

FEVEREIRO
DE 2024

CONTRIBUIÇÃO DE:

Grupo de Trabalho de Saúde
(DWG) da Defensoria Pública da
União (DPU)

CONTRIBUIÇÃO PARA:

O apelo público do Comitê sobre os Direitos da Criança (CRC) do Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (OHCHR) sobre a implementação da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança e seu Protocolo Facultativo sobre a Venda de Crianças, Prostituição Infantil e Pornografia Infantil (OP-SC)

DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO

Setor Bancário Norte, Quadra 01, Bloco F, Edifício Palácio da Agricultura - Bairro Asa Norte
- CEP 70040-908 - Brasília - DF - www.dpu.def.br Sede da Defensoria Pública da União

Contribuições do Grupo de Trabalho sobre Saúde (HWG) para o apelo público do Comitê sobre os Direitos da Criança (CRC) do Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (OHCHR) sobre a implementação da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança e seu Protocolo Facultativo sobre a venda de crianças, prostituição infantil e pornografia infantil (OP-SC)

Introdução

A Defensoria Pública da União, por meio de seu Grupo de Trabalho de Saúde (GTS), apoia, monitora e adota medidas administrativas para garantir a efetividade e a implementação do direito à saúde da população economicamente desfavorecida.

No caso específico das crianças, a vulnerabilidade econômica e social é agravada pela vulnerabilidade biopsicológica de sua condição de desenvolvimento. Essa situação as torna ainda mais suscetíveis a danos físicos e mentais como resultado de uma possível negligência por parte dos responsáveis por cuidar delas, um papel que cabe não apenas à família, mas também à sociedade como um todo e Estado.

Diante dessa realidade e dos desafios apresentados no campo da saúde em geral e da saúde infantil em particular, desde a adoção da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança e seu Protocolo Facultativo sobre a venda de crianças, prostituição infantil e pornografia infantil, especialmente após a recente pandemia de COVID-19, este grupo de trabalho deseja destacar alguns pontos que merecem atenção especial, a fim de cumprir os compromissos internacionais mencionados acima.

1. Vacinação de crianças

Durante a recente pandemia da COVID-19, embora as crianças não tenham sido responsáveis pelo maior número de mortes, sua saúde foi afetada de várias maneiras. No caso do Brasil, por uma série de razões [1] as taxas de vacinação infantil voltaram a se tornar um sério problema de saúde pública [2], que certamente deve ser objeto de análise e de políticas públicas governamentais.

In Brazil's recent history, the best-known public measures to encourage children to vaccinated have been vaccination campaigns and making certain benefits - such as the *Bolsa Família* allowance (art. 3 of Law 10.836/04 and art. 6, II, "a", *Portaria Interministerial MS/MDS* n° 2.509, de 18/11/2004), o benefício *Auxílio-Brasil* (art. 18, II, da lei 14.284/21) e o novo benefício *Bolsa Família* (art. 10, II, da lei n° 14.601/23) - à vacinação crianças.

Essas são, sem dúvida, políticas bem-sucedidas que devem ser mantidas e fortalecidas no futuro [3]. Entretanto, de acordo com o cenário descrito, essas medidas não parecem ser suficientes para resolver o problema.

Portanto, é necessário considerar outras medidas a serem adotadas pelo Estado brasileiro para aumentar a adesão ao calendário de vacinação. Existem programas estatais que podem incentivar as crianças a serem vacinadas, campanhas permanentes e periódicas de conscientização sobre as situações mais importantes em termos de vacinação, doenças graves que ocorrem no país e assim por diante.

A "sanção premial" [4], que também pode ser uma forma moderna de incentivar o cumprimento das normas, no caso da vacinação, foi objeto de uma experiência interessante em outros países durante a pandemia da COVID-19 [5]. A possibilidade de concessão de incentivos financeiros, a depender da disponibilidade orçamentária [6] (que também pode variar de acordo com o andamento do programa [7]) e da análise de pertinência e adequação pelo Ministério da Saúde, não constituiria direito adquirido dos beneficiários, pois essa medida seria destinada a situações específicas e estratégicas.

A regra geral para promover a vacinação de crianças deve ser mantida: campanhas publicitárias, certas condicionalidades e outras medidas já adotadas atualmente pelas instituições de saúde, como um mecanismo para a proteção social da saúde das crianças. Essas medidas são implementadas por meio dos programas de vacinação dos estados signatários, que devem definir um calendário mínimo de vacinação, especialmente para doenças endêmicas e epidêmicas locais.

Nesse contexto, o Grupo de Trabalho de Saúde (GTS) da Defensoria Pública da União (DPU) vem, respeitosamente, sugerir que, como parte dos esforços para a implementação da proposta relativa à Convenção, seja dada ênfase à vacinação de crianças. Essas medidas decorrem tanto do estímulo Estado para promover o acesso a esses recursos quanto da constante conscientização social sobre sua importância como mecanismo de profilaxia e proteção da saúde de crianças e adolescentes, inclusive, nesse último caso, com relação às doenças sexualmente transmissíveis.

2. Direito a cuidados de saúde específicos

O atendimento infantil tem várias características distintas que o diferenciam de outras especialidades médicas. Embora a fase de desenvolvimento - desde o nascimento (alguns aspectos do atendimento podem até precedê-lo) idade adulta - exija cuidados multidisciplinares e seja orientada para a doença, como um paciente totalmente treinado, são necessários atenção especial e monitoramento de situações específicas para essa faixa etária [8].

Certos aspectos são notáveis: os estágios de crescimento e desenvolvimento físico e psicológico dos bebês; as respostas fisiopatológicas específicas às manifestações nosológicas, que nem sempre evoluem da mesma forma na infância e na idade adulta; e o fato de que atendimento pediátrico é, na maioria das vezes, baseado em informações do adulto que cuida criança.

Embora a família seja um aspecto social decisivo no cuidado geral de qualquer pessoa doente, no caso das crianças ela assume uma dimensão essencial e pode afetar todo o projeto futuro pessoa em formação. O pediatra, portanto, muitas vezes atua como um médico de família por excelência, capaz observar de forma privilegiada as necessidades e as condições de vida desses núcleos sociais, de estar atento aos possíveis maus-tratos dessas pessoas particularmente vulneráveis [9] e de orientar a conduta necessária para promover a saúde não apenas do pequeno paciente, mas também de todo o seu ambiente.

Nesse contexto, o acesso a cuidados específicos de saúde, com base na presença de um pediatra nas equipes de atenção básica, implica um desenvolvimento importante na promoção dos direitos das crianças, em termos de saúde e prevenção de lesões e riscos, de forma ampla e sistemática.

A sugestão aqui é dar maior ênfase aos programas estaduais de saúde pública para incluir pediatras nos serviços de atenção primária, atendimento geral, atendimento ambulatorial e atendimento de emergência. Os profissionais especializados devem ter treinamento extensivo no atendimento à criança e ao adolescente e estar em contato direto com instituições estatais que possam contribuir para o atendimento adjuvante. O tempo de consulta deve ser compatível com as necessidades específicas, pois esses profissionais devem atuar como um elo entre as famílias, a sociedade e os órgãos públicos na proteção crianças doentes ou em fase fisiológica de crescimento.

3. Acesso a insumos e desigualdades

O artigo 24 da Convenção prevê "o direito da criança de desfrutar do mais alto padrão possível de saúde e de instalações para o tratamento de doenças e a reabilitação da saúde. Os Estados Partes se esforçarão para garantir que nenhuma criança seja privada de seu direito de se beneficiar de tais serviços de saúde". Além disso, o Artigo 23 declara, com relação a crianças com deficiências: "Reconhecendo as necessidades especiais das crianças com deficiências, a assistência ampliada prevista no parágrafo 2 do presente artigo será fornecida gratuitamente sempre que possível, levando em consideração as circunstâncias econômicas dos pais ou de outros responsáveis pelos cuidados criança".

No entanto, há uma grande disparidade no acesso aos recursos de saúde, o que tem um impacto no desenvolvimento das crianças.

Atuando em defesa da população juridicamente carente, a Defensoria Pública da União é frequentemente acionada para requerer, administrativa ou judicialmente, o acesso de seus beneficiários à assistência farmacêutica ou oncológica do Sistema Único de Saúde (SUS), no caso do Brasil, que já conta com uma das maiores redes de acesso à saúde gratuita do mundo.

Embora a assistência farmacêutica do SUS tenha progredido, os beneficiários muitas vezes ainda conseguem receber medicamentos que já foram incorporados ao sistema, mas que não estão disponíveis.

Essa situação é exacerbada quando o tratamento depende de medicamentos caros, essenciais para garantir uma vida digna às pessoas que sofrem de doenças graves. Nesses casos, o paciente não tem condições de comprar o medicamento de forma particular, nem tem tempo esperar que ele fique disponível.

As normas infralegais estabelecem que o prazo máximo para o efetivo fornecimento um tratamento é cento e oitenta dias [10]. No entanto, há casos em que, passados mais de três anos da publicação portaria de incorporação do medicamento, ele ainda não é efetivamente oferecido aos beneficiários, por insuficiência de recursos orçamentários para custeá-lo, obrigando os pacientes a recorrer ao Judiciário, o que gera mais dificuldades.

Em suma, o poder público reconhece a utilidade e a necessidade da tecnologia e declara sua intenção de disponibilizá-la à população, mas não a fornece de fato aos beneficiários do SUS. Como resultado, para sanar essa falha, o Estado (em sentido amplo) está sendo acionado judicialmente e acaba gastando mais dinheiro com o tratamento, pois, além de ser obrigado a pagar pelo medicamento, também terá que arcar com os custos do litígio e ser condenado a honorários de sucumbência.

Outro ponto central nas ações judiciais na área da saúde é que a execução das tutelas de urgência geralmente é resolvida com o bloqueio de verbas públicas destinadas à compra privada do medicamento. Como resultado, o valor gasto com a compra do medicamento nos processos judiciais é maior, pois é feito pelo preço de mercado para o consumidor final, sem o desconto que seria aplicado se o medicamento fosse comprado por uma instituição de saúde ou pelo SUS.

Conclui-se, portanto, que o atraso na implementação de medidas administrativas para permitir que o tratamento seja fornecido de forma eficaz viola o direito à saúde de crianças carentes com deficiência, aumentando as condições de desigualdade no acesso a medicamentos essenciais para a vida de pequenos pacientes, inclusive aqueles com deficiências que agravam sua vulnerabilidade.

Diante do exposto, o Grupo de Trabalho de Saúde (GTS) da Defensoria Pública da União (DPU) recomenda que sejam adotadas medidas pelos Estados signatários aumentar o acesso aos medicamentos e produtos de saúde necessários à saúde e à sobrevivência de crianças e adolescentes, inclusive aqueles com deficiência, que são duplamente vitimados - pelo seu estado de saúde e desigualdade econômica.

4. A saúde das crianças migrantes

Se, como vimos, crianças e adolescentes economicamente desfavorecidos já veem sua saúde ameaçada pela falta de acesso aos recursos mais básicos para seu cuidado, crianças obrigadas a deixar suas casas para garantir sua sobrevivência em outras localidades estão expostas a um risco ainda mais alarmante.

Não é preciso dizer que os menores nesse contexto, especialmente se forem acidentalmente ou deliberadamente afastados de seus pais, como em situações de guerra ou de acesso restrito aos países de destino, também estarão ainda mais vulneráveis aos riscos abordados no Protocolo Facultativo, como abuso infantil e prostituição.

Como parte das atividades da Defensoria Pública da União, em parceria com agências internacionais como o ACNUR e o UNICEF, o trabalho realizado em Pacaraima, no Estado de Roraima-RR [11], com crianças migrantes e refugiadas de países vizinhos, revela a situação angustiante em que se encontram, com repercussões significativas em sua saúde e desenvolvimento. As dificuldades culturais e linguísticas representam um obstáculo adicional à assistência, além dos danos físicos e psicológicos causados pelo deslocamento forçado.

Mesmo no caso da migração interna, os riscos são frequentemente agravados para as crianças, como demonstram as atividades de combate ao trabalho escravo no Brasil, que em 2022 possibilitaram a localização de vários migrantes internos e internacionais (148) entre os 2.575 trabalhadores resgatados de condições análogas à escravidão. Nos primeiros quatro meses de 2023, mais de 1.200 trabalhadores já haviam sido libertados de condições análogas à escravidão, incluindo 35 menores [12].

Diante do exposto, o Grupo de Trabalho de Saúde (GTS) da Defensoria Pública da União (DPU) recomenda que seja dada atenção especial à assistência à saúde de crianças migrantes, refugiadas e socialmente vitimizadas em razão do deslocamento forçado e das diferenças culturais - aspecto que também se aplica a menores de populações indígenas. Nesse caso, a assistência à saúde deve levar em conta as condições (vacinação, danos físicos, estado nutricional etc.), as particularidades linguísticas e os danos psicológicos sofridos ou agravados pelo trauma vivenciado, em especial no caso de separação forçada dos familiares, com o objetivo de promover o restabelecimento dos laços afetivos e combater vigorosamente agravamento das lesões e a revitimização.

5. Saúde infantil e tecnologias digitais

Por fim, o Protocolo Facultativo destaca uma questão que é extremamente importante atualmente, ou seja, a situação da pornografia infantil, facilitada pela Internet e pelas tecnologias digitais, que deve ser combatida por meio da cooperação internacional.

Outro aspecto cada vez mais preocupante em termos de saúde mental das crianças diz respeito ao acesso a recursos digitais que, por um lado, representam uma democratização do acesso à informação, à educação e ao desenvolvimento e, por outroriscos significativos exposição a conteúdos perigosos.

Nesse contexto, o isolamento da pandemia levou ao aumento do uso de redes sociais, internet e recursos digitais por crianças e adolescentes, acentuando a mudança em seus padrões de socialização e situações prejudiciais ao seu amadurecimento psicológico [13]. Isso tem acontecido não só por meio da pornografia infantil, mas também pelo *cyberbullying*, levando suicídios e depressão [14] motivados conteúdo ao qual os jovens usuários são expostos.

Além das relevantes análises já realizadas em todo o mundo sobre as implicações educacionais do abuso recursos digitais [15], o impacto desses excessos na saúde de crianças e adolescentes também é perceptível em termos físicos. Apesar da falta de estudos conclusivos sobre o assunto, o aumento do número crianças míopes entre os primeiros usuários de tecnologias digitais, bem como a redução da atividade física necessária para o crescimento, já foram considerados como consequência do aumento do uso de telas durante a pandemia [16].

Sugere-se, portanto, que sejam ampliados os cuidados e as recomendações, especialmente nos campos da saúde e da educação, no que se refere ao acesso, ao conteúdo e ao tempo de exposição de crianças e adolescentes a essas tecnologias, com especial atenção à saúde mental e ao ritmo de desenvolvimento físico, neurológico e social dessa faixa etária, e fortalecendo a conscientização, a prevenção e o combate às formas agressão mediadas pela tecnologia.

1. Sem a pretensão de esgotar os exemplos dessas razões e desenvolver o assunto, vale a pena mencionar: a politização da vacinação contra a COVID-19; o surgimento de movimentos antivacina na sociedade; as restrições impostas pela pandemia, que desencorajaram as pessoas a irem postos de vacinação.

2. <https://www12.senado.leg.br/tv/programas/noticias-1/2022/10/baixa-vacinacao-contrapoliomielite-preocupa-especialistas-e-autoridades> —; <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/3-em-cada-10-criancas-no-brasil-nao-receberam-vacinas-que-salvam-vidas>

3. Deve-se observar aqui que, durante a pandemia da COVID-19, a aplicação dos efeitos do não cumprimento da condicionalidade foi suspensa pelo Ministério da Cidadania (*Portaria/Resolução MC nº 682*, de 6 de outubro de 2021 e anteriores), e não foi aplicada novamente até setembro de 2022. Isso certamente contribuiu para a deterioração das taxas de vacinação infantil no país. <https://noticias.uol.com.br/colunas/carlos-madeiro/2022/09/24/sem-acompanhamento-auxilio-brasil-tem-54-de-criancas-sem-vacinacao-em-dia.htm>

4. <https://www.conjur.com.br/2022-jun-17/bellizze-mazzola-sancoes-premiaes-inducao-comportamento>

"Um dia, os advogados se debruçarão sobre a lei dos bônus. E o farão quando, movidos pela necessidade prática, conseguirem introduzir o tema dos bônus na lei, ou seja, além da mera discricão e arbitrariedade. Definindo-o com regras precisas, não tanto no interesse do vencedor, mas, sobretudo, no interesse da comunidade" (IHERING, Rudolf von. *A luta pelo direito*. Tradução de João de Vasconcelos. Rio de Janeiro: Forense, 1997, p. 67).

5. <https://noticias.uol.com.br/internacional/ultimas-noticias/2021/11/06/cidades-nos-eua-pagam-ate-us-100-para-que-criancas-se-vacinem.htm>

6. Por exemplo, se cerca de nove milhões de crianças são beneficiárias do programa de redistribuição de fundos (<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2022/08/campanha-de-lula-lanca-ofensiva-e-promete-adicional-de-r-150-por-crianca-ate-6-anos-no-bolsa-familia.shtml>) no Brasil, um bônus financeiro de R\$ 50,00 custaria ao orçamento R\$ 450 milhões. Por outro lado, deve-se ter em mente que crianças com formas mais graves de poliomielite, por exemplo, se tornariam deficientes e, se forem de famílias pobres, teriam direito ao benefício de prestação continuada (BPC-LOAS) fornecido pelo Estado a pessoas deficientes e a pessoas com 65 anos ou mais que comprovem não ter meios de sustentar a si mesmas ou a suas famílias. O custo financeiro do pagamento apenas desse benefício a 1.000 (mil) crianças durante um ano seria, no valor do salário mínimo de 2024, de R\$ 16.944.000,00 (dezesesseis milhões e novecentos e quarenta e quatro mil reais), sem contar, é claro, o custo do tratamento de saúde e, principalmente, os danos causados à vida criança e de sua família.

7. <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2022/12/melhora-no-desenho-do-auxilio-brasil-pode-bancar-beneficio-para-criancas.shtml>

8. SILVA, Luciana Rodrigues. *Diagnóstico em Pediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

9. "Art. 245. médico, professor ou responsável por estabelecimento de saúde, escola primária, escola maternal ou que de comunicar à autoridade competente os casos de de que tenha conhecimento, que envolvam suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente são puníveis com pena e multa de três a vinte salários de referência, dobrada em caso de reincidência". (*Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei 8.069/1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm, consultado em 10 de fevereiro de 2024).

10. O artigo 25 do Decreto 7.646/2011 estabelece: "A partir da publicação da decisão de incorporação de uma tecnologia em saúde, ou de um protocolo clínico e diretrizes terapêuticas, as áreas técnicas terão o prazo máximo de cento e oitenta dias para efetivar oferta ao SUS".

11. <https://direitoshumanos.dpu.def.br/missao-pacaraima/#:~:text=Entre%20maio%20de%202019%20e%20mar%C3%A7o%20de%202020%2C,indica%C3%A7%C3%A3o%20de%20regulariza%C3%A7%C3%A3o%20migrat%C3%B3ria%20foi%20a%2,> accessed 13 February 2024: "Entre maio de 2019 e março de 2020, a missão da DPU em Pacaraima prestou assistência jurídica a cerca de 5.880 crianças e adolescentes, a maioria com certidão de nascimento (40,1%), do sexo masculino (50,4%), não indígenas (96,3%), com idade entre 13 e 17 anos (42,7%) e separados (67,35%), ou seja, acompanhados por um adulto que não era seu representante legal. 27,5% de todas as crianças acolhidas estavam acompanhadas pela mãe e, em 60,6% dos casos, motivo da regularização da migração foi o asilo".

12. MELO, Raimundo Simão de. *Quem são os trabalhadores resgatados em trabalho análogo ao de escravo*. Publicado em 23 de agosto de 2023. Disponível em <https://www.conjur.com.br/2023-ago-04/reflexoes-trabalhistas-quem-sao-os-trabalhadores-resgatados-trabalho-analogo-escravo/>, acessado em 13 fev. 2024.

13. <https://noticias.r7.com/educacao/aprendizagem-em-risco-unesco-faz-alerta-de-uso-de-celulares-em-sala-de-aula-01092023>, consultado em 13 de fevereiro de 2024.

14. <https://doutorjairo.com.br/leia/estudo-mostra-ligacao-entre-cyberbullying-e-suicidio-na-adolescencia/#:~:text=Jovens%20adolescentes%20alvos%20de%20cyberbullying%20s%C3%A3o%20mas%20propensos,%28Estados%20Unidos%29%20e%20publicada%20no%20JAMA%20Network%a> acessado em 13 de fevereiro de 2024.

15. https://www.oecd-ilibrary.org/education/does-the-digital-world-open-up-an-increasing-divide-in-access-to-print-books_54f9d8f7-en?jsessionid=b79qt5fi_v41UJ2LBDUK1DfYX7LN9VS09wS35Xkv.ip-10-240-5-143, acessado em 13 de fevereiro de 2024

16. <https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-75002100135-7/fulltext>, consultado em 13 de fevereiro de 2024.