



Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

Departamento de Saúde Indígena

Saúde Indígena: relatório ao Comitê dos Direitos Humanos, Econômicos e Sociais
Pacto Internacional dos Direitos Humanos, Econômicos e Sociais
Atualização ao Relatório Inicial apresentado em 2003

Edgard Dias Magalhães¹

A população indígena

Atualmente a população indígena brasileira aldeada compreende 455.577 índios, pertencentes a cerca de 210 povos que falam mais de 170 línguas diferentes e expressam, de formas diversas, os seus valores culturais. Os povos indígenas estão presentes em todos os estados brasileiros, exceto nos estados do Piauí e no Rio Grande do Norte, vivendo em 618 terras indígenas, ocupando aproximadamente 12% do território nacional. 65% da população indígena vive no Centro-Oeste e Norte do país, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas.

Referência	Total no País
Estados com aldeias:	24
DSEI	34
Pólos Base	303
Municípios com aldeias	364
Aldeias	4.280
Famílias	101.906
Índios	455.577

Fonte: Sistema de Informação da Atenção da Saúde Indígena – SIASI-FUNASA/MS, 13/03/2006.

Referência	Total no País
Povos indígenas	210
Línguas faladas	170
Terras indígenas	618
Norte	47%
Nordeste	24%
Centro-Oeste	18%
Sul	8%
Sudeste	3%

Fonte: DAF/FUNAI, março de 2004.

¹ Antropólogo, Departamento de Saúde Indígena/Funasa/MS. 14 de março de 2006. Atendendo a solicitação original do PIDESC/ONU constante do processo 25100.002.702/2006-24, relativo às "Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales : Brazil. 23/05/2003".

Características das Aldeias*			
Quantidade de aldeias com:			
Associação Indígena	579	Pista de Avião	221
Campo de Futebol	1371	Posto de Saúde	893
Centro Comunitário	660	Casa Comercial	300
Escola	1500	Posto Indígena da FUNAI	271
Igreja de não índio	834	Cemitério	1181
Tipos de Energia:			
Elétrica	606	Gerador a gasolina	20
Eólica	0	Solar	179
Gerador a diesel	522	Não tem	1202
Nº de Moradias:			
De Índio:	61063	Não Índio:	3054

Quantidade de aldeias que tem Sistema de Comunicação:							
Rádio transceptor	984	Telefone fixo	252	Telefone celular	218	Não tem	1126

*Aplicados questionários do censo sanitário em 2.408 aldeias.

Fonte: SISABI-FUNASA/MS, 21/03/2005.

Fundamentos legais da saúde indígena

A Constituição Federal reconhece aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais bem como estabelece seus direitos sociais, sendo principais os artigos 231 e 232 do capítulo VIII (Dos Índios) do Título VIII (Da ordem social).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações da Lei Orgânica da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhece aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais bem como estabelece seus direitos sociais. Estes direitos são reafirmados pela Convenção 169, ratificada pelo Brasil em 25 de julho de 2003 e aprovada pelo Decreto no. 5.051, de 19 de abril de 2004 cujos princípios já se encontravam, contudo, contemplados na Carta Magna.

A saúde indígena é regida por um conjunto de normas que têm como objetivo o estabelecimento de mecanismos específicos para a atenção à saúde indígena, conformando um subsistema no interior do Sistema Único de Saúde.

O Subsistema de Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SUS) está organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI. O território que delimita estes distritos respeita a distribuição geográfica, antropológica e de acesso aos serviços de saúde pelos povos indígenas.

A Lei 9836/99 acrescenta à Lei 8080/90 o Título II que cria no SUS um subsistema de atenção à saúde indígena. O Artigo 19-E estabelece que “Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações”. Os §§ 2 e 3 do Art. 19 – G definem que a população indígena deve ter acesso aos três níveis de atenção à saúde e ser referenciada à rede de unidades de saúde do SUS:

Art. 19 - G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Legislação subsidiária, o Decreto 3156/99 estabelece que o subsistema de saúde indígena não prejudica as atribuições da rede dos Estado e Municípios no âmbito do SUS:

Art 1º A atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde.

Parágrafo único. As ações e serviços de saúde prestados aos índios pela União não prejudicam as desenvolvidas pelos Municípios e Estados, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O Art. 2 do Decreto 3156/99 estabelece os princípios da assistência aos povos indígenas e em sua alínea VII se refere ao acesso à rede do SUS. O parágrafo único assegura a realização da atenção básica por parte dos DSEI, no interior das terras indígenas.

Art 2º Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, deverão ser observadas as seguintes diretrizes (...):

(...)

VII – a garantia aos índios e às comunidades indígenas de acesso às ações de nível primário, secundário e terciário do Sistema Único de Saúde – SUS;

(...)

Parágrafo único. A organização das atividades de atenção à saúde das populações indígenas dar-se-á no âmbito do Sistema Único de Saúde e efetivar-se-á, progressivamente, por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, ficando assegurados os serviços de atendimento básico no âmbito das terras indígenas.

A Portaria MS 254/02 aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Em seu Item 4.2, que trata da organização dos DSEI, refere que a rede de atendimento dos distritos sanitários será dentro das terras indígenas, sendo esta articulada à rede externa do SUS:

Cada distrito organizará uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde.

(...)

As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Pólos-Base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e será articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade sócio-econômica e a cultura de cada povo indígena, por intermédio de diferenciação de financiamento.

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, deverão ser definidos procedimentos de referência, contra-referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço.

A relação entre a rede do SUS e o subsistema de saúde indígena é estabelecida pela Portaria MS 1163/99. Em seu Art. 2 prevê como atribuição da FUNASA a manutenção de rede para atenção básica no território do Distrito Sanitário Especial Indígena, remetendo a assistência de maior complexidade à rede de estabelecimentos de saúde do SUS, numa articulação com os gestores municipais e estaduais. O Art. 3 e parágrafo único conferem à SAS e gestores municipais e estaduais a responsabilidade de garantir o acesso dos índios e das comunidades indígenas ao SUS, configurando a recusa ao desempenho deste papel como ilícito. Para garantir o acesso dos índios ao SUS, o Art. 5 da Portaria MS 1163/99 institui Fator de Incentivo de Atenção Básica (IAB-PI, também conhecido como PSF indígena) que prevê equipes multidisciplinares a serem operadas pela FUNASA, Estados ou Municípios (nestes dois últimos casos com transferência fundo a fundo e acréscimo do teto). O Art. 7 cria o Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico a População Indígena (IAPI) definindo que ele será pago perfazendo até 30% o valor da produção de AIH das unidades do SUS que atendem à população indígena.

A Portaria FUNASA 852/99 em se Art. 8, III, regulamenta o funcionamento dos DSEI e CASAI, atribuindo ao Coordenador Regional da FUNASA, em cooperação com os Chefes de DSEI, a incumbência de articular uma perfeita integração com o SUS e sua rede municipal ou estadual.

As Portarias 069/2004/GM/MS e 741/GM, de 23/04/2004, respectivamente criam e ampliam o Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, de caráter consultivo, composto por representantes de gestores, usuários e prestadores de serviço/trabalhadores de saúde, inclusive com representações do CONASS e CONASEMS.

A Portaria 070/2004/GM/MS aprova as diretrizes de gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, definindo a autoridade sanitária dos Chefes de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, as competências dos órgãos do Ministério da Saúde e o papel complementar de Estados, Municípios e outras instituições governamentais e não-governamentais.

As Portarias 069, 070 e 741/GM, de 20/01/2004 e 23/04/2004 fazem parte de uma proposta de consolidação do Modelo de Atenção à Saúde Indígena em curso no Ministério da Saúde/FUNASA fortalecendo o papel gestor do Ministério e repensando o modelo de execução da atenção básica nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e a realização das parcerias com prefeituras, universidades e organizações da sociedade civil.

Distritos Sanitários Especiais Indígenas

O Subsistema de Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde está organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI –, considerados como pontos de referência para as atividades de planejamento, organização e operacionalização, baseadas nas necessidades locais de saúde e com diretrizes de desenvolvimento provenientes do nível central.

A definição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, atualmente, leva em conta os seguintes critérios de organização:

- (1) população, área geográfica e perfil epidemiológico;
- (2) vias de acesso aos serviços instalados na localidade e à rede regional do SUS;
- (3) relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade de entorno;

- (4) distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas – que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas -; e
- (5) disponibilidade de serviços, recursos humanos e infra-estrutura nos serviços de retaguarda.

Portanto, a definição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas ao mesmo tempo que incorpora ao SUS o respeito à diversidade e distribuição espacial dos povos indígenas, cultural e historicamente determinada e diversa da divisão política em unidades federativas, respeita o conceito de regionalização da rede de serviços do SUS, podendo ser útil para a estratégia de consolidação desta.

Atuando diretamente em saúde indígena no âmbito dos DSEI, em julho de 2004 existiam 3.335 contatados pelas Secretarias Municipais de Saúde - SMS, com recursos do Incentivo de Atenção Básica à Saúde dos Povos Indígenas e 336 contatados com recursos próprios das prefeituras municipais, em um universo de 10.501 profissionais, onde 1.517 são contratados diretamente pela FUNASA, 4.955 contatados por entidades conveniadas com a FUNASA e 358 com outros tipos de vínculo. Em fevereiro de 2005 atuavam diretamente na atenção à saúde indígena o Brasil, ligados aos DSEI, 459 médicos, 635 enfermeiros, 437 Odontólogos, 124 assistentes sociais, 13 nutricionistas, 15 antropólogos, 2.175 técnicos e auxiliares de enfermagem. O número de Agentes Indígenas de Saúde que em 1998 era de cerca de 1.400 pessoas subiu em 2005 para 4.751, sendo que a estes se soma ainda 987 Agentes Indígenas de Saneamento (dezembro/2005).



Incentivos Financeiros a Municípios e Estabelecimentos de Atenção à Saúde

A Portaria MS 1.163/SAS/MS, de 14 de setembro de 1999, cria alguns mecanismos de relacionamento do subsistema com as demais esferas do SUS, estabelecendo a responsabilidade sanitária do Distrito Sanitário Especial Indígena na atenção básica em terras indígenas.

Os fatores de incentivo à atenção básica aos povos indígenas - IAB-PI e de atenção ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico à população indígena – IAPI visam facilitar o relacionamento entre o subsistema de saúde indígena e os demais níveis e serviços do Sistema Único de Saúde, garantindo a atenção básica e o acesso à assistência de média e alta complexidade e internação hospitalar.

A consolidação do modelo de atenção da saúde indígena tem como eixo um processo de garantia do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade e a humanização dos cuidados em saúde. Neste sentido, está em curso o processo de reforma institucional das Casas de Saúde do Índio – CASAI, enquanto unidade mediadora do acesso à rede de alta e média complexidade regional e nacional.

Compõe esta reforma o desenvolvimento de estratégias de acolhimento e avaliação de risco do paciente indígena, construção com base nas necessidades de saúde de projetos terapêuticos singularizados; reconhecimento e valorização da autonomia dos sujeitos dentre outros; reestruturação física das unidades de saúde e contratualização com as unidades de saúde que recebem incentivos financeiros (envolvendo regulação, centrais de agendamento de consultas e procedimentos, responsabilização quanto aos projetos terapêuticos etc). Para tal, a articulação com a rede e serviços do SUS, com papel ativo dos seus gestores em co-gerir com a autoridade sanitária dos DSEI é fundamental para reverter a exclusão dos povos indígenas de seu direito ao acesso aos serviços de saúde.

Histórico de repasses de incentivos da saúde indígena criados pela Portaria 1163/99

Ano	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
IAPI *	0	9.124.079	15.181.224	15.035.546	16.901.778	18.088.126	20.654.712
Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas **	1.000.550	9.741.900	28.871.000	42.917.120	44.805.570	57.382.120	94.674.520
Total	1.000.550	18.865.979	44.052.224	57.952.666	61.707.348	75.470.246	115.329.232

* Incentivo de Atenção Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena. Remuneração de procedimentos ao estabelecimento de saúde.

**Repasse fundo a fundo à Prefeitura Municipal. Também conhecido como PSF Indígena.

Fonte: Fundo Nacional de Saúde / MS. Disponível em www.fns.saude.gov.br

- Incentivo de atenção ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico à população indígena.

A concessão do Incentivo de atenção ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico à população indígena - IAPI visa a humanização e garantia do acesso aos serviços por parte do cidadão indígena e possibilitar que os estabelecimentos de saúde sejam capazes de desenvolver estratégias de acolhimento e responsabilização, que podem envolver ações como:

- garantir as internações necessárias e dar suporte ambulatorial, diagnóstico e terapêutico especializado, dentro de sua capacidade instalada, implementando o fluxo de referência e contra-referência com CASAI, DSEI e Pólos-base;
- permitir ao paciente a presença de acompanhante(s), acomodações e alimentações adequadas, de acordo com as disponibilidades das Unidades de Saúde;
- encaminhar por ocasião da alta hospitalar o resumo do atendimento;
- disponibilização de meios de transporte para o paciente por ocasião das consultas médicas, da internação e da alta hospitalar;
- disponibilizar, dieta para paciente e acompanhante(s), de acordo com as peculiaridades dos povos indígenas;
- utilização e adequação dos ambientes dos EAS de acordo com as especificidades, costumes e tradições de cada etnia, como: adaptação de armadores de rede, ambiente para rituais tradicionais;
- contratação de especialistas indígenas, intérpretes bilíngües, realização de capacitações para a atenção intercultural à saúde;
- prioridade no acesso aos serviços das EAS, de acordo com estratificação de risco e vulnerabilidade da população indígena.

Os recursos repassados aos estabelecimentos de atenção à saúde mensalmente podem ser utilizados para quaisquer tipos de despesas, de custeio ou capital, dentro do objetivo de facilitar o acesso e humanizar/qualificar o atendimento aos pacientes indígenas.

O Incentivo não é uma remuneração pelo procedimento feito na unidade saúde. É um acréscimo, um adicional ao pagamento já feito pelo SUS normalmente. Ou seja, nenhuma unidade pode vincular a prestação de quaisquer serviços ao recebimento do incentivo. O incentivo visa sim estimular a adoção de medidas de qualificação do atendimento ao paciente indígena, culturalmente diferenciado e portador de demandas específicas para que se realize de fato a equidade no sistema de saúde.

- Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas

O Fator de Incentivo de Atenção Básica aos povos indígenas (IAB-PI, também conhecido como PSF indígena ou PAB indígena) visa possibilitar a contratação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSI a serem operadas pela FUNASA ou Municípios. A transferência de recursos é exclusivamente para a contratação de pessoal e é feita por meio de repasses fundo a fundo, extra teto de atenção básica².

² Art. 5º, §3, da Portaria nº1163/GM/MS.

A atuação da equipe contratada com o IAB-PI se dá no âmbito do DSEI e se fará na atenção básica aos povos indígenas, ou seja, nas terras indígenas. Embora os mecanismos de contratação e atuação sejam semelhantes, as EMSI não são equipes do Programa de Saúde da Família – PSF e deverão usar os formulários e sistemas de informação definidos pelo DESAI/FUNASA e estarão sob a supervisão e acompanhamento da equipe técnica do DSEI e do DESAI/FUNASA. A metodologia de trabalho e as metas de atenção e produção são as definidas pelo DESAI/FUNASA.

O IAB-PI permite a contratação dos seguintes profissionais: médicos, odontólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, Agente Indígena de Saúde e Agente Indígena de Saneamento. As contratações devem ser feitas por processo seletivo e por meio de uma comissão de seleção liderada pelo DSEI/FUNASA.

A qualificação de um município para o recebimento do IAB-PI se dá após o DSEI enviar ao DESAI/FUNASA parecer e memorando de solicitação de habilitação, justificando a necessidade e o quantitativo de profissionais a serem contratados pela Prefeitura. Após análise e deferimento, o DESAI/FUNASA encaminha à SAS/MS um ofício solicitando a qualificação, alteração de qualificação ou exclusão de um município para o recebimento do incentivo.

Sobre a propriedade dos bens eventualmente adquiridos com saldos não aplicados na contratação de equipes multidisciplinares e a responsabilidade de sua manutenção, a Procuradoria Federal da Funasa se manifestou em seu Parecer nº509/PGF/Funasa/2003, de 2 de setembro de 2003, acatado pelo Parecer CONJUR/CODELEGIS/MAG Nº3022/2003, da Consultoria Jurídica/AGU do Ministério Saúde ³, entendendo que passam a integrar o patrimônio municipal:

“O critério norteador da aplicação dos recursos disponibilizados ... deve ser sempre a garantia da assistência aos povos indígenas da forma mais completa possível. ... os bens que os municípios adquirirem com eventual saldo de recurso do incentivo de atenção básica aos povos indígenas pertencem a eles (municípios), a quem cabe a manutenção de tais bens. Ressalte-se, por oportuno, que cabe à FUNASA evitar a aplicação indevida dos recursos, a fiscalização dos serviços a que os municípios se propõem a prestar às populações indígenas”.

Orçamento

Para a atenção à saúde indígena, no ano de 2002 o teto orçamentário de recursos próprios da Fundação Nacional de Saúde, aprovado no Plano Plurianual (PPA), foi de R\$124, 2 milhões. No ano de 2005 o teto aprovado foi de R\$ 200,8 milhões (incremento de 61,86%), sendo efetivamente gastos R\$216,7 milhões.

Em 2002, os incentivos da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/MS para a Atenção Básica e Incentivo Hospitalar foram de R\$ 58,8 milhões, enquanto que, no ano de 2005 a SAS repassou como incentivos à saúde indígena R\$ 115,3 milhões, correspondendo a um incremento de 96% nos recursos investidos.

³ Processo Scdweb/Funasa 25220.001.939/2003-89 e Sipar/MS 25000.094.748/2003-47.

Atenção à saúde

A atenção à saúde indígena está baseada na concepção de Distritos Sanitários como processos de mudanças das práticas de saúde no intuito de provocar impactos na situação de saúde da população⁴. Isto significa que, além de ser federal a responsabilidade pela prestação dos serviços, estes devem ser orientados para um espaço sociocultural, geográfico e administrativo bem delimitado, requerendo a reordenação da rede de assistência e das práticas sanitárias⁵.

Cada distrito conta com uma rede interiorizada de serviços da atenção básica. Começando nas aldeias, com os postos de saúde, organiza-se de forma hierárquica (pólos-base) e articula-se com unidades de saúde do SUS. Essa rede conta com equipes de profissionais compostas, basicamente, por médicos, odontólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem (equipe multidisciplinar) e agentes indígenas de saúde (AIS) e de saneamento (AISAN). Conta-se também com a participação de profissionais como antropólogos, educadores, engenheiros e outros especialistas e técnicos.

O número, a qualificação e o perfil dos profissionais das equipes são estabelecidos de acordo com planejamento participativo e ascendente (Plano Distrital de Saúde), considerando, entre outros aspectos, o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico e as necessidades específicas para o controle das principais doenças transmissíveis. Este planejamento tem que necessariamente ser aprovado pelo Conselho Distrital de Saúde.

A garantia de direitos aos povos indígenas feita na Constituição Federal permitiu sua institucionalização e a incorporação de vários mecanismos específicos e a criação do subsistema de saúde indígena do Sistema Único de Saúde.

A transferência em 1999 das ações de saúde do âmbito do Ministério da Justiça, onde se localiza a Fundação Nacional do Índio, para o Ministério da Saúde garantiu uma maior profissionalização dos serviços e a crescente articulação com as ações e estratégias adotadas no Sistema Único de Saúde. Garantiu também a adoção de incentivos financeiros e uma importante elevação dos investimentos em saúde indígena, tanto nas ações de custeio de atividades quanto nas de investimentos em equipamentos e obras. As ações de abastecimento de água em terras indígenas foram muito incrementadas.

A criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas em 1999 é um avanço aplaudido pelos movimentos indígena, indigenista e sanitário, sendo um eficiente meio de garantir a descentralização das ações, o controle e a participação social e a atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas.

4 Os Distritos Sanitários como modelo de organização dos serviços de saúde são uma proposta que nasceu no bojo do movimento da Reforma Sanitária, organizado no Brasil a partir da década de 1970 (Cf. Vilaça Mendes. O Distrito Sanitário. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993).

5 A definição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, atualmente, leva em conta os seguintes critérios de organização: (1) população, área geográfica e perfil epidemiológico; (2) vias de acesso aos serviços instalados na localidade e à rede regional do sus; (3) relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade de entorno; (4) distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas – que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas -; e (5) disponibilidade de serviços, recursos humanos e infra-estrutura nos serviços de retaguarda.

O registro de informações de saúde no período de 1993 a 1995 foi precário e praticamente inexistiu no período de 1996 a 1998. A instalação dos DSEI veio reverter este quadro, possibilitando a partir de 2000 a construção de séries de indicadores de saúde.

Redução da mortalidade infantil. De 1998 em diante houve constante redução dos indicadores de mortalidade infantil, saindo de 96,8/1000nv naquele ano para 57,2/1000nv em 2001, 55,7/1000nv em 2003 e 50,9/1000nv em 2005 (indicadores ainda bastante elevados em comparação ao indicador nacional de 24,3/1000 nascidos vivos em 2003).

Redução do Coeficiente de Mortalidade Geral que de 12,8/1000 em 1998 e atingiu 2001 o patamar de 6,1/1000, 5,03/1000 em 2003 e 4,6/1000 em 2005.

Tuberculose. O Coeficiente de incidência da tuberculose pulmonar positiva no ano de 2002 era de 108,6/100.000 habitantes. A partir deste período foram priorizadas atividades como: intensificação da descoberta precoce de casos, com busca ativa e continuada de sintomáticos respiratórios nas aldeias e nas Casas de Saúde do Índio (Casai); diagnóstico e tratamento diretamente supervisionado (Dots), além do monitoramento e avaliação das estratégias, atividades e impacto das ações de assistência e vigilância epidemiológica para a tuberculose. Como conseqüência, observamos uma tendência de queda do indicador para 64,32/100.000 em 2004 e 49,73/100.000 em 2005. Em 2003 (último ano com informações nacionais disponíveis), a taxa de incidência da tuberculose pulmonar positiva no Brasil era de 24,2/1000.

A proporção de casos de tuberculose curados é de 79% em 2005, considerados os sem informação. No Brasil, no ano de 2003, a proporção de casos curados é de 56% no ano de 2003 (último com informações disponíveis), demonstrando um maior acompanhamento dos pacientes indígenas.

Natalidade. A taxa bruta de natalidade variou de 31,2/1.000 habitantes em 2002 para 28,9/1.000 em 2005. O Coeficiente de Fecundidade variou de 119,6/1.000 em 2002 para 123,2/1.000 em 2005. O índice vital, razão entre os nascidos vivos e os óbitos, é um indicador demográfico pouco utilizado, uma vez que nem só dos óbitos e dos nascimentos depende a dinâmica populacional. Entretanto, entre os índios onde as correntes migratórias costumam não ser tão intensas e é restrita em geral às aldeias de uma mesma nação, pode ser útil para dar uma noção do crescimento vegetativo. Em 2002, este indicador esteve em torno de cinco, vale dizer, nasceram cinco vezes mais pessoas que morreram no período. Em 2005, o índice vital é de 6,3 (o índice nacional para 2003 é de 2,98).

Vigilância Nutricional

Com relação às condições nutricionais, não se dispõe de um quadro consolidado, sobretudo com representatividade das populações indígenas do Brasil. Em estudos nacionais, como o Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF, 1975) e a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN, 1989), povos indígenas não foram incluídos. Os estudos existentes não permitem estabelecer indicadores mínimos, como a esperança de vida ao nascer ou a prevalência nacional e regional da desnutrição infantil, mas sinalizam grandes problemas nutricionais de diferentes grupos e regiões, indicando situações precárias quando comparados com outros segmentos da sociedade nacional.

Em geral, os resultados apontam para elevadas frequências de déficits de estatura para idade (abaixo de -2 escores z), interpretado como indicativo de desnutrição. Para a população brasileira, os dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS\1996) indicaram uma prevalência de 10,5% de baixa estatura para a idade em crianças menores de cinco anos, valor que contrasta com os valores observados em crianças indígenas, nos estudos analisados. Na população brasileira estima-se que, de cada dez gestantes que fazem pré-natal, três são anêmicas, atingindo 50% nas crianças (Arruda, 1995).

O objetivo da Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (SISVAN-Indígena) é estabelecer o diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional da população, no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, permitindo, assim, conhecer como se apresentam os agravos nutricionais nesta população propondo medidas imediatas ao diagnóstico e medidas articuladas intersetorialmente, incluindo políticas e ações eficazes para todos ou para os grupos de maior vulnerabilidade.

A partir do ano de 2003 iniciou-se a implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional em áreas indígenas, com a estruturação de área técnica no Departamento de saúde Indígena, a inclusão de objetivo específico no planejamento setorial, a articulação com os programas de segurança alimentar do Ministério do Desenvolvimento Social. Em 2005,

- foi elaborada Norma Técnica para o SISVAN nos distritos sanitários indígenas.
- Foram realizadas duas capacitações em Vigilância Alimentar e Nutricional para profissionais dos DSEI Xavante, Vale do Javari e Alto Rio Solimões.
- Foi realizado Seminário sobre as Diretrizes do SISVAN Indígena, para os responsáveis pela ação sendo a implantação do SISVAN iniciada nos Distritos.
- Foi constituída equipe técnica para ações de vigilância nutricional em nível central e contratados 13 nutricionistas para implantação do SISVAN nos Dsei.
- Foi elaborado um módulo informatizado específico para informações nutricionais no sistema nacional de informações da saúde indígena.
- Foi firmado convênio com uma instituição acadêmica (FIOCRUZ) para apoio técnico para implantação do Sisvan.

Rede Básica de Saúde Indígena

Atualmente os Distritos Sanitários Especiais Indígenas são responsáveis por uma rede de serviços de saúde, no nível da atenção básica, formado por 297 Pólos Base, 717 Postos de Saúde e 54 Casas de Saúde do Índio (Casai). O atendimento de média e alta complexidade é realizado por uma rede de 362 hospitais de referência estadual e municipal do Sistema Único de Saúde.

No ano de 2005 foram construídos novos prédios em 3 Casais (Campo Grande, Araguaína, Gurupi), de 06 Pólos-base e 09 Postos de Saúde e reformados 12 Casais, 01 Pólo-base e 05 Postos de Saúde, sendo investidos R\$12,9 milhões.

Rede de Atendimento a Saúde

Estabelecimentos Assistência de Saúde	Dez./2002	Jul./2005
--	------------------	------------------

Posto de Saúde	412	717
Pólo Base	152	323
Casa de Saúde do Índio - Casai	39	55
Hospitais de Referência Qualificados	329	362
Total	932	1.457

Fonte: Comoa/ Desai/**Funasa**

Recursos Humanos

A estruturação do subsistema de saúde indígena gerou, ao longo dos anos, impactos positivos crescentes na saúde dos povos indígenas brasileiros. Entre eles, a constituição de serviços contínuos e equipes profissionais nas terras indígenas, o início da organização de um sistema regular de informação demográfica e de agravos, a inserção crescente de profissionais indígenas nas equipes de saúde de atenção primária (Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento), a constituição de formas participativas protagonizadas pelos usuários e trabalhadores indígenas e a inclusão destes povos no processo de universalização do SUS.

Este processo resultou em uma estruturação crescente de profissionais de saúde, sobretudo Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) formadas por Agentes Indígenas de Saúde (AIS), médicos, odontólogos, enfermeiros e auxiliares ou técnicos de enfermagem. Houve incremento de recursos humanos, como mostra o quadro a seguir:

Recursos Humanos para atendimento da Saúde Indígena

Recursos Humanos	Dez./2002	Fev./2005
Médico	234	459
Enfermeiro	367	635
Odontólogo	231	437
Aux. Enfermagem	1.230	2.175
AIS	2.737	4.751
AISAN	437	713
Outros	1.152	3.394 *
Total	6.388	12.564

* Inclui 124 Assistentes Sociais e 15 Antropólogos.

Fonte: Comoa/Desai/**Funasa**/MS.

Formação de Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento

Através de uma metodologia construtivista, com etapas de concentração e de dispersão, de 2000 a 2003 foram capacitados 3.376 Agentes Indígenas de Saúde – AIS no “módulo introdutório” do curso de formação de Agentes Indígenas de Saúde. Destes, 1.695 AIS fizeram o Módulo de Doenças Endêmicas; 499 AIS fizeram o módulo Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS; 170 AIS fizeram o Módulo Parasitoses Intestinais e Doenças de Pele e 878 AIS fizeram o Módulo Saúde da Mulher, Criança e Saúde Bucal. Em 2005, atuavam em suas comunidades 4.751 agentes indígenas de saúde, supervisionados pelos profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena.

Para garantir a sustentabilidade das ações de saneamento nas Áreas Indígenas, a Fundação Nacional de Saúde, por meio do Departamento de Engenharia de Saúde Pública – DENSP –, propôs, no ano de 1999, o Programa de Capacitação de Agentes Indígenas de Saneamento – AISAN. O objetivo é preparar o próprio índio para realizar a operação e a manutenção dos sistemas de abastecimento de água, além de outras atividades complementares, como o desenvolvimento, em parceria com o Agente Indígena de Saúde – AIS –, do processo de educação em saúde na sua aldeia, buscando-se assim contribuir para melhorar a qualidade de vida da comunidade e reduzir os índices de morbimortalidade por doenças de veiculação hídrica. No período de 2003 e 2004 foram capacitados 348 AISAN. Em 2004 estes agentes eram 821. Em 2005 foram formados mais 214 AISAN, totalizando 987 Agentes Indígenas de Saneamento em efetiva atuação nas aldeias.

Saneamento em Áreas Indígenas

No ano de 2002, o saneamento em áreas indígenas atendia cerca de 26% das aldeias existentes no Brasil. Em 2003 foram investidos R\$12,9 milhões e atendidas 364 aldeias em 144 municípios, com uma população de 87.597 índios. Em 2004 foram utilizados recursos da ordem de 21,8 milhões atendendo 420 aldeias, em 171 municípios e beneficiando 78.000 pessoas. Ao fim de 2005, 1.216 comunidades indígenas, das 4.280 existentes possuem sistemas de abastecimento de água, atendendo a cerca de 54,8% da população indígena nas aldeias. Em 2005 foram executados R\$18,4 milhões em obras de saneamento.

Controle da Qualidade da Água em Áreas Indígenas

Até o início de 2003, os sistemas de abastecimento de água implantados nas aldeias indígenas não contavam com monitoramento contínuo da qualidade da água. Em 2004, foram iniciadas ações no sentido de implantar um monitoramento efetivo da qualidade da água, sendo que no final no ano 205 aldeias já contavam com tal monitoramento. Em 2005, o controle da qualidade da água já abrange 373 aldeias. Na melhoria da qualidade da água destaca-se ainda a implantação de sistema de desinfecção em 292 aldeias em 2004, atingindo 410 aldeias em 2005.

Participação e controle social

As ações de atenção à saúde indígena nos DSEI são construídas e avaliadas por conselhos locais e distritais de saúde indígena, paritários e deliberativos. No âmbito Federal, o controle social é exercido pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS –, que é assessorado pela Comissão Intersetorial da Saúde Indígena – CISI.

O Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi instituído na Portaria 69/GM de 20 de janeiro de 2004 (modificada pela Portaria Nº 741, de 22 de abril de 2004) contando com representantes da sociedade civil, Ministério Público Federal, índios e órgãos governamentais, se tornando importante instância de acompanhamento e proposição de caminhos para consolidação do subsistema de saúde indígena.

Outra instância de acompanhamento criada em nível nacional, em 2004, foi o Fórum dos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, que reúne os indígenas que presidem estes conselhos.

Como parte dos mecanismos de participação e controle social, periodicamente são realizadas conferências nacionais de saúde indígena, com composição paritária onde 50% são usuários indígenas do sistema de saúde, 25% trabalhadores de saúde e 25% representantes do governo e dos prestadores de serviço. Está convocada a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena para março de 2006, tendo sido as três edições anteriores realizadas nos anos 2001, 1993 e 1986. O tema central da 4ª Conferência é “Distrito Sanitário Especial Indígena – Território de Produção de Saúde, Proteção da Vida e Valorização das Tradições” e será discutido a partir de cinco eixos temáticos: 1. Direito à Saúde; 2. Controle Social e Gestão Participativa; 3. Desafios Indígenas Atuais; 4. Trabalhadores Indígenas e Não-Indígenas de Saúde; 5. Segurança Alimentar e Nutricional e Desenvolvimento Sustentável. Este temário já foi previamente discutido em um processo que envolveu 12.500 pessoas em 250 conferências locais e 34 conferências distritais de saúde indígena, realizadas no segundo semestre de 2005.

A Lei 8080/90 em seu artigo 19-H garante às populações indígenas o direito de participação nos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde. O Conselho Nacional de Saúde já tem um conselheiro indígena, indicado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, órgão assessor do CNS.

Nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas existem os Conselhos Distritais de Saúde, de caráter deliberativo constituídos de acordo com a Lei nº 8.142/90, observando em sua composição a paridade entre usuários e prestadores de serviços, com a competência de aprovar os planos distritais de saúde e avaliar a prestação de serviços. Os Conselhos Locais de Saúde são constituídos pelos representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Pólos-Base, podendo ser lideranças tradicionais, professores indígenas, Agentes Indígenas de Saúde e outros. Os representantes são escolhidos pelas comunidades da região com indicação formal pelo chefe do Distrito.

São foros intersetoriais e interinstitucionais da saúde indígena:

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

Conferência temática, parte integrante das Conferências Nacionais de Saúde, criadas pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990., é realizada a cada quatro anos e é a instância máxima de controle social. De caráter deliberativo, têm composição paritária entre usuários e prestadores de serviço/trabalhadores de saúde.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Criado pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Possui um representante indígena indicado pela Comissão Intersetorial de Saúde do Índio. De caráter deliberativo para o Sistema Único de Saúde.

COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO ÍNDIO

Resolução CNS/MS No.293, do Conselho Nacional de Saúde, de 08 de julho de 1999. Comitê consultivo permanente do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

COMITÊ CONSULTIVO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

As Portarias 069/2004/GM/MS e 741/GM, de 23/04/2004, respectivamente criam e ampliam o Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, de caráter consultivo,

composto por representantes de gestores, usuários e prestadores de serviço/trabalhadores de saúde, inclusive com representações do CONASS e CONASEMS.

CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE INDÍGENA

Criados pelo Decreto 3156 de 27 de agosto de 1999. De caráter deliberativo (Portaria MS 254 de 31 de janeiro de 2002), têm composição paritária entre usuários e prestadores de serviço/trabalhadores de saúde.

CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE INDÍGENA

Criados pelo Decreto 3156 de 27 de agosto de 1999. De caráter consultivo ao Conselho Distrital, têm composição majoritária por membros das comunidades indígenas a que estão vinculados.

FÓRUM DOS PRESIDENTES DE CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE INDÍGENA

Reúne os 34 Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena para discussão da dinâmica do controle social e da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

CONSELHOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE

A Lei 9.836 de 23 de setembro de 1999 faculta a participação das populações indígenas nestes organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde. De caráter deliberativo, têm composição paritária entre usuários e prestadores de serviço/trabalhadores de saúde.

Fundo de Iniciativas Comunitárias - FUNASA/VIGISUS

O Fundo de Iniciativas Comunitárias visa responder às demandas de distintas organizações indígenas por apoio a pequenos projetos de iniciativa e gestão comunitárias e financiará até 150 projetos de R\$10.000,00 a R\$30.000,00. Os projetos devem ser focalizados nas seguintes áreas temáticas: redução da mortalidade neonatal, infantil e materna, promoção da segurança alimentar e reversão do quadro de prevalência da desnutrição aguda e crônica em crianças, promoção da saúde preventiva, resgate e valorização dos conhecimentos e sistemas de saúde tradicionais e promoção da organização das mulheres indígenas.



***Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales
y Culturales : Brazil. 23/05/2003.
E/C.12/1/Add.87. (Concluding Observations/Comments)***

Convention Abbreviation: CESCR
COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS,
SOCIALES Y CULTURALES
30º período de sesiones

5 a 23 de mayo de 2003

EXAMEN DE LOS INFORMES PRESENTADOS POR LOS ESTADOS PARTES
DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 16 Y 17 DEL PACTO
Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

BRASIL

1. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales examinó el informe inicial del Brasil sobre la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (E/1990/5/Add.53) en sus sesiones octava, novena y décima, celebradas los días 8 y 9 de mayo de 2003 (E/C.12/2003/SR.8, 9 y 10), y aprobó en su 29ª sesión, celebrada el 23 de mayo de 2003 (E/C.12/2003/SR.29), las observaciones finales que figuran a continuación.

A. Introducción

2. El Comité celebra la presentación del informe inicial del Brasil, que fue elaborado de

conformidad con las directrices establecidas, pero lamenta la tardanza en hacerlo y la falta de respuestas por escrito a su lista de cuestiones (E/C.12/Q/BRA/1).

3. Si bien aprecia el diálogo franco que mantuvo con la delegación, el Comité lamenta que ésta no contara con suficientes expertos en derechos económicos, sociales y culturales que pudieran proporcionarle información sobre las medidas concretas adoptadas por el Estado Parte para cumplir las obligaciones contraídas en virtud del Pacto.

B. Aspectos positivos

4. El Comité toma nota con reconocimiento de que en la Constitución Federal aprobada en 1988 se incorpora una amplia gama de derechos humanos, incluidos algunos de los derechos económicos, sociales y culturales consagrados en el Pacto. El Comité toma nota también de que, en virtud de lo dispuesto en el artículo 5 de la Constitución, los derechos y garantías previstos en los tratados internacionales, en los que el Brasil es Parte, se consideran parte de la legislación nacional.

5. El Comité celebra la aprobación en 2002 del nuevo Código Civil, que sustituyó al de 1916 y estableció el principio de igualdad entre el hombre y la mujer.

6. El Comité acoge con satisfacción la aprobación en mayo de 1996 de un programa nacional de derechos humanos, así como la creación de una Secretaría de Estado para los Derechos Humanos que se encargará de vigilar la ejecución del programa.

7. El Comité acoge complacido los nuevos programas que el Estado Parte ha elaborado para luchar contra la discriminación, que contemplan el establecimiento de un consejo nacional para los derechos de la mujer, un consejo nacional de lucha contra la discriminación y programas de discriminación positiva para los afrobrasileños, en particular las mujeres.

8. El Comité acoge complacido también los progresos alcanzados en la lucha contra los prejuicios y las barreras raciales, como se demuestra en el nombramiento de afrobrasileños a cargos públicos de categoría superior por sus méritos y su competencia profesionales.

9. El Comité acoge con satisfacción el programa "Fome Zero", emprendido por el Estado Parte con miras a erradicar el hambre y que beneficia a una parte importante de la población.

10. El Comité toma nota con reconocimiento de las actividades que desde 1996 lleva a cabo el Estado Parte para reducir en 50% la tasa de mortalidad como consecuencia del VIH/SIDA.

11. El Comité toma nota con reconocimiento de la Enmienda Constitucional N° 14 (aprobada el 12 de septiembre de 1996), por la que se estableció el Fondo Nacional de Mantenimiento y Desarrollo de la Enseñanza Fundamental y de Valorización del Magisterio (FUNDEF), se reorganizó el sistema de enseñanza primaria y se asignaron más recursos a la educación.

12. El Comité acoge complacido las actividades que realizan en el Estado Parte relatores especiales independientes encargados de supervisar el ejercicio de los

derechos económicos, sociales y culturales, en particular el derecho a la alimentación, a la salud y a la educación.

13. El Comité acoge con satisfacción la actitud positiva del Estado Parte en relación con el proyecto de protocolo facultativo del Pacto.

14. El Comité acoge complacido la dinámica participación de la sociedad civil en la vigilancia de la aplicación del Pacto, incluso la amplia información que se le proporcionó al respecto.

C. Factores y dificultades que impiden la aplicación del Pacto

15. El Comité observa que las desigualdades persistentes y extremas y la injusticia social imperante en el Estado Parte han redundado en contra del ejercicio de los derechos garantizados en el Pacto.

16. El Comité toma nota de que la reciente recesión económica, junto con ciertos aspectos de los programas de ajuste estructural y de las políticas de liberalización económica, han surtido algunos efectos negativos en el goce de los derechos económicos, sociales y culturales consagrados en el Pacto, en particular, entre los grupos más desvalidos y marginados.

D. Principales motivos de preocupación

17. El Comité observa con preocupación las desigualdades persistentes y extremas entre las distintas regiones geográficas, estados y municipios y la injusticia social imperante en el Estado Parte. Al Comité le preocupan también los desequilibrios en la distribución de los recursos y los ingresos y en el acceso a los servicios básicos en el Estado Parte.

18. El Comité expresa preocupación por el hecho de que, pese a la existencia de disposiciones constitucionales y legislativas y de procedimientos administrativos para aplicar los derechos consagrados en el Pacto, no existen medidas ni recursos judiciales o de otro tipo eficaces para el ejercicio de esos derechos, sobre todo en el caso de los grupos más desvalidos y marginados.

19. El Comité expresa preocupación por la falta de capacitación adecuada en materia de derechos humanos en el Estado Parte, en particular con respecto a los derechos consagrados en el Pacto, especialmente en la judicatura y entre los agentes del orden u otros encargados de la aplicación del Pacto.

20. Al Comité le preocupa la generalización de una discriminación arraigada contra los afrobrasileños, los pueblos indígenas y los grupos minoritarios, como son las comunidades gitanas y los quilombos.

21. El Comité observa con preocupación que la existencia de barreras físicas y la falta de servicios adecuados constituyen trabas para la igualdad de oportunidades de los discapacitados.

22. El Comité expresa preocupación por la discriminación generalizada contra la mujer, en particular en cuanto a su acceso al mercado de trabajo, a igual remuneración

por trabajo de igual valor y a tener una representación suficiente en todas las instancias de los órganos de adopción de decisiones del Estado Parte.

23. Pese a que el Estado Parte ha logrado liberar a muchos trabajadores del trabajo forzoso, al Comité le preocupa enormemente la persistencia del trabajo forzoso en el Brasil que suele ser rayano a la esclavitud, en particular en las zonas rurales.

24. El Comité expresa preocupación porque el salario mínimo nacional no es suficiente para asegurar un nivel de vida adecuado a los trabajadores y a sus familias.

25. El Comité señala con preocupación la matanza de campesinos sin tierras y de afiliados a los sindicatos que son sus defensores, así como la impunidad de que disfrutaban los perpetradores de esos crímenes.

26. Si bien toma nota de la preocupación expresada por el Estado Parte en relación con la necesidad de una mayor coordinación de la política en favor de la infancia y la juventud, el Comité pide al Estado Parte que, en su próximo informe periódico, facilite información sobre las medidas adoptadas para mejorar el funcionamiento de los servicios para los niños y los jóvenes.

27. El Comité toma nota con preocupación de la elevada tasa de mortalidad materna como consecuencia de los abortos ilícitos, en particular en las regiones norteafricanas, donde las mujeres tienen poco acceso a los servicios médicos. Al Comité le preocupa asimismo la persistencia de la esterilización forzosa.

28. El Comité expresa preocupación por el hecho de que algunos artículos del Código Penal discriminan contra la mujer. Le preocupa en particular el artículo 215 del Código en que se exige que la víctima de una agresión sexual leve tenga que ser una "mujer honesta" para que se juzgue el delito.

29. El Comité toma nota con preocupación de la generalización de la violencia sexual y doméstica y de que en el Brasil son pocos quienes la denuncian.

30. Causa gran preocupación al Comité la elevada incidencia de la trata de mujeres con fines de explotación sexual.

31. El Comité señala con preocupación la gran concentración de tierras en manos de una minoría y de sus efectos negativos en la distribución equitativa de la riqueza.

32. Pese a que el Estado Parte ha puesto empeño en reducir la pobreza, al Comité le preocupa que la pobreza persista en el Estado Parte, sobre todo en el nordeste y en las zonas rurales y entre los afrobrasileños y los grupos más desvalidos y marginados.

33. El Comité observa con preocupación que, según el informe del Estado Parte, al menos 42% de las familias viven actualmente en viviendas inadecuadas sin abastecimiento de agua suficiente, sin instalaciones de saneamiento ni recogida de basuras. También observa que el 50% de la población de las principales ciudades vive en comunidades urbanas no estructuradas (asentamientos y viviendas ilegales, como se señala en el párrafo 512 del informe del Estado Parte).

34. El Comité observa con preocupación que el Estado Parte no ha facilitado el acceso al crédito ni a los subsidios para vivienda a las familias de bajos ingresos, ni lo ha previsto, sobre todo en el caso de los grupos más desvalidos y marginados.

35. El Comité expresa profunda preocupación porque el Estado Parte no brinda suficiente protección a los pueblos indígenas, que siguen siendo expulsados a la fuerza de sus tierras, son objeto de amenazas a su vida, e incluso de ejecuciones. Observa también con preocupación que no se respeta el derecho de los pueblos indígenas a la propiedad de la tierra y que se ha permitido que grupos interesados en la explotación de los recursos minerales y la madera, u otros intereses, expropien con impunidad grandes extensiones de tierras que pertenecen a pueblos indígenas.

36. El Comité expresa preocupación por el desalojo forzoso de los quilombos de sus tierras ancestrales, que son expropiadas con impunidad por empresas mineras y otras empresas comerciales.

37. El Comité toma nota con preocupación de las condiciones en que viven los reclusos y los detenidos en el Estado Parte, sobre todo en lo que respecta a la prestación de servicios médicos y al acceso a éstos, a una alimentación adecuada y al agua potable apta para el consumo.

38. Si bien el Estado Parte ha logrado reducir la mortalidad como consecuencia del VIH/SIDA, al Comité le preocupa que, pese a esos esfuerzos, se ha registrado un aumento importante de casos entre las mujeres y los niños.

39. El Comité expresa preocupación por la elevada tasa de analfabetismo que se registra en el Brasil y que, según el informe del Estado Parte, era de 13,3% en 1999, lo que pone de manifiesto las desigualdades sociales y económicas que siguen prevaleciendo en el país.

E. Sugerencias y recomendaciones

40. El Comité recomienda que el Estado Parte adopte medidas correctivas inmediatas para reducir las desigualdades persistentes y extremas y los desequilibrios en la distribución de los recursos y los ingresos y en el acceso a los servicios básicos entre las distintas regiones geográficas, estados y municipios, incluso acelerando el proceso de reforma agraria y de concesión de títulos de propiedad de las tierras.

41. El Comité insta al Estado Parte a que adopte medidas correctivas inmediatas para garantizar que se ejerzan realmente todos los derechos consagrados en el Pacto y que se pongan recursos concretos, ya sea judiciales o de otra índole, a disposición de todo aquel cuyos derechos económicos, sociales y culturales hayan sido vulnerados, sobre todo a los grupos más desvalidos y marginados. A este respecto, el Comité señala a la atención del Estado Parte su Observación general N° 9 sobre la aplicación interna del Pacto.

42. El Comité recomienda que el Estado Parte mejore sus programas de capacitación en materia de derechos humanos, en particular en la judicatura y entre los agentes del orden u otros encargados de la aplicación del Pacto, de manera que se garanticen un mejor conocimiento, la concienciación y la aplicación del Pacto y de otros instrumentos internacionales de derechos humanos.

43. El Comité recomienda encarecidamente que, en todos los aspectos de las negociaciones del Estado Parte con las instituciones financieras internacionales, se tengan en cuenta las obligaciones contraídas en virtud del Pacto para asegurar que el

disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales, en particular por parte de los grupos más desvalidos y marginados, no sufra menoscabo.

44. El Comité insta al Estado Parte a que adopte todo tipo de medidas eficaces para prohibir la discriminación por motivos de raza, color, origen étnico o sexo en todos los aspectos de la vida económica, social y cultural. Recomienda además que el Estado Parte adopte medidas urgentes para garantizar la igualdad de oportunidades a los afrobrasileños, los pueblos indígenas y los grupos minoritarios, como son las comunidades gitanas y los quilombos, especialmente en materia de empleo, salud y educación. El Comité pide también al Estado Parte que, en su segundo informe periódico, proporcione a este respecto información pormenorizada y amplia e incluya datos estadísticos comparados y desglosados.

45. El Comité insta al Estado Parte a que adopte todo tipo de medidas eficaces para asegurar la igualdad entre el hombre y la mujer, como se dispone en el párrafo 2 del artículo 2 y en el artículo 3 del Pacto. El Comité pide también al Estado Parte que, en sus políticas pertinentes, incorpore el principio de igual remuneración por trabajo de igual valor, como se establece en el Pacto, que reduzca la diferencia salarial que existe entre el hombre y la mujer y que proporcione, en su segundo informe periódico, información detallada al respecto.

46. El Comité insta al Estado Parte a que adopte medidas concretas para que los discapacitados disfruten plenamente de los derechos garantizados en el Pacto.

47. El Comité insta al Estado Parte a que aplique su Plan Nacional para la erradicación del trabajo en condiciones de esclavitud y emprenda medidas urgentes a este respecto, en particular mediante la imposición de sanciones eficaces.

48. El Comité pide al Estado Parte que garantice el salario mínimo a los trabajadores y a sus familias para que disfruten de un nivel de vida adecuado.

49. El Comité insta al Estado Parte a que emprenda acciones legales contra quienes cometen delitos contra los campesinos sin tierras y los afiliados a los sindicatos y a que adopte medidas eficaces y urgentes para garantizar la protección de todos los campesinos y los afiliados a los sindicatos.

50. Habida cuenta de que el Estado Parte ha señalado que en la reforma del sistema de seguridad social se prevé una mayor participación del Estado en aspectos fundamentales del desarrollo social, el Comité recomienda al respecto al Estado Parte que en el sistema de seguridad social y en las medidas de desarrollo social se tengan en cuenta las necesidades de los grupos más desvalidos y marginados.

51. El Comité pide al Estado Parte que ponga en práctica medidas legislativas y de otra índole, incluso que revise su actual legislación, para proteger a la mujer de los efectos del aborto clandestino y el practicado en condiciones de riesgo y velar por que la mujer no recurra a prácticas tan perjudiciales. El Comité pide al Estado Parte que, en su próximo informe periódico, proporcione información detallada, basada en datos comparados, sobre la mortalidad materna y el aborto en el Brasil.

52. El Comité pide al Estado Parte que revoque todas las disposiciones discriminatorias que figuran en el Código Penal, en particular el artículo 215.

53. El Comité exhorta al Estado Parte a que adopte todo tipo de medidas eficaces, entre otras que haga cumplir la legislación en vigor y amplíe las campañas nacionales de sensibilización, para eliminar todas las formas de violencia contra la mujer. El Comité recomienda también que el Estado Parte vele por una formación de los agentes de policía para que, además de las *delegacias da mulher* que existen en todas partes del país, estén en condiciones de tratar de manera adecuada los casos de violencia contra la mujer.

54. El Comité recomienda que el Estado Parte apruebe una legislación específica en contra de la trata de personas y vele por su aplicación efectiva.

55. El Comité insta al Estado Parte a que adopte medidas eficaces de lucha contra el problema de la pobreza, incluida la instauración de un plan de acción nacional contra la pobreza que abarque los derechos económicos, sociales y culturales. En este sentido, el Comité remite al Estado Parte a su declaración sobre la pobreza y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 4 de mayo de 2001 (E/C.12/2001/10).

56. El Comité insta al Estado Parte a que lleve a la práctica su política nacional y sus programas federales en materia de vivienda y a que apruebe políticas para todo el país, a fin de garantizar que las familias cuenten con viviendas dotadas de instalaciones y servicios adecuados. A este respecto, el Comité señala a la atención del Estado Parte su Observación general N° 4 sobre el derecho a una vivienda adecuada.

57. El Comité insta al Estado Parte a que proporcione acceso a los créditos y a los subsidios para vivienda a las familias de bajos ingresos y a los grupos más desvalidos y marginados.

58. El Comité pide al Estado Parte que vele por que se proporcione a los pueblos indígenas una verdadera protección contra amenazas y riesgos para sus vidas y contra la expulsión de sus tierras. En particular, el Estado Parte debería recabar el consentimiento de los pueblos indígenas afectados antes de llevar a cabo proyectos de explotación de la madera y de los minerales del suelo o del subsuelo o de emprender cualquier política oficial que los afecte, de conformidad con el Convenio N° 169 de la OIT.

59. El Comité insta al Estado Parte a que adopte medidas que garanticen las tierras ancestrales a los quilombos y a que vele por que todo desalojo forzoso que se practique cumpla las directrices establecidas en la Observación general N° 7 del Comité.

60. El Comité insta al Estado Parte a que adopte medidas eficaces, incluso políticas, programas y leyes concretas, cuya finalidad sea mejorar las condiciones de vida de los reclusos y los detenidos.

61. El Comité insta al Estado Parte a que ponga en práctica las medidas apropiadas para asegurar la realización efectiva de la reforma agraria.

62. El Comité insta al Estado Parte a que prosiga sus esfuerzos de prevención y atención en materia de salud, prestando servicios de salud sexual y reproductiva a la población, con atención especial a las mujeres, los jóvenes y los niños.

63. El Comité pide al Estado Parte que adopte medidas eficaces para luchar contra el analfabetismo y que, en su próximo informe periódico, proporcione información sobre

las medidas puestas en práctica y sobre los resultados obtenidos. El Comité pide también al Estado Parte que en su informe periódico aporte datos estadísticos desglosados y comparados.

64. El Comité pide que el Estado Parte difunda ampliamente las presentes observaciones finales entre todos los sectores de la sociedad y, en particular, entre los funcionarios públicos y la judicatura y que, en su próximo informe periódico, comunique al Comité todas las medidas que haya adoptado para ponerlas en práctica.

65. El Comité exhorta también al Estado Parte a que siga celebrando consultas con las organizaciones no gubernamentales y demás miembros de la sociedad civil al preparar su próximo informe periódico.

66. El Comité pide al Estado Parte que presente su segundo informe periódico a más tardar el 30 de junio de 2006.



[TOP](#) | [HOME](#) | [INSTRUMENTS](#) | [DOCUMENTS](#) | [INDEX](#) | [SEARCH](#)

©1996-2001

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights
Geneva, Switzerland