



Yanomae yama thëpë pairi prai
Sanöma sama töpö pasili paö
Yanomami tëpë pairi prai tao
Ninam pèk noka pè lika wei

Apoiando os Yanomami



RESUMO DAS ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE YANOMAMI

Abril de 2003

O presente relatório descreve as principais atividades desenvolvidas e os resultados alcançados após três de atuação da organização não-governamental brasileira URIHI na área indígena Yanomami. Em parceria com o governo brasileiro, através de convênio, a URIHI desenvolve projetos de saúde e de educação junto a esta etnia nos estados de Roraima e do Amazonas.



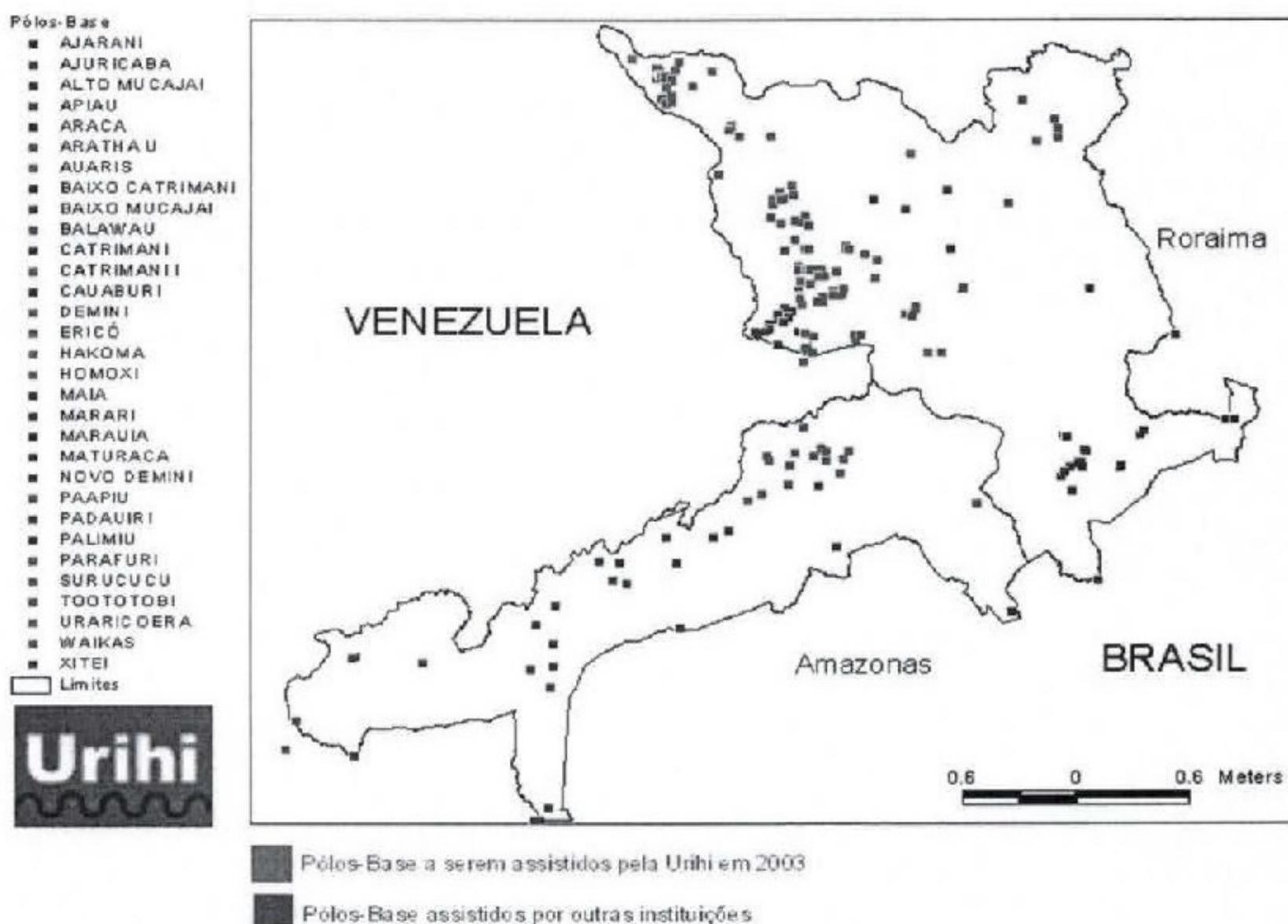
1. Os Yanomami

Os índios Yanomami ocupam uma região de floresta equatorial densa, o Maciço das Guianas, nas proximidades da fronteira entre o Brasil e a Venezuela, abrangendo uma área contínua de 9.419.108 hectares, demarcada em 1991 e homologada como *Terra Indígena Yanomami* em 1992.

Atualmente totalizam cerca de 22.000 pessoas, sendo que aproximadamente 13.500¹ vivem no Brasil distribuídos em cerca de 350 comunidades no oeste do estado de Roraima e no norte do Amazonas.

Até maio de 2003 a URIHI prestou assistência direta a 6.011 pessoas distribuídas em 142 comunidades de nove diferentes regiões (45 % da população Yanomami residente no Brasil) mas, a convite do governo brasileiro, a partir de junho de 2003 ampliará sua área de abrangência para 16 regiões, totalizando 7.110 Yanomami (52,6 % da população total).

Área Yanomami



¹ Fonte: Coordenação Regional da FUNASA-RR- Jan/03

2. Breve histórico epidemiológico recente:

Os primeiros contatos diretos dos Yanomami com representantes da sociedade nacional se deram de maneira esparsa entre 1910 e 1940. A partir da década de 40 até meados dos anos 60 estes contatos se intensificaram com a instalação permanente de missões religiosas e de alguns postos do Serviço de Proteção ao Índio e, na década de 70, teve início a construção da rodovia Perimetral Norte. Data desta época a introdução de epidemias, especialmente de sarampo, gripe e coqueluche, que dizimaram comunidades inteiras.

Com a divulgação do levantamento do Projeto Radam que indicava a existência de grandes jazidas minerais de ouro e de cassiterita no sub-solo das terras yanomami, ocorreu a grande invasão garimpeira na década seguinte (a chamada "corrida do ouro de Roraima"), quando então os Yanomami sofreram o seu maior impacto demográfico: a malária foi introduzida em larga escala levando à morte quase 15 % da população.

No início dos anos 90, em meio à ampla divulgação em todo o mundo sobre a gravidade do caso Yanomami, ocorreu a demarcação da Terra Indígena Yanomami e o desenvolvimento da Operação Selva Livre (Funai) para a retirada dos garimpeiros. A partir daí, iniciou-se a implantação de um sistema de saúde diferenciado para os Yanomami, sob a coordenação da FUNASA/MS e com a colaboração de diversas outras instituições, especialmente de organizações não-governamentais. Este novo sistema de saúde foi a primeira iniciativa no Brasil de funcionamento de um Distrito Sanitário Especial Indígena. No entanto, a contínua reinvasão do território por garimpeiros, a ausência de assistência no lado venezuelano e, principalmente, as dificuldades governamentais de garantir uma assistência básica a todas as comunidades, acabaram por caracterizar a década de 90 com indicadores epidemiológicos extremamente preocupantes que colocavam em risco a sobrevivência desta etnia. A incidência média de malária era de um caso para cada dois habitantes ao ano e foi a maior causa mortis dos Yanomami durante toda a década.

Além da malária, outras doenças infecciosas como a tuberculose, as infecções respiratórias agudas e a coqueluche também se disseminaram intensamente provocando uma altíssima mortalidade. Os dados disponíveis desse período revelam que a média do coeficiente de mortalidade infantil era de 156, cerca de cinco vezes maior que o índice verificado na população brasileira em geral. Estas informações de saúde ganham uma expressão ainda mais negativa se for considerado o alto grau de sub-notificação determinado pela reduzida assistência à saúde prestada no período no qual aldeias permaneciam meses, às vezes mais de um ano, sem receber a visita de uma equipe de saúde.

3. O Distrito Sanitário Yanomami e a assistência da URIHI

Nos meados da década de 90, como resultado das reflexões das Conferências Nacionais de Saúde para os Povos Indígenas, consolidou-se o conceito de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) como um sub-sistema diferenciado de assistência à saúde capaz de garantir a atenção primária nas aldeias. Foi estabelecida a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) como órgão gestor da

saúde indígena e teve início o processo de implantação dos DSEIs em todo o Brasil. No entanto, diversas dificuldades resultaram no fracasso da execução direta das ações de saúde através da FUNASA e o exemplo mais trágico acabou sendo a experiência do Distrito Sanitário Yanomami. O principal obstáculo foi a incompatibilidade da legislação vigente que rege a seleção, contratação e gerência dos servidores públicos federais e a natureza peculiar do trabalho em áreas indígenas. Esta realidade levou, a partir do ano 2000, à reestruturação do sistema de atenção à saúde indígena tendo como estratégia a terceirização da execução das atividades de assistência nas aldeias através de parcerias com organizações indígenas e organizações não-governamentais, preferencialmente, e, na indisponibilidade destas, com os municípios.

Assim, a partir do ano 2.000 tiveram início algumas parcerias entre a FUNASA e organizações não-governamentais cujo trabalho de assistência aos Yanomami em suas regiões de atuação havia alcançado sucesso nos anos 90. Esta nova política de aproveitamento da experiência profissional e da vocação indigenista das ONGs possibilitou, finalmente, o início da recuperação das condições de saúde e de vida dos Yanomami.

Coube à URIHI a responsabilidade de prestar atenção básica à saúde de praticamente a metade da população Yanomami residente no Brasil, num total de 242 aldeias dispersas em um território de aproximadamente seis milhões de hectares de floresta amazônica.

Nas regiões assistidas pela URIHI, os postos de saúde só são alcançáveis por via aérea, transporte esse feito através do fretamento de aeronaves mono-motor com uma distância média de 2 horas de vôo a partir de Boa Vista-RR.

Ao chegar nos pólos-base as equipes de saúde se deslocam a pé para as comunidades em longas e difíceis caminhadas pelas emaranhadas trilhas da floresta (com duração média de 6 horas). Em algumas poucas regiões as viagens podem ser feitas de canoa e em outras regiões (onde vivem cerca de 1.500 Yanomami) o único acesso possível dos postos de saúde até às comunidades é feito através de helicóptero.

A metodologia do atendimento se baseia no princípio da assistência permanente de equipes de saúde nos pólos-base (enfermeiros, médicos, profissionais de enfermagem de nível médio, etc) que se deslocam a pé para visitar, pelo menos uma vez a cada mês, e sempre que necessário, todas as aldeias. Estas visitas têm a duração mínima de 03 dias podendo se estender por períodos mais longos dependendo do tipo de tratamento que está sendo realizado, uma vez que os Yanomami não estão ainda preparados para dar continuidade às prescrições, mesmo nos casos de tratamento por via oral.

No atendimento às comunidades, a URIHI desenvolve programas de controle das principais doenças com metas e rotinas específicas para o desenvolvimento de cada atividade. Estes programas incluem a saúde materno-infantil (com ênfase no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças menores de cinco anos) e o controle das principais doenças infecto-parasitárias (malária/controle de vetores, tuberculose, infecções respiratórias, oncocercose, verminoses, DST, cárie dentária e imunizações).

4. Resultados alcançados pela URIHI após três anos

A Urihi iniciou os seus trabalhos de saúde no campo a partir de janeiro de 2000. Foram selecionados, contratados e treinados cerca de 100 profissionais de saúde entre médicos, enfermeiros, dentista, auxiliares de enfermagem, microscopistas, etc. Para o planejamento, a direção e o apoio aos diversos programas de atenção à saúde e as complexas operações no Distrito Sanitário Yanomami foi criada uma equipe de coordenação, administração e logística, cujas atividades estão concentradas na cidade de Boa Vista-RR.

Programa de Combate à Malária:

A estratégia de combate à malária tem se baseado na investigação mensal de casos novos, através do exame de pesquisa do plasmódio no sangue de toda a população, ou a qualquer momento quando surge um paciente com sintomas da doença. Nas localidades em que a incidência ultrapasse um limite especificado pelo programa, as investigações passam a ser feitas semanalmente. Desde o início dos trabalhos, a URIHI realizou 263.377 exames de sangue para a detecção da malária. Os exames são colhidos e lidos imediatamente nas aldeias pelos profissionais de saúde ou pelos microscopistas Yanomami formados pela URIHI. Desta forma, os casos positivos são tratados precocemente pelas equipes de saúde, que devem permanecer nas comunidades, administrando as medicações, até o final dos tratamentos.

O combate às formas adultos do vetor (mosquito do gênero *Anopheles*) potencialmente infectado, através de nebulização do ambiente intra e peri-domiciliar e a borrifação das paredes e cobertura das malocas com inseticida, foi associado ao diagnóstico e ao tratamento precoce dos casos positivos nas localidades nas quais o número de casos de malária foi considerado alto, a partir de critérios pré-estabelecidos de estratificação da incidência da doença.

No primeiro mês de trabalho, em janeiro de 2000, foram diagnosticados e tratados 560 casos de malária na população assistida pela URIHI, determinando um coeficiente mensal de 8,2%. Durante todo ao ano de 2000 o coeficiente de incidência da doença alcançou 47 casos para 100 habitantes (47%). A incidência da doença foi sendo reduzida paulatinamente sendo que no ano de 2002 este coeficiente baixou para 1.2 %, o que significou uma redução de 98%. Nos primeiros 4 meses de 2003 foi notificados apenas 11 casos de malária (vide Gráfico 1 - Coeficiente Mensal de Incidência de Malária). Esta doença, que era a principal causa de morte entre os Yanomami na década passada, não foi responsável por nenhum óbito desde 2001 até o momento. Não existe na história da saúde pública do Brasil nenhum precedente de redução da incidência de malária em populações dispersas da Amazônia em tão pouco tempo e em níveis tão expressivos como o ocorrido na população Yanomami assistida pela URIHI.

Tabela 1 - Dados de Malária - Área Yanomami - Regiões Assistidas pela URIHI
(1998 e 1999 - assistência FUNASA / 2000 a 2003 - assistência URIHI)

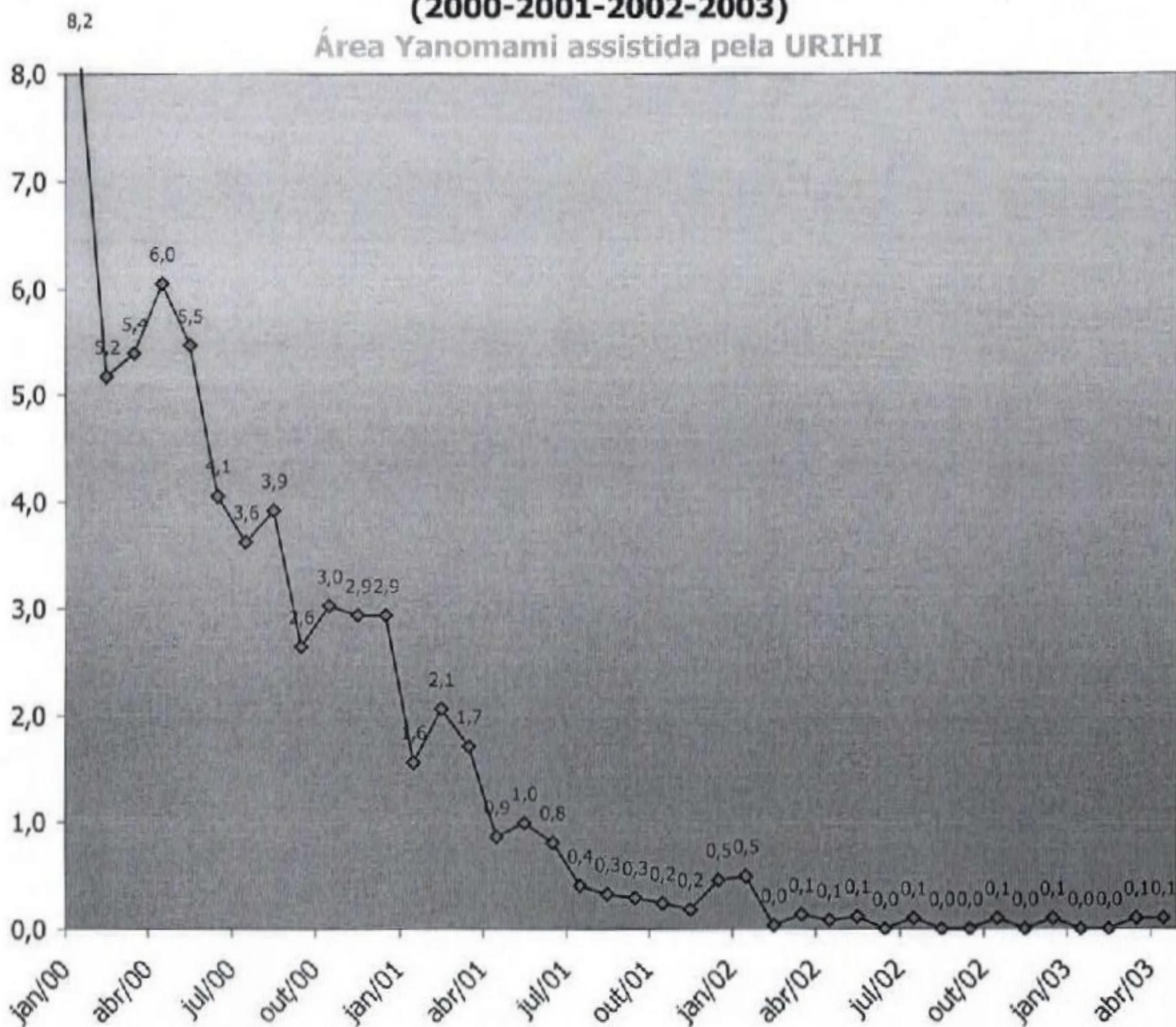
| Ano | Lâminas Realizadas (pesquisa de plasmódio) | Nº de Casos | Índice de Lâminas Positivas (ILP) | Coefficiente Anual de Incidência (em mil hab) | Coefficiente Anual de Letalidade por Malária Falciparum (em mil casos) |
|-------|--|-------------|-----------------------------------|---|--|
| 1998 | 27.451 | 3.968 | 14,45 | 616,77 | 16,2 |
| 1999 | 27.090 | 3.142 | 11,60 | 468,77 | 6,3 |
| 2000 | 73.650 | 3.639 | 4,94 | 473,71 | 7,3 |
| 2001 | 65.889 | 539 | 0,81 | 99,14 | zero |
| 2002 | 51.618 | 70 | 0,13 | 11,74 | zero |
| 2003* | 6.331 | 11 | 0,17 | 1,63 | zero |

* janeiro a abril de 2003

Gráfico 1

**Coeficiente de Incidência Mensal de Malária
(2000-2001-2002-2003)**

Área Yanomami assistida pela URIHI



Programa de Combate à Tuberculose

Ao longo da história epidemiológica dos Yanomami a tuberculose tem sido um grave problema de saúde. De 1991 até 1999 o diagnóstico de casos novos ocorreu tardiamente através da demanda espontânea. No ano de 1999 foram notificados 35 casos novos da doença nas áreas atualmente assistidas pela URIHI. Para o combate à doença foi implantado o sistema de investigação de todos os casos suspeitos e dos comunicantes, através da realização do teste tuberculínico (PPD), do exame de escarro para a pesquisa de BK nos sintomáticos respiratórios e da radiografia de tórax para todos os indivíduos com reação forte ao PPD. Todos estes exames estão sendo realizados dentro da própria área indígena. Desde 2001, os casos diagnosticados de tuberculose estão sendo tratados com sucesso em suas residências, diariamente, pelas equipes de saúde. Antes da implantação da assistência permanente, os Yanomami eram obrigados a permanecer em Boa Vista durante os seis meses de tratamento causando enorme sofrimento e transtornos sociais. Como consequência deste novo modelo também foi possível realizar na área indígena a quimioprofilaxia dos comunicantes de pacientes bacilíferos com reação forte ao PPD após a exclusão da tuberculose através do exame clínico e da radiografia de tórax. Estas medidas resultaram nos últimos três anos numa redução da incidência desta doença a uma média de 11 casos novos por ano, ou seja, uma diminuição de 69 % em relação ao ano de 1999.

Tabela 2 - Dados de Tuberculose - Área Yanomami - Regiões Assistidas pela URIHI
(1998 e 1999 - assistência FUNASA / 2000 a 2003 - assistência URIHI)

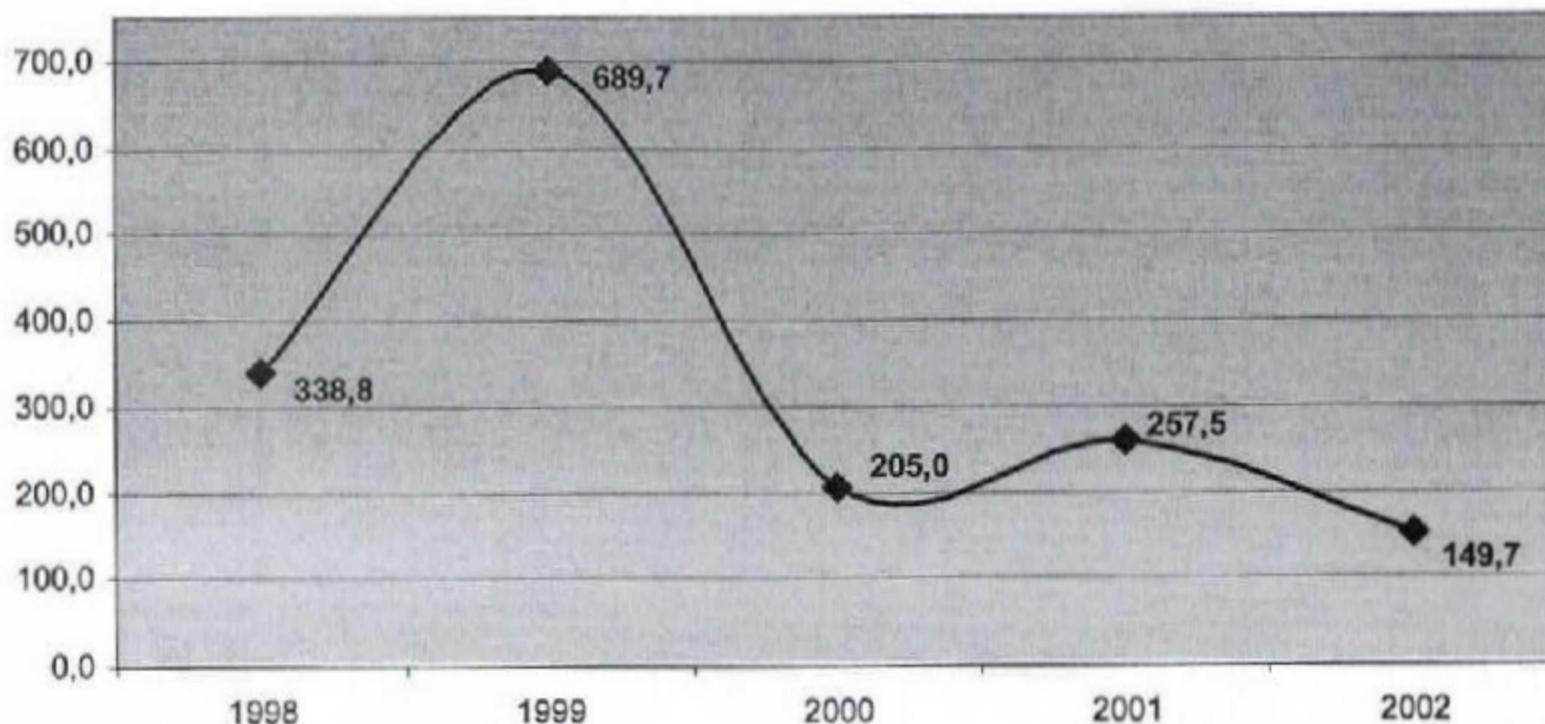
| Ano | Nº de Casos | Coeficiente Anual de Incidência (por 100 mil hab) |
|-------|-------------|---|
| 1998 | 16 | 338,8 |
| 1999 | 35 | 689,7 |
| 2000 | 11 | 205,0 |
| 2001 | 14 | 257,5 |
| 2002 | 9 | 149,7 |
| 2003* | 3 | |

* janeiro a abril de 2003

Coeficientes Anual de Incidência de Tuberculose

(1998 - 2002)

Área Yanomami Assistida pela URIHI



Programa de Imunizações

Apesar das excepcionais dificuldades operacionais que envolvem a vacinação no Distrito Sanitário Yanomami, e o conseqüente modelo de campanha para a sua execução em regiões de difícil acesso, a cobertura vacinal em crianças menores de um ano, que se mantinha em menos de 20% (vinte por cento) no passado, está atualmente em níveis satisfatórios como pode ser observado abaixo.

| Vacina | Faixa Etária | Meta (Jan a Abr) | Realizado | % |
|---------------|--------------|------------------|-----------|-------|
| TETRA | < 1 ano | 113 | 100 | 88,5 |
| BCG | < 1 ano | 113 | 113 | 100,0 |
| HEP B | < 1 ano | 113 | 113 | 100,0 |
| SABIN | < 1 ano | 113 | 95 | 84,1 |
| FA | < 1 ano | 113 | 113 | 100,0 |
| TRIVIRAL | 1 ano | 107 | 107 | 100,0 |
| VARICELA | 1 - 4 anos | 252 | 241 | 95,6 |
| PNEUMOCÓCICA* | 2 - 4 anos | 148 | 83 | 56,1 |

* Vacina em falta no estado de RR

Programa de Saúde da Criança

Para enfrentar a alta mortalidade infantil, a Urihi tem dedicado especial atenção a esta parcela da população e ao combate às doenças de maior impacto na mesma.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças com menos de 5 (cinco) anos de idade tem revelado um estado de desnutrição bastante acentuado. Nesta faixa etária, 65,7 % das crianças apresentam algum grau de desnutrição e 6,3 % apresentam desnutrição grave (peso inferior a 60 % do normal para idade).

As causas da desnutrição ou a importância de cada uma delas, porém, variam de região para região, devido a diferenças históricas, sociais e ambientais. A alta mortalidade ocorrida a partir do final da década de 80 e toda a década de 90 atingiu mais intensamente não apenas a população infantil mas também os idosos, que têm um papel importante de liderança e transferência de conhecimentos para os mais jovens sobre as atividades coletivas de subsistência. Outros fatores importantes foram a degradação ambiental e a conseqüente redução da quantidade de recursos naturais e a mudança na dinâmica social produtiva nas áreas atingidas pelo garimpo. Destacamos também a tendência à sedentarização de algumas comunidades em áreas próximas aos pólos base, surgida em função do aumento da morbimortalidade e a indisponibilidade de assistência nas aldeias no passado. A permanência prolongada de uma aldeia no mesmo local, abandonando o padrão de migração periódica tradicional, levou ao esgotamento das áreas de plantio e dos recursos alimentares da floresta.

Estes e outros fatores precisam ser estudados com maior profundidade para que uma abordagem apropriada possa ser empregada em cada situação. Por hora, foi introduzida a estratégia de suplementar alimentação das crianças menores de um ano com desnutrição grave, em virtude da significativamente maior mortalidade neste grupo em comparação com as demais faixas etárias.

Programa de Oncocercose

A oncocercose, também conhecida como “cegueira dos rios” é uma filariose causada por um nematódeo da espécie *Onchocerca volvulus*, transmitida através da picada de vetores do gênero *Simulium*. Caracteriza-se por nódulos sub-cutâneos, palpáveis ou não, onde ficam alojados os vermes adultos que eliminam microfírias. Estas microfírias causam lesões cutâneas e prurido intenso e podem migrar para os olhos, provocando lesões que, dependendo da intensidade, evoluem para a cegueira.

No Brasil, o foco da doença se restringe à terra indígena Yanomami e o tratamento se baseia na administração semestral do medicamento Ivermectina para toda a população residente nas áreas endêmicas do foco por um período de 12 (doze) anos.

O programa de combate a oncocercose foi efetivamente implantado em todo o foco brasileiro a partir da reestruturação da saúde indígena iniciada no ano 2000. Mesmo nas complexas condições operacionais do Distrito Sanitário Yanomami, o nível de cobertura nos ciclos de tratamento da doença tem sido um dos mais altos do mundo recebendo o reconhecimento internacional um grande sucesso da saúde pública brasileira.

Resultados do Programa de Oncocercose - Janeiro a Abril de 2003

| PÓLOS-BASE | População | Elegíveis | Nº de ciclos realizados | Tratamentos | Cobertura do Tratamento em 2003 (%) |
|-------------|-----------|-----------|-------------------------|-------------|-------------------------------------|
| ARATHAÚ | 646 | * | 5 | * | * |
| AUARIS | 1834 | * | 6 | * | * |
| BALAWA-Ú | 335 | 259 | 15 | 254 | 98,1 |
| DEMINE | 127 | 97 | 7 | 97 | 100,0 |
| HAKOMA | 389 | 278 | 6 | 278 | 100,0 |
| HOMOXI | 375 | 290 | 10 | 283 | 97,6 |
| PARAFURI | 319 | 246 | 7 | 244 | 99,2 |
| SURUCUCU | 1597 | * | 6 | * | * |
| TOOTOTOBÍ | 388 | 316 | 15 | 298 | 94,3 |
| TOTAL URIHI | 6011 | 1486 | | 1454 | 97,8 |

* Regiões em fase de conclusão do tratamento

Programa de Verminoses

Em um levantamento epidemiológico realizado na Casa do Índio de Boa Vista, entre os pacientes yanomami internados e os acompanhantes, revelou uma incidência de cerca de 80 % para as verminoses. Devido à essa alta incidência, que tem um impacto esperado no estado nutricional dessa população, são realizados trimestralmente tratamentos em massa com o medicamento Mebendazol (200mg/dia/3dias), excluídos as contra-indicações.

Cobertura dos Tratamentos de Verminoses, por região - 1º Trimestre 2003

| Pólo-Base | Elegíveis | Realizado | % |
|------------|-----------|-----------|------|
| Aratha-ú | 326 | 284 | 87,1 |
| Auaris * | - | - | - |
| Balawa-ú | 325 | 313 | 96,3 |
| Demini * | - | - | - |
| Hakoma | 362 | 361 | 99,7 |
| Homoxi | 344 | 335 | 97,4 |
| Parafuri | 307 | 300 | 97,7 |
| Surucucu * | - | - | - |
| Toototobi | 363 | 343 | 94,5 |

* Em fase de conclusão - motivo: o fornecedor entregou a medicação com atraso

MORTALIDADE

As ações de saúde conduzidas pela URIHI nos últimos três anos determinaram um coeficiente de mortalidade infantil médio no período de 59 o que representou uma redução de 62 % em relação à média na década passada (156). Considerando o primeiro quadrimestre de 2003, esta redução foi ainda maior, atingindo o índice de 36,7. Vale ressaltar, mais uma vez, que as informações de mortalidade nos anos 90 refletem apenas os óbitos que puderam ser notificados nas condições de baixas cobertura e vigilância que caracterizavam os serviços da época. Atualmente as informações demográficas se baseiam em um censo nominal de todas as comunidades que é atualizado mensalmente pelas equipes de saúde.

O coeficiente de mortalidade geral que antes apresentava uma média de 22 em cada mil habitantes foi reduzido para 8/mil nos últimos 3 anos, ou seja, uma queda de 64 %.

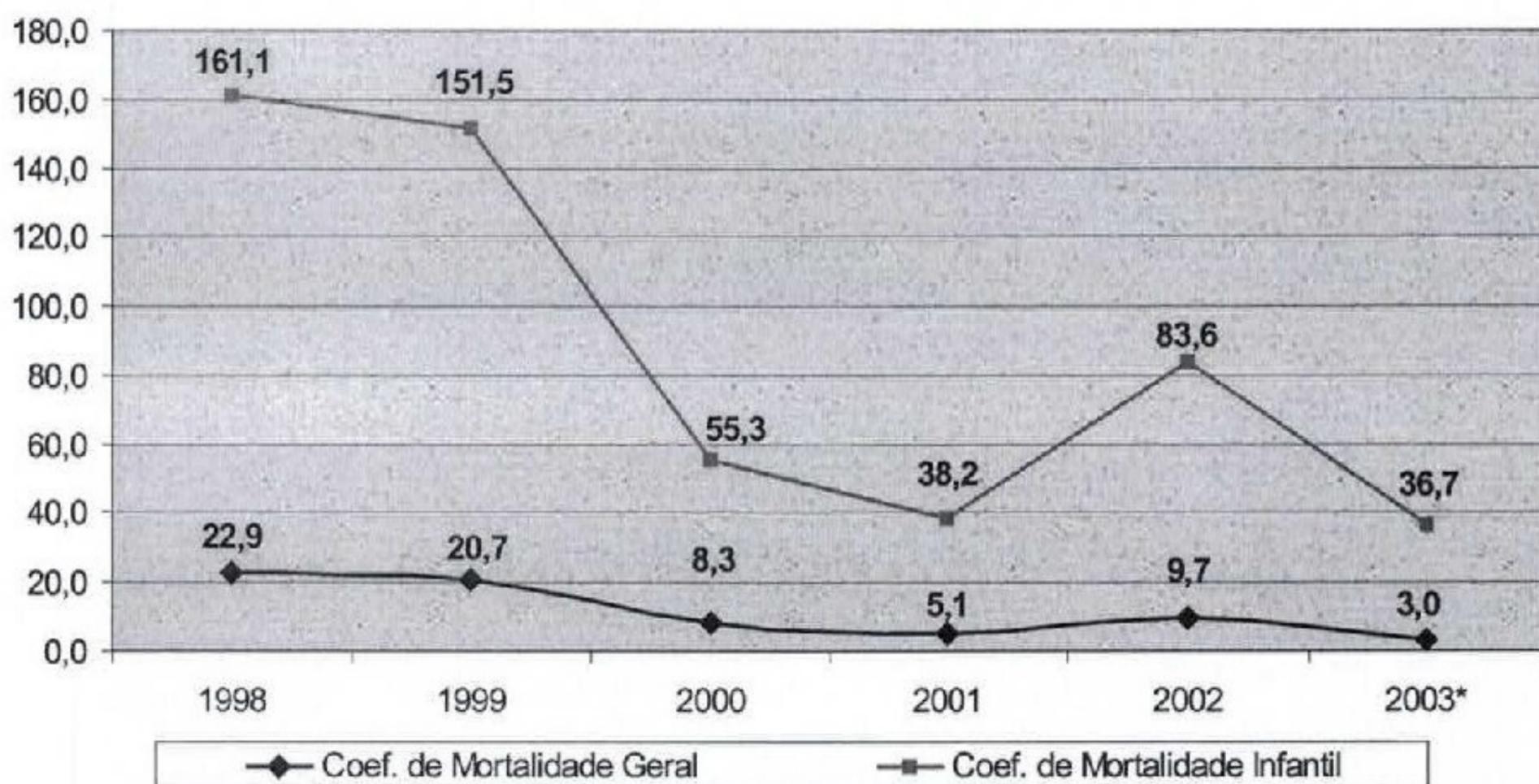
A principal causa de morte atualmente são as infecções respiratórias agudas, atingindo principalmente a população infantil.

Dados Demográficos - Área Yanomami Assistida pela URIHI (1998 e 1999 - assistência FUNASA / 2000 a 2003 - assistência URIHI)

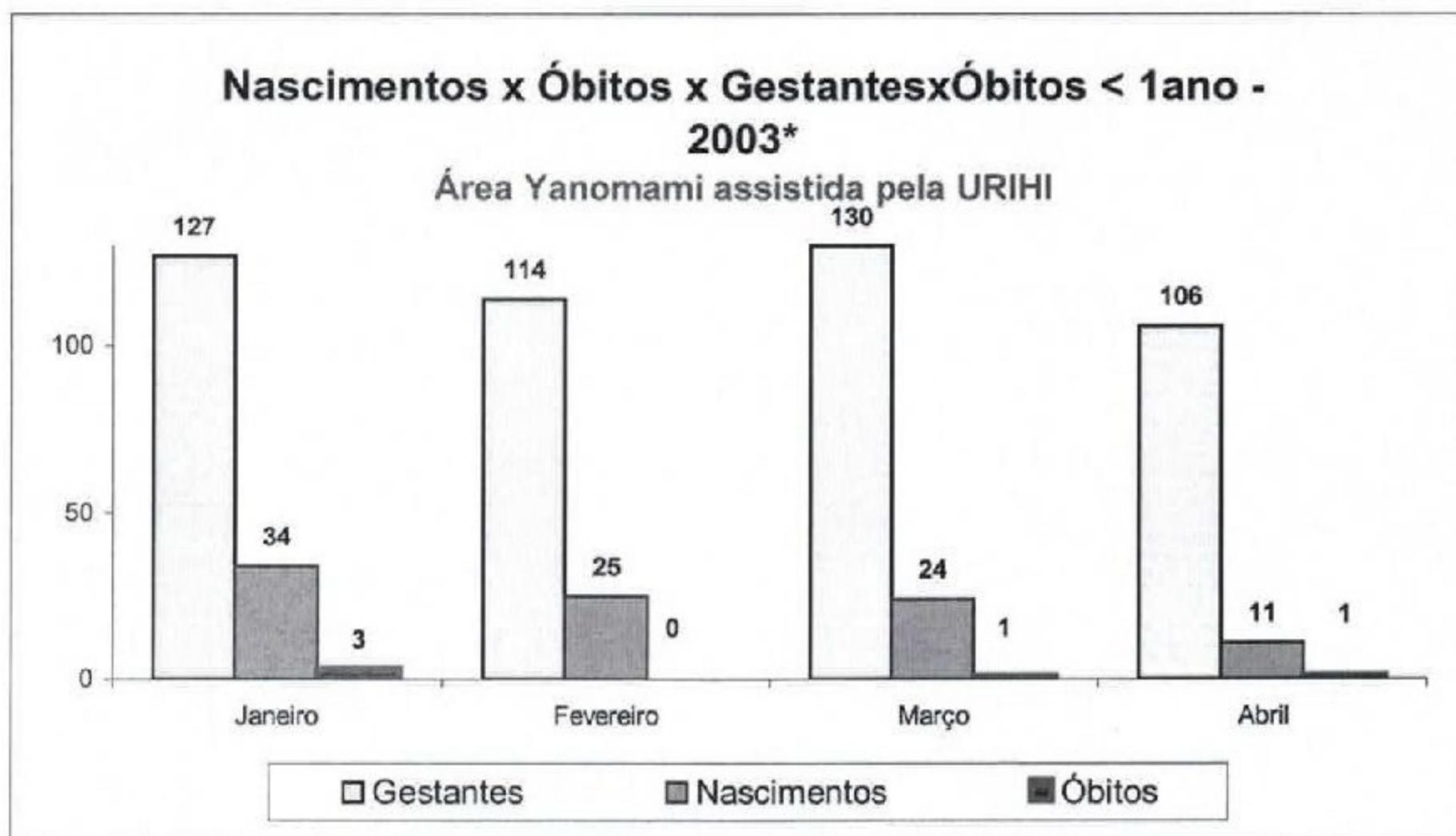
| ANO | Pop. | Nascimentos | Óbitos | Óbitos < 1 ano | Coeficiente Anual de Mortalidade Geral | Coeficiente Anual de Mortalidade Infantil |
|-------|-------|-------------|--------|----------------|--|---|
| 1998 | 4.723 | 149 | 108 | 24 | 22,9 | 161,1 |
| 1999 | 5.075 | 198 | 105 | 30 | 20,7 | 151,5 |
| 2000 | 5.364 | 253 | 45 | 14 | 8,3 | 55,3 |
| 2001 | 5.437 | 314 | 27 | 12 | 5,0 | 38,2 |
| 2002 | 5.963 | 299 | 58 | 25 | 9,7 | 83,6 |
| 2003* | 6.011 | 109 | 6 | 4 | 3,0 | 36,7 |

* o coeficiente de mortalidade geral de 2003 foi calculado a partir de uma projeção do primeiro quadrimestre do ano (CMG de jan a abr X 3)

Coeficientes Anuais de Mortalidades Geral* e Infantil* (1998 - 04/2003)

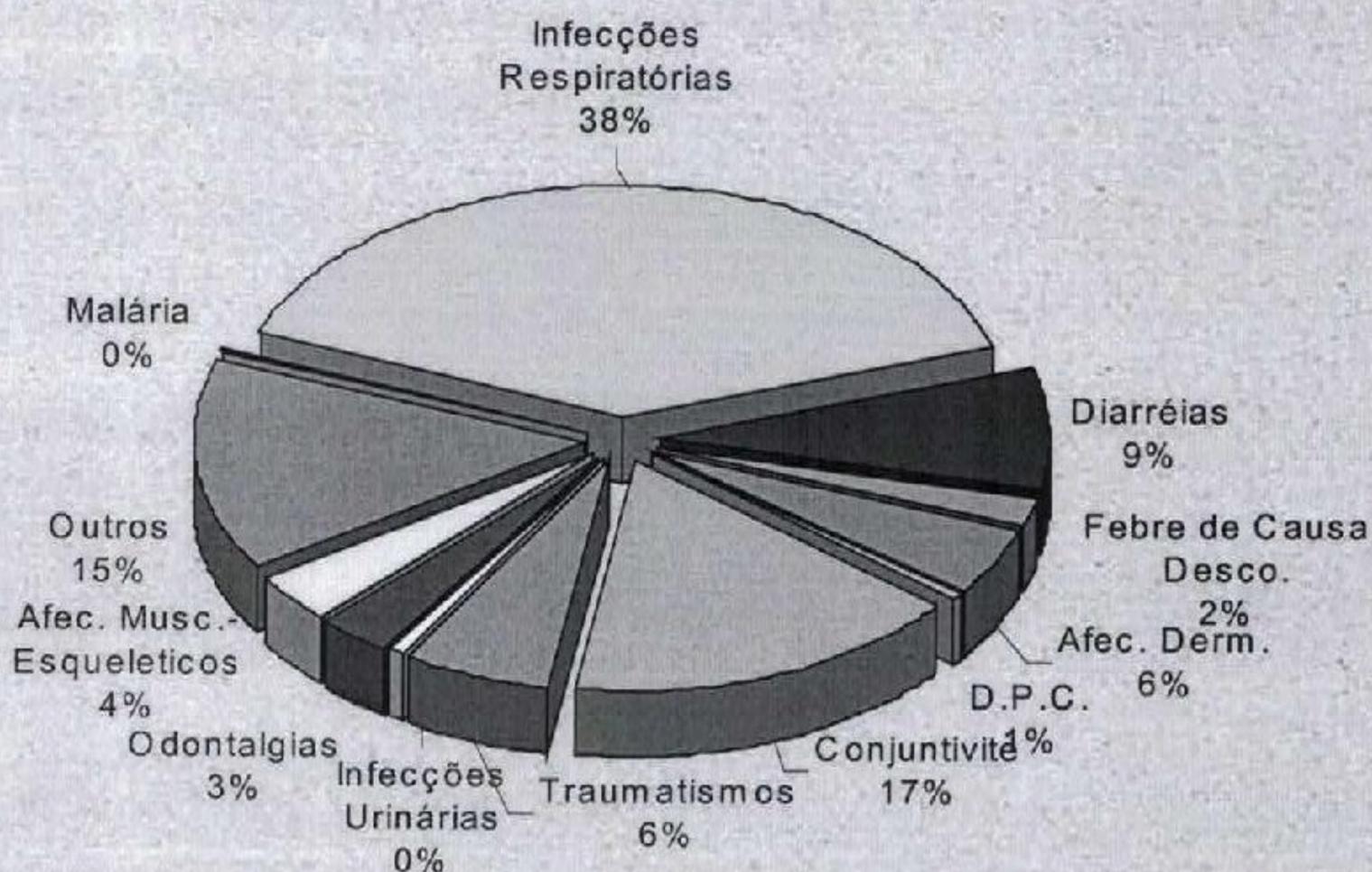


A média da taxa de crescimento natural verificada nos últimos 3 anos foi de 4,5 % ao ano.



Proporção da Ocorrência de Doenças entre o total de Atendimentos

Área Yanomami assistida pela Urihi



Educação em Saúde

Por entender que, a médio e a longo prazos, a manutenção da saúde e do bem estar geral dos Yanomami depende de sua capacidade de entender o funcionamento do mundo dos brancos e do seu sistema de saúde, do qual são atualmente ainda totalmente dependentes, a URIHI iniciou um trabalho de formação de agentes indígenas de saúde. Para tanto, logo de início, foram identificados em todas as regiões os Yanomami que já estivessem alfabetizados (por outras instituições no passado) e que possuíam algum domínio da língua portuguesa. Foram então treinados no diagnóstico microscópico da malária e foi elaborado material didático específico nas línguas dos alunos. Atualmente existem 30 Yanomami de quatro diferentes regiões, moradores de 15 comunidades de áreas endêmicas de malária, já formados e que atuam no controle da malária em suas comunidades. O grande sucesso da Urihi no controle desta endemia certamente se deve também a esta importante contribuição dos próprios Yanomami. Para estes microscopistas já formados, está sendo ministrado o curso formal de formação de agentes de saúde, previsto para durar mais 2 anos. Já foram realizados cursos sobre malária, controle de vetores, saúde bucal, doenças sexualmente transmissíveis e oncocercose. O acompanhamento dos profissionais das equipes de saúde no campo completa a formação através do treinamento continuado em serviço, até que os Yanomami possam, no futuro, executar de maneira autônoma as condutas indicadas.

No entanto, a grande maioria dos Yanomami das regiões assistidas pela URIHI não tiveram experiências escolares prévias através de outras instituições. Assim, caso não se investisse em sua alfabetização e na iniciação em matemática, a maior parcela da população assistida estaria totalmente excluída do processo de formação

de agentes de saúde. Por esse motivo, a URIHI implantou escolas comunitárias na área Yanomami e está investindo na formação de professores indígenas. Atualmente existem 22 escolas em funcionamento e 40 Yanomami estão sendo capacitados como professores indígenas. Seis assessores não indígenas desenvolvem esse trabalho no campo. A alfabetização é feita na própria língua dos alunos, assim como todo o material didático produzido.

Consideração Geral

O modelo de parceria entre o governo e as organizações não-governamentais para o desenvolvimento das atividades de saúde através do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami tem se mostrado eficaz em garantir o direito dos índios à saúde. Ainda que haja muito que avançar, o DSY é um exemplo de que é possível alcançar conquistas sociais quando o governo e a sociedade se unem a favor da causa da cidadania.

Boa Vista, junho de 2003

Deise Alves Francisco
Cláudio Esteves de Oliveira