também, no seu papel de mulher atuante e trabalhadora, é fundamental (1,2,3,6,16).

Para tanto, dispomos de três métodos básicos: colpocitologia, colposcopia e biópsia com estudo histológico.

A colpocitologia é usada como método de prevenção e detecção de lesões pré-cancerosas e pré-invasivas desde a década de 30/40, sendo bastante eficiente, possibilitando o diagnóstico precoce das alterações cervicais, e diminuindo substancialmente a incidência e mortalidade por câncer cervical invasivo. Por seu baixo custo, facilidade de aplicação e reaplicação, ausência de morbidade pela coleta e tecnologia não muito elaborada, é o teste mais usado mundialmente para o rastreamento das pacientes com vistas à prevenção e diagnóstico do câncer do colo uterino. Sua sensibilidade é boa (taxa de falso-negativa entre 13% e 1%) e vai aumentando à medida que a paciente é reexaminada. É também bastante específica, pois sua taxa de falso-positivo é em torno de 1%. Razões pelas quais tem sido aceito como rotina no controle de saúde de mulheres adultas (1,2,6).

A colposcopia é método de rastreamento eficaz das formas precursoras e pré-clínicas. Seu alto custo a tem tornado impraticável como método de detecção em massa. Possui sensibilidade elevada, semelhante a da colpocitologia (falso-negativa entre 25% à 8%). Ela tem

um papel bem definido na patologia do colo uterino, não é mais um exame de rotina feito em alguns minutos. É um exame seletivo reservado somente às doentes que dele têm necessidade e efetuado nas condições a dár-lhes o máximo de confiabilidade (4,5,11).

Ponto importante a ser salientado é que a associação colpocitologia-colposcopia faz diminuir grandemente os índices de falsos-negativos (2,5 à 1%). Porém, o grande valor atual da colposcopia não está no rastreamento, mas sim no seu uso como método diagnóstico. É de uso mandatório nos casos com colpocitologia alterada onde define, na maioria dos casos, o local preferencial para a biópsia (2).

Com exame diagnóstico de certeza de neoplasia maligna usa-se a biópsia dirigida. É estabelecido à partir do resultado do exame histopatológico de uma amostra de tecido obtida através da biópsia da área suspeita, identificada através da colposcopia. Na falta desta, a orientação para a biópsia deve ser através do teste de Schiller. A antiga conduta "biópsia nos quatro quadrantes" deve ser abolida, pelo alto índice de falhas, com excesso de traumatismo cervical (1,2,3,6).

Embora exista tecnologia simples e de baixo custo para a prevenção e diagnóstico de estadios precoces do câncer cervico-uterino, capaz de ser incorporada à todos os serviços de saúde, sua utilização sistemática ainda é reduzida e, atualmente, atinge apenas uma pequena parcela da população feminina. A O.M.S. estabelece que, para obtenção de impacto epidemiológico na frequência e distribuição do câncer do colo uterino, é necessário uma cobertura de 85% da população feminina(6).

Somente com ações preventivas é possível alcançar de forma efetiva, e com baixo custo, o controle desta doença. O exame colpocitológico periódico do conteúdo cêrvico-vaginal, realizado na fase assintomática, permite o diagnóstico precoce, principalmente de displasias, consideradas lesões precursoras (6).

- Nomenclaturas e Classificações

Papanicolaou na década de 30 propôs a seguinte classificação para o exame colpocitológico:

- CLASSE I : ausência de células atípicas ou anormais;
- CLASSE II : citologia atípica, porém sem evidência de malignização (células inflamatórias);
- CLASSE III: citologia sugestiva, porém não conclusiva de malignização;
- CLASSE IV : citologia fortemente sugestiva de malignização;
- CLASSE V : citologia conclusiva de malignização (células malignas em grande número).

À partir desta, surgiram outras classificações como a de Virgínia Lerch, que sub-dividiu a classe III de Papanicolaou em A, B e C. (III- Provável Displasia leve, IIIA-Provável Displasia Moderada, IIIB- Provável Displasia Grave, IIIC- Provável Transição de displasia para carcinoma "em situ "). Em 1952, a Organização Mundial da Saúde (OMS) , introduziu nova nomenclatura, distinguindo dos grandes grupos de lesões: as displasias (leve, moderada e acentuada) e o carcinoma ("in situ", microinvasivo e invasivo), com o intuito de uniformizar os termos citológicos com a histopatologia. Em 1968, Richart apresentou nova classificação utilizando o termo neoplasia intraepitelial cervical(NIC) que dividiu em graus: I, II e III, suprimindo o termo Ca "in situ" . Em 1988, surgiu a classificação de Bethesda, que utiliza os termos lesão escamosa de baixo grau (correspondente à displasia leve) e de alto grau (correspondente às displasias moderada e acentuada e ao carcinoma "in situ") e, descreve com detalhes as lesões de H.P.V., associadas ou não à estas atipias (10,18).

MATERIAL E MÉTODOS

Para a realização deste trabalho, procuramos o Serviço de Prevenção do Câncer Ginecológico do PAM - INAMPS, em Florianópolis, Santa Catarina, selecionando todos os prontuários das pacientes que possuíam exame colpocitológico com classificação de Papanicolaou classe III ou mais. Destes, num total de 44, apenas 32 apresentavam exame histopatológico. As 12 pacientes restantes, não utilizadas na pesquisa, tratavam-se de pacientes que não haviam, ainda, retornado para a biópsia, ou pacientes com classe III e infecção, que normalizaram o exame após tratamento clínico.

Neste serviço de atendimento, a coleta de material para o exame colpocitológico é realizado pelo método tríplice, sendo o material do fôrnix vaginal e ectocérvice colhidos por espátula de Ayre, e o material de endocérvice por escova citológica. O esfregaço assim obtido é fixado e encaminhado ao laboratório credenciado pela Previdência. Ao retorno, as pacientes são informadas do resultado, e aquelas com alterações citológicas (classe III ou mais) são encaminhadas à colposcopia, para avaliação e biópsia, conforme o caso.

No nosso trabalho, utilizamos as classificações de Papanicolaou modificada (na colpocitologia) e da O.M.S. (na histopatologia), por apresentarem uniformidade em todos os laudos, ainda que em grande parte destes, outras classificações também foram usadas.

Em nossa pesquisa, analisamos estas pacientes segundo exame colpocitológico, exame histopatológico, início da atividade sexual, gestação e paridade, agentes infecciosos específicos, inter-relação entre histopatologia e colpocitologia, e, colposcopia e colpocitologia.

RESULTADOS

TABELA 1: Resultados dos exames colpocitológicos segundo a faixa etária

FAIXA ETÁRIA	COLPOCITOLOGIA											
	IIIa		IIIb		IIIc		IV		V		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20	1	3,12									1	3,12
20 - 30	5	15,62	4	12,50							9	28,12
30 - 40	1	3,12	4	12,50			2	6,25			7	21,87
40 - 50	1	3,12	4	12,50	2	6,25			2	6,25	9	28,12
50 - 60	3	9,37	1	3,12							4	12,50
60									1	3,12	1	3,12
Ñ CONSTA					1	3,12					1	3,12
TOTAL	11	34,37	13	40,62	3	9,37	2	6,25	3	9,37	32	100,00

FONTE: SERVIÇO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO,
PAM - INAMPS - FLORIANÓPOLIS - S.C. (1988 - 1992).

TABELA 2: Resultados dos exames histopatológicos segundo a faixa etária

FAIXA ETÁRIA	HISTOPATOLOGIA													
	D.L.		D.M.		D.A.		C.I.S.		C.M.		C.I.		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20	1	3,12											1	3,12
20 - 30	3	9,37	4	12,50			2	6,25					9	28,12
30 - 40	1	3,12	3	9,37			2	6,25			1	3,12	7	21,87
40 - 50			1	3,12	2	6,25	5	15,62	1	3,12			9	28,12
50 - 60	3	9,37			1	3,12							4	12,50
60							1	3,12					1	3,12
Ñ CONSTA							1	3,12					1	3,12
TOTAL	8	25,0	8	25,0	3	9,37	11	34,37	1	3,12	1	3,12	32	100,0

FONTE: SERVIÇO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO,
PAM - INAMPS - FLORIANÓPOLIS - S.C. (1988 - 1992).

- LEGENDA: D.L. = DISPLASIA LEVE
D.M. = DISPLASIA MODERADA
D.A. = DISPLASIA ACENTUADA
C.I.S. = CARCINOMA "IN SITU"
C.M. = CARCINOMA MICRO-INVASOR
C.I. = CARCINOMA INVASOR

TABELA 3: Início da atividade sexual segundo a faixa etária

FAIXA ETÁRIA	Nº	%
16	3	9,37
16 - 21	16	50,00
21 - 26	6	18,75
26 - 31	3	9,37
31	0	0,00
Ñ CONSTA	4	12,50
TOTAL	32	100,00

FONTE: SERVIÇO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO.
PAM - INAMPS - FLORIANÓPOLIS (1988 - 1992).

TABELA 4: Gestações e paridade das pacientes analisadas

QUANTIDADE	GESTAÇÕES		PARIDADE	
	Nº	%	Nº	%
0	3	9,37	4	12,50
1	7	21,87	6	18,75
2	6	18,75	7	21,87
3	2	6,25	5	15,62
4 ou +	12	37,50	8	25,00
Ñ CONSTA	2	6,25	2	6,25
TOTAL	32	100,00	32	100,00

FONTE: SERVIÇO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO.
PAM - INAMPS - FLORIANÓPOLIS (1988 - 1992).

TABELA 6: Resultados dos exames histopatológicos segundo a colpocitologia

CLASSE	HISTOPATOLOGIA													
	D.L.		D.M.		D.A.		C.I.S.		C.M.		C.I.		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
III _A	8	25,0	1	3,12			2	6,25					11	34,37
III _B			7	21,87	2	6,25	3	9,37			1	3,12	13	40,62
III _C					1	3,12	2	6,25					3	9,37
IV							2	6,25					2	6,25
V							2	6,25	1	3,12			3	9,37
TOTAL	8	25,0	8	25,0	3	9,37	11	34,37	1	3,12	1	3,12	32	100,0

FONTE: SERVIÇO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO.
PAM - INAMPS - FLORIANÓPOLIS - SC (1988 - 1992).

- LEGENDA: D.L. = DISPLASIA LEVE
D.M. = DISPLASIA MODERADA
D.A. = DISPLASIA ACENTUADA
C.I.S. = CARCINOMA "IN SITU"
C.M. = CARCINOMA MICRO-INVASOR
C.I. = CARCINOMA INVASOR

DISCUSSÃO

O câncer do colo uterino pode ocorrer em qualquer idade, da segunda década até a senilidade (13).

Em 50% dos casos (16 casos) a suspeita de lesão pré-invasiva ocorreu na faixa etária de 20 a 39 anos, enquanto que 9,37% das suspeitas de câncer invasor (3 casos) ocorreram na faixa acima de 40 anos (TAB.I). A idade média das pacientes foi de 37,1 anos, o que concorda com o restante da realidade nacional, já que na distribuição das localizações do câncer primário do Brasil, o câncer do colo uterino atinge o primeiro lugar com 39,3% na faixa de 15 a 44 anos de idade (2). Das 32 pacientes com diagnóstico colpocitológico de malignidade pré-clínica, 24 casos foram classificados como displasias leve e moderada (71,87%), 5 casos como displasia acentuada e carcinoma "in situ" (15,62%) e 3 casos como carcinoma invasor (9,37%); (TAB I).

Com o diagnóstico definido pela histopatologia (TAB.II), encontramos 50% das pacientes com idade entre 20 e 39 anos. Verificamos que as displasias foram mais frequentes entre 20 a 30 anos e o carcinoma "in situ" dos 40 aos 50 anos, dados que se assemelham aos da literatura (8,9). Nossos resultados mostram um caso de câncer microinvasor, de uma paciente com 49 anos de idade, cujo exame colpocitológico foi compatível com o resultado histopatológico; e em caso de câncer invasor, de uma paciente de 32 anos, diagnosticado pelo exame histopatológico, que ao exame colpocitológico revelava displasia moderada (TAB.II).

A etiologia do câncer do colo uterino está diretamente relacionada com a atividade sexual precoce, o que leva alguns autores a considerar esta patologia como doença sexualmente transmissível. O início precoce do coito e a presença de múltiplos parceiros, assim como o baixo padrão sócio-econômico de valor, são alguns dos principais fatores predisponentes (7,17,14,19,15,13).

O início da atividade sexual antes dos 16 anos se deu em 9,37% das pacientes e, 50% entre 16 e 20 anos; assim, podemos dizer que 59,37% das pacientes iniciaram atividade sexual antes dos 21 anos (TAB.III). Isto acorda com resultados que correlacionam a alta inci -

dência de lesões malignas pré-invasoras ou invasoras do colo uterino e o início precoce da atividade sexual (7 e 13).

Todas as estatísticas são unânimes, em dizer que quanto maior o número de partos maior é o risco de câncer de colo (2,14,15,19). Em nossos resultados (TAB.IV), 37,5% das pacientes tiveram quatro partos ou mais, resultados estes que se correlacionaram aos encontrados na literatura (14).

Analizamos em nossos dados, a presença de agentes específicos (TAB.V), que se fazem notar em 20 casos (62,5%), com predomínio na classe IIIA (25%). Os agentes específicos mais encontrados foram o Papiloma vírus humano e a Gardnerella vaginalis, ambos com 7 casos cada, totalizando 43,75%. Em apenas 1 caso (3,12%) notou-se a presença de Trichomonas vaginalis, fato este que nos chamou a atenção, visto que na literatura consultada a tricomoníase é uma das infecções mais associadas ao câncer do colo uterino (1,2,3,7).

A correlação colpocitológica-histopatológica (TAB.V), ocorreu na maioria das vezes (59,37%), se assemelhando aos dados da literatura (9,11,12). Em 7 casos (21,87%) o exame colpocitológico sugeriu displasia (leve, moderada e acentuada) e ao exame histopatológico foram diagnosticados carcinoma "in situ". Em apenas 1 caso o exame colpocitológico sugeriu displasia moderada e o histopatológico diagnosticou câncer invasor. Estas últimas eventualidades ilustram bem a importância da realização de biópsia frente a uma colpocitologia suspeita. Nestes, o resultado histopatológico identificou lesões mais graves do que o suposto.

As imagens colposcópicas de 27 pacientes, devidamente correlacionados com os diagnósticos dos exames colpocitológicos (TAB.VII) demonstra que o epitélio branco foi encontrado em 53,12% dos casos, todas com displasias leve e moderada, enquanto que vasos atípicos são encontrados nos 3 casos de carcinoma invasor que correspondem a 9,37%, ainda que em associação com outras atipias. O pontilhado foi encontrado em 2 casos de carcinoma "in situ", e 1 caso de displasia leve (também incluídas associações), perfazendo um total de 15,62%. Cinco casos

não apresentaram exame colposcópico, pois chegaram ao Serviço de Prevenção do Câncer ginecológico do PAM-INAMPS com o resultado histopatológico em mãos.

CONCLUSÃO

Do presente estudo, podemos concluir que:

- 1- A idade média das pacientes estudadas foi de 37,1 anos.
- 2- No rastreamento citológico, 50% das pacientes estavam na faixa etária de 20 a 39 anos.
- 3- Dos 32 casos analisados por exame histopatológico, 11 (34,37%) apresentaram carcinoma "in situ"; a idade média destas foi de 42,2 anos, com máxima de 62 e mínima de 27 anos.
- 4- 59,37% das pacientes iniciaram sua vida sexual antes dos 21 anos.
- 5- 37,50% das pacientes tiveram 4 gestações ou mais, e 25% tiveram 4 partos ou mais.
- 6- Os agentes específicos mais encontrados foram o Papiloma Vírus Humano e a Gardnerella Vaginalis.
- 7- Em 1 caso houve discrepância acentuada entre colpocitologia e histopatologia (displasia moderada e carcinoma invasor, respectivamente).
- 8- Das imagens encontradas nos exames colposcópicos, o epitélio branco se fez presente em 60,6% dos casos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- BARUFFI, Italo. Tratado de Oncologia Tocoginecológica e Mamária. S.P., 1ª edição, Livraria Roca, 1985.
- 2- HALBE, H.W. Tratado de Ginecologia - Vol II S.P., 1ª edição, Livraria Roca, 1985.
- 3- SOVEN, J.S. & SALVATORE, C.A.. Pré Câncer em Ginecologia. S.P., 1ª edição, editora Manole, 1981.
- 4- CARRER, J.M.; DEXEUS, jr., S. & COUPEZ, F. Tratado y Atlas de Coposcopia. Barcelona, 3ª edición, Salvat Editores, 1984.
- 5- CARTIER, René. Colposcopia Prática. S.P., 2ª edição, Livraria Roca, 1986.
- 6- BRASIL. Ministério da Saúde. Controle do Câncer Cervico uterino e do Mama. Brasília, DNDCD/MS, 1989.
- 7- BERTINE, A.M.O, KEPLER, M.M.; LUISI, A.; DALASCIO, D.; CAMANO, L.. Avaliação Comparativa da Citologia Positiva, Colposcopia e Histopatologia na malignidade cervical pré-clínica durante a gravidez: Tratamento da displasia, CA in situ e CA com invasão mínima. J. Bras. ginecol. 95 (6): 237-44. jun. 1985.
- 8- URBANO, H.; MULLER, G. Corredor. Carcinoma en situ de cuello uterino en mujeres jovens. Rev. obstet. Ginecol. Venezuela 46 (2): 66-70, 1986.
- 9- COSTA, N.C.; ABRANTES, M.L.L. Displasias e Carcinomas "in situ"; estudo analítico. J. bras. med. 57(4): 12,14,16, passim, Out. 1989.
- 10- National cancer Institute Workshop - 1988. Bethesda System for Reporting Cervical/Vaginal Cytological Diagnoses. JAMA, August, 18, 1989. Vol 262 nº7.
- 11- VILLALOBOS, Romam M.; RICHARD, Rothiat, L; HERNANDEZ, Arvizu J.E. Neoplasia intraepitelial del cervix. Papel de la colposcopia en el diagnóstico. Ginecol obstet. M.X. 51 (318): 273-6, 1983.
- 12- DUQUE, C.A.E.; MEESA, M.C. Neoplasia cervical intraepitelial. Rev. Colomb. obster. ginecol. 40 (4): 273-83, oct- dic, 1989.

- 13-TOGUINI, P.H.F. Ca "in situ" do colo uterino. Rev. de Ginecologia , 98 (6) : 325 - 328 /junho 1988.
- 14-LALAS, C.M.D; JUSTIN,N.E.C.; VELA DE ORO, O.A. carcinoma in situ del cuello uterino. estudio de 150 casos en el periodo 1967-1974. Rev. Cuba Obstet. Ginecol. 16 (2): 165-177, Abril-junho, 1990.
- 15-TOMA, C.T.; OKUMURA,H.;BASTOS, A.C.;SALVATORE,C.A. Neoplasia cervical intraepitelial e carcinoma cervical invasivo em mulheres ni - po-brasileiras. Ginecol Obstet Bras. 8 (2) : 99-101, 1985.
- 16-MACHIN, C.; MARTINEZ, W.; SARABRIA, J.Y; ABREU, M. Colpocitologia positiva en la provincia de Périar Del Rio en el trienio 1981 e 1983. Correspondência citohistológica. Rev. Cuba de Obstetr. Y ginecol. 13 (1): 117-23 mar-1987.
- 17-ESTRADA, G.R.; MARTINEZ,M.Y.; LOPEZ GARCIA, A.R. Neoplasia intraepitelial cervical y virus del papiloma humano. Ginecol, obstet. M.X. 56:87-90, abr.,1988.
- 18-CASTRO,O. Classificação citooncótica dos esfregaços vaginais. Rev. bras. de cancerologia, vol. 24 nº 37 (48-52).
- 19-ROMERO, H.U.; CORREDOR,G.M. Carcinoma in situ de cuello uterino em mujeres jóvenes. Rev. Obstet Ginecol. Venez. 46(2): 66-70, 1986.

TCC
UFSC
TO
0178

N.Cham. TCC UFSC TO 0178
Autor: Souza, Luiza Paulo
Título: Displasia do colo uterino..



972806341

Ac. 254312

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM