



COMENTÁRIO GERAL Nº 15

Comentário geral nº 15 (2013) sobre o direito da criança ao gozo do melhor padrão de saúde possível (art. 24)

I. Introdução

1. O presente comentário geral se baseia na importância de abordar a saúde das crianças a partir da perspectiva dos direitos da criança e de que todas têm direito a oportunidades de sobreviver, crescer e desenvolver, dentro de um contexto de bem-estar físico, emocional e social, e de garantia de que cada criança alcance seu potencial total. Ao longo deste comentário geral, “criança” refere-se a um indivíduo com idade inferior a 18 anos, de acordo com o artigo 1 da Convenção sobre os Direitos da Criança (doravante denominada “a Convenção”). Apesar das conquistas notáveis no cumprimento dos direitos à saúde das crianças nos últimos anos desde a adoção da Convenção, permanecem desafios significativos. O Comitê dos Direitos da Criança (doravante “o Comitê”) reconhece que a maioria das mortes e deficiências entre crianças poderia ser evitada se houvesse compromisso político e alocação suficiente de recursos direcionados à aplicação dos conhecimentos e tecnologias disponíveis para prevenção,

tratamento e cuidados. O presente comentário geral foi preparado com o objetivo de fornecer orientação e apoio aos Estados Partes e outros detentores de obrigações para ajudá-los a respeitar, proteger e cumprir o direito das crianças ao gozo maior padrão de saúde possível (doravante denominado “direito das crianças à saúde”)

2. O Comitê interpreta o direito da criança à saúde, conforme definido no artigo 24, como um direito inclusivo, estendendo-se não apenas a serviços oportunos e adequados de prevenção, promoção da saúde, curativos, reabilitação e paliativos, mas também ao direito de crescer e se desenvolver em todo o seu potencial e viver em condições que lhes permitam alcançar o maior padrão de saúde por meio da implementação de programas que abordem os determinantes subjacentes da saúde. Uma abordagem holística da saúde coloca a realização do direito à saúde da criança dentro da estrutura mais ampla das obrigações internacionais de direitos humanos.

3. O Comitê endereça esse comentário geral a uma série de partes interessadas que trabalham nas áreas de direitos das crianças e saúde pública, incluindo formuladores de políticas, implementadores de programas e ativistas, bem como pais e as próprias crianças. Esse comentário é explicitamente genérico para garantir sua relevância a uma ampla gama de problemas de saúde, sistemas de saúde e variados contextos existentes em diferentes países e regiões. Ele se concentra principalmente no artigo 24, parágrafos 1 e 2, e aborda também o artigo 24, parágrafo 4¹. A implementação do artigo 24 deve levar em conta todos os princípios de direitos humanos, especialmente os princípios orientadores da Convenção, e deve ser moldada por evidências, normas de saúde pública e melhores práticas.

4. Na Constituição da Organização Mundial da Saúde, os Estados concordaram em considerar a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade². Esse entendimento positivo da saúde fornece a base da saúde pública para o presente comentário geral. O Artigo 24 menciona explicitamente a atenção primária à saúde, uma abordagem definida na Declaração de Alma-Ata³ e reforçada pela Assembleia Mundial da Saúde⁴. Essa abordagem enfatiza a necessidade de eliminar a exclusão e reduzir as disparidades sociais em saúde; organizar serviços de saúde de acordo com as necessidades e expectativas das pessoas; integrar a saúde em setores relacionados; buscar modelos colaborativos de diálogo sobre políticas; e aumentar a participação das partes interessadas, incluindo a demanda e o uso adequado dos serviços.

5. A saúde das crianças é afetada por vários fatores, muitos dos quais foram alterados nos últimos 20 anos e provavelmente continuarão a evoluir no futuro. Isso inclui a atenção dada a novos problemas de saúde e mudanças nas prioridades de saúde, como: HIV/Aids, gripe pandêmica, doenças não transmissíveis, importância dos cuidados de saúde mental, cuidados com o recém-nascido e mortalidade neonatal e adolescente; maior entendimento dos fatores que contribuem para a morte, doença e incapacidade em crianças, incluindo determinantes estruturais, como a situação econômico-financeira global, pobreza, desemprego, migração e deslocamentos populacionais, guerra e instabilidade civil, discriminação e marginalização. Há também uma crescente compreensão do impacto das mudanças climáticas e da rápida urbanização na saúde das crianças; o desenvolvimento de novas tecnologias, como vacinas e produtos farmacêuticos; evidências mais fortes para intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais eficazes, bem como algumas práticas culturais relacionadas à criação dos filhos e que provaram ter um impacto positivo nas crianças.

6. Os avanços nas tecnologias da informação e comunicação criaram novas oportunidades e desafios para alcançar o direito à saúde das crianças. Apesar dos recursos e tecnologias adicionais que agora estão disponíveis para o setor de saúde, muitos países ainda não fornecem acesso universal aos serviços básicos de promoção, prevenção e tratamento da saúde infantil. É necessário envolver uma ampla gama de diferentes responsáveis para que o direito à saúde das crianças seja plenamente realizado e o papel central desempenhado pelos pais e outros cuidadores precisa ser mais bem reconhecido. As partes interessadas relevantes precisarão estar envolvidas, trabalhando nos níveis nacional, regional, distrital e comunitário, incluindo parceiros governamentais e não governamentais, setor privado e organizações de financiamento. Os Estados têm a obrigação de garantir que todos os responsáveis te-

1 O artigo 24, parágrafo 3 não está contemplado porque um comentário geral sobre práticas prejudiciais está sendo desenvolvido atualmente

2 Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme adotado pela Conferência Internacional de Saúde, Nova York, 22 de julho de 1946.

3 Declaração de Alma-Ata, Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, Alma-Ata, 6-12 de setembro de 1978

4 Assembleia Mundial da Saúde, Primary health care including health systems strengthening, documento A62/8.

nham consciência, conhecimento e capacidade suficientes para cumprir suas obrigações, e que a capacidade das crianças seja suficientemente desenvolvida para permitir-lhes reivindicar seu direito à saúde.

II. Princípios e premissas para a realização do direito à saúde das crianças

A. A indivisibilidade e a interdependência dos direitos da criança

7. A Convenção reconhece a interdependência e a igual importância de todos os direitos (civis, políticos, econômicos, sociais e culturais) que permitem a todas as crianças desenvolver suas habilidades mentais e físicas, personalidades e talentos na maior extensão possível. Não apenas o direito à saúde das crianças é importante por si só, mas também a realização do direito à saúde é indispensável para o gozo de todos os outros direitos da Convenção. Além disso, alcançar o direito à saúde das crianças depende da realização de muitos outros direitos descritos na Convenção.

B. Direito à não discriminação

8. Para realizar plenamente o direito à saúde de todas as crianças, os Estados Partes têm a obrigação de garantir que a saúde das crianças não seja prejudicada como resultado de discriminação, que é um fator significativo que contribui para a vulnerabilidade. Inúmeros motivos pelos quais a discriminação é proibida estão descritos no artigo 2 da Convenção, incluindo raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional, étnica ou social, propriedade, deficiência, nascimento ou outro status. Isso também inclui orientação sexual, identidade de gênero e status de saúde, por exemplo, status de HIV e saúde mental⁵. Também deve ser dada atenção a quaisquer outras formas de discriminação que possam prejudicar a saúde das crianças, e as implicações de várias formas de discriminação também devem ser abordadas.

9. A discriminação baseada no gênero é particularmente difundida, afetando uma ampla gama de consequências, desde infanticídio/feticídio feminino a práticas discriminatórias de alimentação de bebês e crianças pequenas, estereótipos de gênero e acesso a serviços. Deve-se prestar atenção às diferentes necessidades de meninas e meninos e ao impacto das normas e valores sociais relacionados ao gênero na saúde e no desenvolvimento de meninos e meninas. Também deve ser dada atenção a práticas nocivas baseadas em gênero e normas de comportamento que estão enraizadas em tradições e costumes e prejudicam o direito à saúde de meninas e meninos.

10. Todas as políticas e programas que afetam a saúde das crianças devem ser fundamentadas em uma ampla abordagem da igualdade de gênero, que garanta a participação política das mulheres jovens; empoderamento social e econômico; reconhecimento de direitos iguais relacionados à saúde sexual e reprodutiva; e igualdade de acesso à informação, educação, justiça e segurança, incluindo a eliminação de todas as formas de violência sexual e de gênero.

11. As crianças em situações desfavorecidas e em áreas subatendidas devem ser um foco de esforços para cumprir o direito à saúde. Os Estados devem identificar fatores nos níveis nacional e subnacional que criam vulnerabilidades para crianças ou que prejudicam certos grupos de crianças. Esses fatores devem ser abordados ao desenvolver leis, regulamentos, políticas, programas e serviços para a saúde das crianças e trabalhar para garantir a equidade.

C. Os melhores interesses da criança

12. O artigo 3, parágrafo 1, da Convenção impõe às instituições públicas e privadas de bem-estar social, tribunais, autoridades administrativas e órgãos legislativos garantir que os melhores interesses da criança sejam avaliados e considerados como consideração primária em todas as ações que afetem crianças. Esse princípio deve ser observado em todas as decisões relacionadas à saúde relativas a crianças individuais ou crianças como um grupo. O melhor interesse de cada criança deve basear-se em suas necessidades físicas, emocionais, sociais e educacionais,

⁵ Comentário geral nº 4 (2003) sobre saúde e desenvolvimento de adolescentes no contexto da Convenção sobre os Direitos da Criança, Registros Oficiais da Assembleia Geral, Quinquagésimo Nono Período de Sessões, Suplemento nº 41 (A/59/41), anexo X, para. 6.

idade, sexo, relacionamento com pais e cuidadores e sua família e formação social, e depois de ouvir suas opiniões de acordo com o artigo 12 da Convenção.

13. O Comitê deseja que os Estados coloquem os melhores interesses das crianças no centro de todas as decisões que afetam sua saúde e desenvolvimento, incluindo a alocação de recursos e o desenvolvimento e implementação de políticas e intervenções que afetam os determinantes subjacentes de sua saúde. Por exemplo, os melhores interesses da criança devem:

- (a) Orientar opções de tratamento, superando considerações econômicas sempre que possível;
- (b) Auxiliar na resolução de conflitos de interesses entre pais e profissionais de saúde;
- (c) Influenciar o desenvolvimento de políticas regulatórias de ações que perturbem o ambiente físico e social em que as crianças vivem, crescem e se desenvolvem.

14. O Comitê ressalta a importância dos melhores interesses da criança como base para todas as tomadas de decisão em relação a fornecer, reter ou interromper o tratamento para todas as crianças. Os Estados devem desenvolver procedimentos e critérios para fornecer orientação aos profissionais de saúde para avaliar os melhores interesses da criança na área da saúde, além de outros processos formais e vinculativos existentes para determinar os melhores interesses da criança. O Comitê, em seu comentário geral nº 3⁶, sublinhou que as medidas adequadas para combater o HIV/Aids só podem ser tomadas se os direitos das crianças e dos adolescentes forem totalmente respeitados. Os melhores interesses da criança devem, portanto, orientar a consideração do HIV/Aids em todos os níveis de prevenção, tratamento, cuidados e apoio.

15. Em seu comentário geral nº 4, o Comitê destacou os melhores interesses da criança em ter acesso a informações apropriadas sobre questões de saúde⁷. Atenção especial deve ser dada a determinadas categorias de crianças, incluindo crianças e adolescentes com deficiências psicossociais. Nos casos em que se considera hospitalização ou colocação em uma instituição, essa decisão deve ser tomada de acordo com o princípio do melhor interesse da criança, com o entendimento primário de que é do interesse de todas as crianças com deficiência serem atendidas, tanto quanto possível, na comunidade em um ambiente familiar e, de preferência, dentro de sua própria família, com os apoios necessários disponibilizados à família e à criança.

D. O direito à vida, à sobrevivência e ao desenvolvimento e os determinantes da saúde da criança

16. O artigo 6 destaca a obrigação dos Estados Partes de garantir a sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento da criança, incluindo as dimensões física, mental, moral, espiritual e social de seu desenvolvimento. Os muitos riscos e fatores de proteção subjacentes à vida, sobrevivência, crescimento e desenvolvimento da criança precisam ser sistematicamente identificados, a fim de projetar e implementar intervenções baseadas em evidências que abordem uma ampla gama de determinantes durante o curso da vida.

17. O Comitê reconhece que vários determinantes precisam ser considerados para a realização do direito à saúde das crianças, incluindo fatores individuais como idade, sexo, escolaridade, status socioeconômico e domicílio; determinantes do trabalho no ambiente imediato de famílias, colegas, professores e prestadores de serviços, principalmente a violência que ameaça a vida e a sobrevivência das crianças como parte de seu ambiente imediato; e determinantes estruturais, incluindo políticas, estruturas e sistemas administrativos, valores e normas sociais e culturais.⁸

18. Entre os principais determinantes da saúde das crianças, nutrição e desenvolvimento, está a realização do direito à saúde⁹ da mãe e o papel dos pais e de outros cuidadores. Um número significativo de mortes de bebês ocorre

6 Comentário geral No 3 (2003) sobre HIV/AIDS e os direitos da criança, Registros Oficiais da Assembleia Geral, Quinquagésimo Nono Período de Sessões, Suplemento nº 41 (A/59/41), anexo IX.

7 Comentário geral nº 4 (2003) sobre saúde e desenvolvimento de adolescentes no contexto da Convenção, Registros Oficiais da Assembleia Geral, Quinquagésimo Nono Período de Sessões, Suplemento nº 41 (A/59/41), anexo X, par. 10.

8 Ver Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, recomendação geral nº 24 (1999) sobre mulheres e saúde, Registros Oficiais da Assembleia Geral, 54ª Sessão, Suplemento nº 38 (A / 54/38 / Rev.1) , indivíduo.

9 Consulte o Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, recomendação geral nº 24 (1999) sobre mulheres e saúde, Registros Oficiais da Assembleia Geral, 54º Período de Sessões, Suplemento nº 38 (A/54/38/Rev.1), cap. I, seções. I, sect. A.

durante o período neonatal, relacionado à falta de saúde da mãe antes e durante a gravidez e o período pós-parto imediato, e às práticas de amamentação abaixo do ideal. A saúde e os comportamentos relacionados à saúde dos pais e de outros adultos importantes têm um grande impacto na saúde das crianças.

E. O Direito da criança de ser ouvida

19. O artigo 12 destaca a importância da participação das crianças, permitindo que elas expressem seus pontos de vista e tenham esses pontos de vista seriamente em consideração, de acordo com a idade e a maturidade¹⁰. Isso inclui seus pontos de vista sobre todos os aspectos das provisões de saúde, incluindo, por exemplo, quais serviços são necessários, como e onde são melhor prestados, barreiras ao acesso ou uso dos serviços, a qualidade dos serviços e as atitudes dos profissionais de saúde, como fortalecer as capacidades das crianças para assumir níveis crescentes de responsabilidade por sua própria saúde e desenvolvimento e como envolvê-las de maneira mais eficaz na prestação de serviços, como educadores de pares. Os Estados são incentivados a realizar consultas participativas regulares, adaptadas à idade e maturidade da criança, pesquisar com crianças e fazer isso separadamente com seus pais, a fim de aprender sobre seus desafios de saúde, necessidades e expectativas de desenvolvimento como uma contribuição para o desenho de intervenções eficazes e programas de saúde.

F. Desenvolvimento progressivo das capacidades e o curso da vida da criança

20. A infância é um período de crescimento contínuo, do nascimento à primeira infância, da idade pré-escolar à adolescência. Cada fase é significativa, pois ocorrem importantes mudanças no desenvolvimento em termos de desenvolvimento físico, psicológico, emocional e social, expectativas e normas. As etapas do desenvolvimento da criança são cumulativas e cada etapa tem impacto nas fases subsequentes, influenciando a saúde, o potencial, os riscos e as oportunidades da criança. Compreender o curso da vida é essencial para avaliar como os problemas de saúde na infância afetam a saúde pública em geral.

21. O Comitê reconhece que o desenvolvimento progressivo das capacidades das crianças tem influência na tomada de decisões independentes sobre seus problemas de saúde. Além disso, observa que muitas vezes existem discrepâncias sérias em relação a essa tomada de decisão autônoma, com crianças particularmente vulneráveis à discriminação, muitas vezes menos capazes de exercer essa autonomia. Portanto, é essencial que existam políticas de apoio e que crianças, pais e profissionais de saúde tenham orientação adequada baseada em direitos sobre consentimento, concordância e confidencialidade.

22. Para responder e entender o desenvolvimento progressivo das capacidades das crianças e as diferentes prioridades de saúde ao longo do ciclo da vida, os dados e as informações coletadas e analisadas devem ser separadas por idade, sexo, deficiência, status socioeconômico e aspectos socioculturais e localização geográfica, de acordo com os padrões internacionais. Isso torna possível planejar, desenvolver, implementar e monitorar políticas e intervenções apropriadas, que levem em consideração as mudanças de capacidades e necessidades das crianças ao longo do tempo e que ajudem a fornecer serviços de saúde relevantes para todas as crianças.

III. Conteúdo normativo do Artigo 24

A. Artigo 24, parágrafo 1

“Os Estados Partes reconhecem o direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde”

23. A noção de “o melhor padrão possível de saúde” leva em consideração as condições biológicas, sociais, culturais e econômicas da criança e os recursos disponíveis do Estado, complementados por recursos disponibili-

¹⁰ Consulte o comentário geral nº 12 (2009) sobre o direito da criança de ser ouvida, Registros Oficiais da Assembleia Geral, Sexagésima Quinta Sessão, Suplemento nº 41 (A/65/41), anexo IV.

zados por outras fontes, incluindo organizações não-governamentais, comunidade internacional e o setor privado.

24. O direito à saúde das crianças contém um conjunto de liberdades e direitos. As liberdades, que são cada vez mais importantes, de acordo com a crescente capacidade e maturidade da criança, incluem o direito de controlar a saúde e o corpo, incluindo a liberdade sexual e reprodutiva para fazer escolhas responsáveis. Os direitos incluem acesso a uma variedade de instalações, bens, serviços e condições que proporcionam igualdade de oportunidades para que todas as crianças desfrutem do melhor padrão possível de saúde.

“e dos serviços destinados ao tratamento de doenças e à recuperação da saúde”

25. **As crianças têm direito a serviços de saúde de qualidade, inclusive serviços de prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.** No nível primário, esses serviços devem estar disponíveis em quantidade e qualidade suficientes, funcionais, dentro do alcance físico e financeiro de toda a população infantil e devem ser aceitáveis para todos. O sistema de saúde não deve apenas fornecer apoio à saúde, mas também reportar as informações às autoridades relevantes para casos de violação de direitos e injustiça. Os cuidados de nível secundário e terciário também devem ser disponibilizados, na medida do possível, com sistemas funcionais de referência que conectem comunidades e famílias em todos os níveis do sistema de saúde.

26. Programas abrangentes de atenção primária à saúde devem ser realizados juntamente com esforços comprovados da comunidade, incluindo cuidados preventivos, tratamento de doenças específicas e intervenções nutricionais. As intervenções no nível da comunidade devem incluir o fornecimento de informações, serviços e mercados, bem como a prevenção de doenças e lesões por meio, por exemplo, de investimentos em espaços públicos seguros, segurança viária e educação sobre prevenção de lesões, acidentes e violência.

27. Os Estados devem garantir uma força de trabalho adequadamente treinada e em quantidade suficiente para apoiar os serviços de saúde para todas as crianças. Regulamentação, supervisão, remuneração e condições de serviço adequadas também são necessárias, inclusive para agentes comunitários de saúde. As atividades de desenvolvimento de capacidade devem garantir que os prestadores de serviços trabalhem de maneira sensível à criança e não neguem às crianças nenhum serviço a que tenham direito por lei. Mecanismos de responsabilidade devem ser incorporados para garantir que os padrões de garantia de qualidade sejam mantidos.

“Os Estados partes devem se esforçar para garantir que nenhuma criança seja privada de seu direito de acesso a esses serviços de saúde”

28. O Artigo 24, parágrafo 1, impõe um forte dever de ação por parte dos Estados Partes a garantir que serviços de saúde e outros relevantes estejam disponíveis e sejam acessíveis a todas as crianças, com atenção especial às áreas e populações sub servidas. Exige um sistema primário de cuidados à saúde compreensivo, um quadro jurídico adequado e atenção constante aos determinantes subjacentes da saúde da criança.

29. Barreiras ao acesso da criança a serviços de saúde, incluindo barreiras financeiras, institucionais e culturais devem ser identificadas e eliminadas. Registro gratuito e universal do nascimento é um pré-requisito, e intervenções de proteção social, incluindo segurança social como subvenções ou subsídios para crianças, transferências de renda e licença parental, devem ser implementados e vistos como investimentos complementares.

30. Um comportamento saudável é formado pelo ambiente em que ele acontece, incluindo, entre outros, a disponibilidade de serviços, níveis de conhecimento sobre saúde, habilidades e valores de vida. Os Estados devem procurar garantir um ambiente propício para incentivar o comportamento adequado de busca de saúde por pais e filhos

31. De acordo com o desenvolvimento progressivo de suas capacidades, as crianças devem ter acesso a aconselhamento confidencial sem o consentimento dos pais ou responsáveis legais, onde isso é avaliado pelos profissionais que trabalham com a criança de acordo com os melhores interesses da criança. Os Estados devem esclarecer os procedimentos legislativos para a designação de cuidadores apropriados para crianças que não têm pais ou responsáveis legais, que possam consentir em nome da criança ou ajudá-la a consentir, dependendo da sua idade e maturidade da. Os Estados devem revisar e considerar a possibilidade permitir que as crianças consentam em certos tratamentos e intervenções médicas sem a permissão dos pais ou responsáveis legais, como testes de HIV e serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo educação e orientação sobre saúde sexual, contracepção e aborto seguro.

B. Artigo 24, parágrafo 2

32. De acordo com o artigo 24, parágrafo 2, Estados devem implementar um processo para identificar e endereçar outras questões relevantes para o direito à saúde das crianças. Isso requer uma profunda análise da situação atual em termos de prioridade de problemas de saúde e respostas, e a identificação e implementação de intervenções baseadas em evidências e políticas que respondem a determinantes-chaves e problemas de saúde, consultando crianças quando apropriado, entre outros.

Artigo 24, parágrafo 2 (a). “Para diminuir a mortalidade de bebês e crianças”

33. Os Estados têm obrigação de reduzir a mortalidade infantil. O comitê deseja atenção particular à mortalidade neonatal, que constitui uma proporção crescente da mortalidade abaixo dos cinco anos de idade. Complementarmente, os Estados também devem tratar da mortalidade de adolescentes, que é geralmente subpriorizada.

34. As intervenções devem incluir atenção a natimortos, complicações prematuras, asfixia, baixo peso ao nascer, transmissão de HIV de mãe para filho e outras infecções sexualmente transmissíveis, infecções neonatais, pneumonia, diarreia, sarampo, subnutrição e desnutrição, malária, acidentes, violência, suicídio e mortalidade materna na adolescência. Recomenda-se o fortalecimento dos sistemas de saúde para fornecer tais intervenções a todas as crianças no contexto de cuidados continuados para a saúde reprodutiva materna, de recém-nascidos e crianças, incluindo a triagem de deficiências congênitas, serviços seguros de parto e cuidados ao recém-nascido. As auditorias de mortalidade materna e perinatal devem ser realizadas regularmente para fins de prevenção e prestação de contas.

35. Estados devem colocar ênfase particular em implementar intervenções simples, seguras e não custosas que tenham provado serem eficazes, como tratamentos em nível comunitário de pneumonia, diarreia, e malária e prestar atenção particular a fim de promover e proteger a prática da amamentação.

Artigo 24, parágrafo 2 (b). “Assegurar a prestação de assistência médica e cuidados de saúde necessários para todas as crianças, dando ênfase aos cuidados primários de saúde e”

36. Os Estados devem priorizar o acesso universal das crianças aos serviços de saúde primários, prestados o mais próximo possível do local onde as crianças e suas famílias vivem, principalmente em ambientes comunitários. Embora a configuração e o conteúdo exatos dos serviços variem de país para outro, em todos os casos serão necessários sistemas de saúde eficazes, incluindo: um mecanismo de financiamento robusto; uma força de trabalho bem treinada e adequadamente remunerada; informações confiáveis nas quais basear decisões e políticas; instalações bem conservadas e sistemas de logística para fornecer medicamentos e tecnologias de qualidade; e forte liderança e governança. A provisão de serviços de saúde nas escolas oferece uma importante oportunidade para a promoção da saúde, a triagem de doenças e aumenta a acessibilidade dos serviços de saúde para crianças em idade escolar.

37. Devem ser utilizados pacotes de serviços recomendados, como intervenções essenciais, mercadorias e diretrizes para saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil.¹¹ Os Estados têm a obrigação de disponibilizar todos os medicamentos essenciais das listas-modelo de medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde, incluindo a lista de medicamentos para crianças (em formulações pediátricas, sempre que possível), disponíveis e acessíveis.

38. O Comitê está preocupado com o aumento de problemas psicológicos entre adolescentes, incluindo distúrbios de desenvolvimento e de comportamento; depressão; distúrbios alimentares; ansiedade; trauma psicológico resultante de abuso, negligência, violência ou exploração; uso de álcool, tabaco e drogas; comportamento obsessivo, como uso excessivo e dependência da internet e de outras tecnologias; automutilação e suicídio. Há um reconhecimento crescente da necessidade de maior atenção a questões comportamentais e sociais que comprometem a saúde mental das crianças, o bem-estar psicossocial e o desenvolvimento emocional. O Comitê adverte contra a medicalização excessiva e a institucionalização e pede que os Estados adotem uma abordagem baseada na saúde pública e no apoio psicossocial para abordar a doença mental entre crianças e adolescentes e investir em abordagens de atenção primária que facilitem a detecção e o tratamento de problemas psicossociais, emocionais e mentais em crianças.

11 The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, A Global Review of the Key Interventions Related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (Geneva, 2011).

39. Os Estados têm a obrigação de fornecer tratamento adequado e reabilitação para crianças com problemas mentais e psicossociais, enquanto elas se abstêm de medicamentos desnecessários. A resolução de 2012 da Assembleia Mundial de Saúde sobre o fardo global dos problemas de saúde mental e a necessidade de uma resposta compreensiva-cooperativa de setores de saúde e sociais em nível nacional¹² observa que há evidência crescente da efetividade de intervenções para promover a saúde mental e prevenir problemas psicológicos, particularmente em crianças. O Comitê encoraja fortemente que os Estados façam estas intervenções integrando-as por meio de uma série de políticas e programas setoriais, incluindo saúde, educação e proteção (Justiça criminal), com o envolvimento de famílias e comunidades. As crianças que estão em risco em razão de seus ambientes familiares e sociais requerem atenção especial para aprimorar suas habilidades e promover ambientes de proteção e apoio.

40. Há uma necessidade de reconhecer os desafios particulares à saúde da criança afetada por emergências humanitárias, incluindo aquelas resultantes de deslocamentos de alta escala que são consequência de desastres naturais ou ocasionados pelo homem. Todas as medidas possíveis devem ser tomadas para garantir que as crianças tenham acesso ininterrupto aos serviços de saúde, para reuni-las com suas famílias e para protegê-las não apenas com apoio material, como alimentos e água potável, mas também para incentivar cuidados paternos/maternos diferenciados, ou outros cuidados psicossociais para prevenir ou tratar do medo e dos traumas.

Artigo 24, parágrafo 2 (c). “Combater as doenças e a desnutrição, inclusive no contexto dos cuidados primários de saúde mediante, entre outros, a aplicação de tecnologia prontamente disponível e o fornecimento de alimentos nutritivos e de água limpa de boa qualidade, tendo em vista os perigos e riscos da poluição ambiental “

(a) A aplicação de tecnologia prontamente disponível

41. À medida que tecnologias comprovadas na área da saúde infantil, inclusive medicamentos, equipamentos e intervenções, se tornam disponíveis, os Estados deverão introduzi-las em políticas e serviços. Arranjos móveis e esforços em nível comunitário podem reduzir substancialmente alguns riscos e devem ser disponibilizados universalmente e estes incluem: imunização contra doenças comuns na infância; monitoramento de crescimento e desenvolvimento, especialmente na primeira infância; vacinação contra o papilomavírus humano para meninas; injeções de toxóide tetânico em mulheres grávidas; acesso a terapia de reidratação oral e suplementação de zinco para tratamento de diarreia; antibióticos essenciais e medicamentos antivirais; suplementos de micronutrientes, como vitaminas A e D, suplementos de sal e ferro iodados; e preservativos. Os profissionais de saúde devem aconselhar os pais como eles podem acessar e administrar essas tecnologias simples, conforme necessário.

42. O setor privado, que inclui empresas comerciais e fundações que impactam a saúde, tem tido um papel importante no desenvolvimento e refinamento de tecnologia, medicamentos, equipamentos, intervenções e processos que podem contribuir para avanços significativos na saúde da criança. Estados devem garantir que estes benefícios atinjam todas as crianças que precisam deles. Estados podem também encorajar parcerias público privadas e iniciativas sustentáveis que possam aumentar o acesso à tecnologia da saúde.

(b) Fornecimento de alimentos nutritivos adequados

43. 43. As medidas para cumprir as obrigações dos Estados de garantir o acesso a alimentos nutricionalmente adequados¹³, culturalmente apropriados e seguros, bem como para combater a desnutrição precisarão ser adotadas de acordo com o contexto específico. As intervenções nutricionais eficazes diretas para mulheres grávidas incluem o tratamento da anemia e da deficiência de ácido fólico e iodo e o fornecimento de suplemento de cálcio. A prevenção e o tratamento da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia devem ser garantidos a todas as mulheres em idade reprodutiva para beneficiar sua saúde e garantir o desenvolvimento saudável do feto e do bebê.

44. Aleitamento materno exclusivo para bebês de até seis meses deve ser protegido e promovido e, após os seis meses e preferencialmente até os dois anos de idade, quando possível, a amamentação deve continuar ao lado de

12 Resolução WHA65.4, adotada na Sexagésima Quinta Assembleia Mundial da Saúde em 25 de maio de 2012.

13 Consulte o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, art. 11, e Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, comentário geral nº 12 (1999) sobre o direito à alimentação adequada, Registros Oficiais do Conselho Econômico e Social, 2011, Suplemento nº 2 (E/2000/22), anexo V.

complementação alimentar adequada. A obrigação dos Estados nesta área é definida como “proteger, promover e apoiar” a prática, adotada de forma unânime pela Assembleia Mundial de Saúde ¹⁴. Os Estados são obrigados a introduzir na legislação nacional, implementar e aplicar normas internacionalmente acordadas relativas ao direito à saúde das crianças, incluindo o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as resoluções subsequentes relevantes da Assembleia Mundial da Saúde, bem como a Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde sobre o Controle de Tabaco. Medidas especiais devem ser tomadas para promover o apoio da comunidade e do local de trabalho às mães em relação, à gravidez e amamentação e serviços viáveis e acessíveis de assistência à infância; e cumprimento da Convenção Internacional da Organização do Trabalho nº 183 (2000), relativa à revisão da Convenção de Proteção à Maternidade (Revisada), 1952.

45. A nutrição adequada e o monitoramento do crescimento na primeira infância são particularmente importantes. Onde necessário, o tratamento da desnutrição aguda severa deve ser ampliado por meio de intervenções nas instalações e na comunidade, bem como no tratamento da desnutrição aguda moderada, incluindo intervenções terapêuticas na alimentação.

46. O fornecimento de alimentos na escola é desejável para garantir que todos os alunos tenham acesso a uma refeição completa todos os dias, o que também pode aumentar a atenção das crianças para a aprendizagem e aumentar as matrículas escolares. O Comitê recomenda que isso seja combinado com educação sobre saúde e nutrição, incluindo a criação de hortas escolares e a formação de professores para melhorar a nutrição das crianças e os hábitos alimentares saudáveis.

47. Os Estados também devem abordar a questão da obesidade infantil, já que é diretamente associada com hipertensão, marcadores precoces de doenças cardiovasculares, resistência a insulina, efeitos psicológicos, maior tendência à obesidade na vida adulta e morte prematura. A exposição de crianças a “fast foods” que tem alto teor de gordura, açúcar e sal e são pobres em nutrientes, e bebidas contendo altos níveis de cafeína ou outras substâncias potencialmente perigosas deve ser limitada. A publicidade dessas substâncias, - principalmente quando este marketing é focado em crianças - deve ser regulado no que diz respeito à sua disponibilidade em escolas e outros lugares controlados.

(c) A provisão de água limpa e potável

48. Água potável e saneamento são essenciais para o pleno gozo da vida e todos os outros direitos humanos¹⁵. Os departamentos governamentais e as autoridades locais responsáveis pela água e pelo saneamento devem reconhecer sua obrigação de ajudar a realizar o direito à saúde das crianças e considerar ativamente indicadores infantis sobre desnutrição, diarreia e outras doenças relacionadas à água, bem como o tamanho da família ao planejar e realizar a expansão da infraestrutura e a manutenção de serviços de água potável e ao tomar decisões sobre valores para alocação mínima gratuita e desconexão de serviços. Os Estados não estão isentos de suas obrigações, mesmo quando privatizam a água e o saneamento.

(d) Poluição ambiental

49. Os Estados devem adotar medidas para lidar com os perigos e riscos que a poluição ambiental local representa para a saúde das crianças em todos os ambientes. Habitações adequadas que incluem instalações de cozinha não perigosas, um ambiente livre de fumaça, ventilação adequada, gerenciamento eficaz de resíduos e descarte de lixo dos alojamentos e arredores, a ausência de mofo e outras substâncias tóxicas e a higiene da família são requisitos essenciais para uma educação e desenvolvimento saudáveis. Os Estados devem regular e monitorar o impacto ambiental das atividades comerciais que possam comprometer o direito das crianças à saúde, segurança alimentar e acesso à água potável e ao saneamento.

50. O Comitê chama atenção para a relevância do ambiente, além da poluição ambiental, para a saúde da criança. Interferências ambientais devem abordar a mudança climática, já que essa é uma das maiores ameaças à saúde das crianças e exacerba as disparidades. Assim sendo, os Estados devem colocar as preocupações com a saúde das crianças no centro de sua adaptação à mudança climática de respectivas estratégias de mitigação.

¹⁴ Consulte OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding* (Genebra, 2003).

¹⁵ Resolução 64/292 da Assembleia Geral sobre o direito humano à água e ao saneamento.

Artigo 24, parágrafo 2 (d). “Assegurar que as mulheres tenham acesso a atendimento pré-natal e pós-natal adequado”

51.O Comitê observa que a mortalidade materna evitável constitui violação grave dos direitos humanos de mulheres e meninas e representa séria ameaça aos seus direitos e à saúde de seus filhos. A gravidez e o nascimento da criança são processos naturais, com riscos conhecidos à saúde, suscetíveis a respostas preventivas e terapêuticas, se identificados precocemente. As situações de risco podem ocorrer durante a gravidez, no momento do parto e nos períodos pré e pós-natal e têm um impacto de curto e longo prazo na saúde e no bem-estar da mãe e da criança.

O Comitê incentiva os Estados a adotarem abordagens de saúde em prol da criança em diferentes períodos da infância, como (a) a iniciativa de hospitais em prol do bebê¹⁶, que protegem, promovem e apoiam a amamentação; (b) políticas de saúde em prol da criança, focadas em treinar profissionais da saúde à promover serviços de qualidade, de forma a minimizar o medo, a ansiedade e o sofrimento da criança e de sua família (c) serviços em prol dos adolescentes, que requerem que os profissionais e instalações de saúde sejam acolhedores e sensíveis aos adolescentes, respeitem a confidencialidade e prestem serviços aceitáveis.

52.Os cuidados que uma mulher recebe antes, durante e depois da gravidez tem implicações profundas para a saúde e o desenvolvimento da criança. Cumprir a obrigação de garantir o acesso universal a um pacote abrangente de intervenções em saúde sexual e reprodutiva deve se basear no conceito de atendimento contínuo desde a pré-gravidez, passando pela gravidez, parto e durante todo o período pós-parto. O atendimento oportuno e de boa qualidade durante estes períodos faz com que haja uma maior prevenção de transmissão interoperacional de problemas de saúde e tem um impacto na saúde da criança durante toda sua vida.

53.As intervenções que devem ser disponibilizadas incluem, mas não se limitam à: prevenção e promoção essencial da saúde e cuidados curativos, incluindo a prevenção de tétano neonatal, malária durante a gravidez e sífilis congênita, cuidados nutricionais, acesso à educação sexual e reprodutiva, educação sob o que é um comportamento saudável (como por exemplo, relacionado aos malefícios de fumar e usar drogas); preparação para o nascimento, reconhecimento precoce e tratamento de complicações; serviços de aborto seguros e cuidados pós aborto; cuidados essenciais no parto; e prevenção da transmissão de Aids de mãe para filho, bem como o tratamento de mulheres e bebês infectados pelo vírus da Aids. Cuidados da mãe e do recém-nascido após o parto devem garantir que não haja separação desnecessária entre a mãe e seu filho.

54.O Comitê recomenda que as intervenções de proteção social incluam a garantia de cobertura universal ou acesso financeiro aos cuidados, licença parental paga e outros benefícios previdenciários, e legislação para restringir a comercialização e promoção inadequadas dos substitutos do leite materno.

55. Dadas as altas taxas de gravidez entre adolescentes em todo o mundo e os riscos adicionais de mortalidade associada, os Estados devem garantir que os sistemas e serviços de saúde possam atender às necessidades específicas de saúde sexual e reprodutiva das adolescentes, incluindo planejamento familiar e serviços de aborto seguro. Os Estados devem trabalhar para garantir que as meninas possam tomar decisões autônomas e informadas sobre sua saúde reprodutiva. A discriminação com base na gravidez na adolescência, como a expulsão das escolas, deve ser proibida e oportunidades de educação continuada devem ser garantidas.

56.Considerando que meninos e homens são cruciais no planejamento e garantia de gestações e partos saudáveis, os Estados devem integrar oportunidades de educação, conscientização e diálogo para meninos e homens em suas políticas e planos para serviços de saúde sexual, reprodutiva e infantil.

Artigo 24, parágrafo 2 (e). “Assegurar que todos os setores da sociedade, especialmente pais e crianças, conheçam os princípios básicos de saúde e nutrição infantil, as vantagens do aleitamento materno, da higiene e do saneamento ambiental, e as medidas de prevenção de acidentes; e tenham acesso à educação pertinente e recebem apoio para a aplicação desses conhecimentos”.

57.As obrigações sob essa provisão incluem fornecer informações relacionadas à saúde e apoiar o uso dessa infor-

16 UNICEF/WHO, Baby-Friendly Hospital Initiative (1991).

mação. Informações relacionadas à saúde devem ser fisicamente acessíveis, compreensíveis e apropriadas à idade e ao nível educacional da criança.

58.As crianças necessitam de informações e educação sobre todos os aspectos da saúde para permitir que façam escolhas informadas em relação ao seu estilo de vida e acesso aos serviços de saúde. A informação e a educação devem abordar uma ampla gama de questões , incluindo: alimentação saudável e promoção de atividade física, esportes e recreação; prevenção de acidentes e lesões; saneamento, lavagem das mãos e outras práticas de higiene pessoal; e os perigos do uso de álcool, tabaco e substâncias psicoativas. A informação e a educação devem abranger informações apropriadas sobre o direito da criança à saúde, as obrigações dos governos, como e onde acessá-las , e devem ser fornecidas como parte essencial do currículo escolar, bem como por meio dos serviços de saúde e outras configurações para crianças que não estão na escola. Materiais fornecendo informações sobre questões de saúde devem ser projetados em colaboração com crianças e disseminados em uma ampla gama de contextos públicos.

59.A educação em saúde sexual e reprodutiva deve incluir autoconsciência e conhecimento sobre o corpo, incluindo aspectos anatômicos, fisiológicos e emocionais, e deve ser acessível a todas as crianças, meninas e meninos. Deve incluir conteúdo relacionado à saúde e ao bem-estar sexual, como informações sobre alterações corporais e processos de amadurecimento, e elaborado de maneira que as crianças possam adquirir conhecimento sobre saúde reprodutiva e prevenção da violência de gênero e adotar comportamento sexual responsável.

60.As informações sobre a saúde das crianças devem ser fornecidas a todos os pais, individualmente ou em grupos, à família estendida e a outros cuidadores por meio de métodos diferentes, incluindo clínicas de saúde, aulas para os pais, folhetos de informação pública, órgãos profissionais, organizações comunitárias e mídia.

Artigo 24, parágrafo 2 (f). “Desenvolver assistência médica preventiva, orientação para os pais e educação e serviços de planejamento familiar”.

(a) Saúde preventiva

61.A prevenção e a promoção da saúde devem abordar os principais desafios relacionados à saúde enfrentados pelas crianças na comunidade e no país como um todo. Esses desafios incluem doenças e outros problemas de saúde, como acidentes, violência, abuso de substâncias e problemas psicossociais e de saúde mental. A assistência médica preventiva deve abordar doenças transmissíveis e não transmissíveis e incorporar uma combinação de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais. A prevenção de doenças não transmissíveis deve começar cedo, promovendo e apoiando estilos de vida saudáveis e não violentos para mulheres grávidas, seus cônjuges/parceiros e crianças pequenas.

62.Reduzir o ônus de lesões infantis requer estratégias e medidas para reduzir a incidência de afogamentos, queimaduras e outros acidentes. Tais estratégias e medidas devem incluir legislação e aplicação; modificação de produtos e de ambientes; visitas domiciliares de suporte e promoção de recursos de segurança; educação, desenvolvimento de habilidades e mudança de comportamento; projetos baseados na comunidade; e cuidados pré-hospitalares e agudos, bem como reabilitação. Os esforços para reduzir os acidentes de trânsito devem incluir legislação para o uso de cintos de segurança e outros dispositivos de segurança, garantindo acesso a transporte seguro para crianças e levando em consideração o planejamento e controle de tráfego. O apoio da indústria e da mídia é essencial para isto.

63.Reconhecer a violência como causa significativa de mortalidade em crianças, particularmente adolescentes, o Comitê enfatiza a necessidade de criar um ambiente que proteja crianças da violência e encoraje a participação delas em mudanças de atitude e comportamento em suas casas, nas escolas e em locais públicos; apoiar os pais e cuidadores a fornecer uma educação infantil saudável; e desafiar atitudes que perpetuam a tolerância e a mitigação da violência em todas as suas formas, inclusive regulando a representação de violência na mídia.

64.Os Estados devem proteger crianças de solventes, álcool, tabaco e substâncias ilícitas, aumentar a gama de evidências e tomar medidas apropriadas para reduzir o uso dessas substâncias entre crianças. Regular a propaganda e a venda de substâncias danosas à saúde das crianças e a disponibilização desses itens em lugares nos quais as crianças se reúnem, bem como em canais de mídia e publicações acessadas por crianças, é recomendado.

65.O Comitê incentiva os Estados Partes, que ainda não o fizeram, a ratificar as convenções internacionais de controle de drogas e a Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco¹⁷. O Comitê ressalta a importância de adotar uma abordagem baseada em direitos ao uso de substâncias e recomenda que, quando apropriado, estratégias de redução de danos sejam empregadas para minimizar os impactos negativos à saúde decorrentes do abuso de substâncias.

(b) Orientação para os pais

66.Os pais são a fonte mais importante de diagnóstico precoce e cuidados primários para crianças pequenas, e o fator de proteção mais importante contra comportamentos de alto risco em adolescentes, como uso de substâncias e sexo desprotegido. Os pais também desempenham um papel central na promoção do desenvolvimento saudável da criança, protegendo-as dos danos causados por acidentes, lesões e violência, bem como mitigando os efeitos negativos dos comportamentos de risco. Os processos de socialização das crianças, que são cruciais para a compreensão e adaptação ao mundo em que crescem, são fortemente influenciados por seus pais, familiares e outros cuidadores. Os Estados devem adotar intervenções baseadas em evidências para apoiar a boa paternidade, incluindo educação de habilidades parentais, grupos de apoio e aconselhamento familiar, em particular para famílias com problemas de saúde infantil e outros desafios sociais.

67.À luz do impacto do castigo corporal na saúde das crianças, incluindo lesões fatais e não fatais e as consequências psicológicas e emocionais, o Comitê lembra os Estados de sua obrigação de tomar todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educacionais apropriadas para eliminar o castigo corporal e outras formas de punição cruéis ou degradantes em todos os ambientes, incluindo o lar.¹⁸

(c) Planejamento familiar

68.Os serviços de planejamento familiar devem compreender serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva e devem contemplar educação sexual, incluindo aconselhamento. Eles podem ser considerados parte do contingente de serviços descrito no artigo 24, parágrafo 2 (d), e devem ser projetados para permitir que todos os casais e indivíduos tomem decisões sexuais e reprodutivas de forma livre e responsável, incluindo o número, espaçamento e tempo de suas crianças, e dar-lhes as informações e os meios para fazê-lo. Deve-se prestar atenção para garantir o acesso universal e confidencial a bens e serviços para adolescentes e mulheres casadas e não casados. Os Estados devem garantir que os adolescentes não sejam privados de quaisquer informações ou serviços de saúde sexual e reprodutiva devido a objeções de consciência dos fornecedores.

69.Métodos contraceptivos de curto prazo, como preservativos, métodos hormonais e contracepção de emergência devem ser disponibilizados com facilidade e prontidão para adolescentes sexualmente ativos. Métodos contraceptivos permanentes e de longo prazo também devem ser fornecidos. O Comitê recomenda que os Estados garantam o acesso a serviços de assistência ao aborto seguro e pós-aborto, independentemente de o aborto ser legalizado.

IV. Obrigações e responsabilidades

A. Obrigação dos Estados parte de respeitar, proteger e cumprir

70.Os Estados têm três tipos de obrigações relacionadas aos direitos humanos, incluindo o direito à saúde das crianças: respeitar as liberdades e direitos, proteger as liberdades e direitos de terceiros ou de ameaças sociais ou ambientais e cumprir esses direitos por meio de facilitação ou fornecimento direto. De acordo com o artigo 4 da Convenção, os Estados Partes devem cumprir as medidas contidas no direito à saúde das crianças na extensão

¹⁷ Convenção Única sobre Entorpecentes, 1961; Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, 1971; Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, 1988.

¹⁸ Comentário geral nº 8 (2006) sobre o direito da criança à proteção contra castigos corporais e outras formas cruéis ou degradantes de punição, Registros Oficiais da Assembleia Geral, Sexagésima Terceira Sessão, Suplemento nº 41 (A/63/41), anexo II.

máxima de seus recursos disponíveis e, quando necessário, no âmbito da cooperação internacional.

71. Todos os Estados, independentemente de seu nível de desenvolvimento, devem tomar medidas imediatas para implementar essas obrigações como uma questão prioritária e sem discriminação de qualquer tipo. Nos casos em que os recursos disponíveis são comprovadamente inadequados, os Estados ainda precisam adotar medidas direcionadas para avançar da maneira mais rápida e eficaz possível em direção à plena realização do direito à saúde das crianças. Independentemente dos recursos, os Estados têm a obrigação de não adotar medidas retrógradas que possam prejudicar o gozo do direito à saúde das crianças.

72. As principais obrigações sob o direito à saúde das crianças, incluem:

- (a) Revisar o ambiente jurídico e político nacional e subnacional, e quando necessário, alterar as leis e políticas;
- (b) Assegurar cobertura universal de serviços de saúde primários de qualidade, incluindo prevenção, promoção da saúde, serviços de cuidado e tratamento e medicamentos essenciais;
- (c) Fornecer uma resposta adequada aos determinantes subjacentes da saúde das crianças; e
- (d) Desenvolver, implementar, monitorar e avaliar políticas e planos de ações orçamentados que constituem uma abordagem baseada em direitos humanos para cumprir o direito à saúde das crianças.

73. Os Estados devem demonstrar seu compromisso com o cumprimento progressivo de todas as obrigações previstas no artigo 24, priorizando-o mesmo no contexto de crises políticas ou econômicas ou situações de emergência. Isso exige que políticas, programas e serviços relacionados à saúde das crianças sejam planejados, projetados, financiados e implementados de maneira sustentável.

B. Responsabilidade de atores não estatais

74. O Estado é responsável por garantir o direito à saúde das crianças, independentemente de delegar ou não a prestação de serviços a atores não estatais. Além do Estado, uma ampla gama de atores não estatais que fornecem informações e serviços relacionados à saúde das crianças e seus determinantes subjacentes têm responsabilidades e impactos específicos a esse respeito.

75. As obrigações dos Estados incluem o dever de promover a conscientização das responsabilidades dos atores não estatais e garantir que todos os atores não estatais reconheçam, respeitem e cumpram suas responsabilidades com as crianças, aplicando procedimentos de investigação quando necessário.

76. O Comitê insta todos os atores não estatais envolvidos na promoção de serviços de saúde, especialmente o setor privado, incluindo a indústria farmacêutica e de tecnologia da saúde, bem como os meios de comunicação de massa e os prestadores de serviços, a agir em conformidade com as disposições da Convenção e garantir a conformidade de todos os parceiros que prestam serviços em seu nome. Esses parceiros incluem organizações internacionais, bancos, instituições financeiras regionais, parcerias globais, o setor privado (fundações e fundos privados), doadores e quaisquer outras entidades que prestam serviços ou apoio financeiro à saúde das crianças, particularmente em emergências humanitárias ou situações politicamente instáveis.

1. Responsabilidades dos pais e de outros cuidadores

77. As responsabilidades dos pais e de outros profissionais da saúde são expressamente mencionadas em várias disposições da Convenção. Os pais devem cumprir suas responsabilidades, sempre atuando no melhor interesse da criança, se necessário com o apoio do Estado. Levando em conta o desenvolvimento progressivo das capacidades, pais e responsáveis devem nutrir, proteger e apoiar as crianças a crescerem e se desenvolverem de maneira saudável. Embora não seja explícito no artigo 24, parágrafo 2 (f), o Comitê entende que qualquer referência aos pais inclui também outros cuidadores.

2. Prestadores de serviços não estatais e outros atores não estatais

(a) Prestadores de serviços não estatais

78. Todos os prestadores de serviços de saúde, incluindo atores não estatais, devem incorporar e aplicar ao desenho, implementação e avaliação de seus programas e serviços todas as disposições relevantes da Convenção, bem como os critérios de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade, conforme descrito no capítulo VI, seção E, do presente comentário geral.

(b) Setor privado

79. Todas as empresas comerciais têm uma obrigação de diligência em relação aos direitos humanos, que incluem todos os direitos consagrados na Convenção. Os Estados devem exigir que as empresas realizem a devida diligência sobre os direitos das crianças. Isso garantirá que as empresas identifiquem, previnam e mitiguem seu impacto negativo no direito à saúde das crianças, inclusive em seus relacionamentos comerciais e em quaisquer operações globais. As grandes empresas devem ser incentivadas e, quando for apropriado, obrigadas a tornar públicos seus esforços para lidar com seu impacto nos direitos das crianças.

80. Entre outras responsabilidades, e em todos os contextos, as empresas privadas devem: abster-se de envolver crianças em trabalhos perigosos, garantindo que cumpram a idade mínima para trabalho infantil; cumprir o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as resoluções subsequentes relevantes da Assembleia Mundial da Saúde; limitar a publicidade de alimentos ricos em calorias, pobres em nutrientes e bebidas que contenham altos níveis de cafeína ou outras substâncias potencialmente prejudiciais para as crianças; e abster-se de anunciar, comercializar e vender a crianças tabaco, álcool e outras substâncias tóxicas ou o uso de imagens de criança.

81. O Comitê reconhece o profundo impacto do setor farmacêutico na saúde das crianças e impõe que as empresas farmacêuticas adotem medidas para melhorar o acesso a medicamentos para crianças, prestando especial atenção às Diretrizes de Direitos Humanos para Empresas Farmacêuticas em relação ao Acesso a Medicamentos¹⁹. Ao mesmo tempo, os Estados devem garantir que as empresas farmacêuticas monitorem o uso e evitem promover prescrição e uso excessivos de medicamentos em crianças. Os direitos de propriedade intelectual não devem ser aplicados de maneira que os medicamentos ou bens necessários não sejam acessíveis às pessoas economicamente vulneráveis.

82. As empresas de seguros de saúde privadas devem assegurar a não discriminação de mulheres grávidas, crianças ou mães e promover a igualdade por meio de parcerias com planos de seguro de saúde do Estado baseados no princípio da solidariedade e garantindo que a incapacidade de pagar não restrinja o acesso para serviços.

(c) Mídia de massa e social

83. O artigo 17 da Convenção delinea as responsabilidades das organizações de mídia de massa. No contexto da saúde, elas podem ser expandidas ainda mais para incluir a promoção da saúde e estilos de vida saudáveis entre as crianças; fornecimento de espaço publicitário gratuito para promoção da saúde; garantir a privacidade e confidencialidade de crianças e adolescentes; promover o acesso à informação; não produzir programas e materiais de comunicação prejudiciais à saúde infantil em geral; e não perpetuar o estigma relacionado à saúde.

(d) Pesquisadores

84. O Comitê ressalta a responsabilidade de entidades, incluindo acadêmicos, empresas privadas e outros, que realizam pesquisas envolvendo crianças para respeitar os princípios e disposições da Convenção e as Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisa Biomédica que envolvem Seres Humanos²⁰. O Comitê lembra aos pesquisadores que os melhores interesses da criança sempre prevalecem sobre os interesses da sociedade em geral ou do avanço científico.

19 Consulte também a resolução 15/22 do Conselho de Direitos Humanos sobre o direito de todos ao gozo do maior padrão possível de saúde física e mental.

20 Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas/OMS, Genebra, 1993.

V. Cooperação Internacional

85. Os Estados Partes na Convenção têm obrigações não apenas de implementar o direito à saúde das crianças dentro de sua própria jurisdição, mas também de contribuir para a implementação global por meio da cooperação internacional. O artigo 24, parágrafo 4, exige que os Estados e as agências interestaduais prestem atenção especial às prioridades de saúde das crianças entre as camadas mais pobres da população e nos Estados em desenvolvimento.

86. A Convenção deve orientar todas as atividades e programas internacionais dos Estados doadores e destinatários relacionados direta ou indiretamente à saúde das crianças. Isso requer que os Estados parceiros identifiquem os principais problemas de saúde que afetam crianças, mulheres grávidas e mães nos países beneficiários e os resolvam de acordo com as prioridades e princípios estabelecidos no artigo 24. A cooperação internacional deve apoiar os sistemas de saúde liderados pelo Estado e os planos nacionais de saúde.

87. Os Estados têm responsabilidade individual e conjunta, inclusive por meio de mecanismos da Organização das Nações Unidas, de cooperar no fornecimento de ajuda humanitária e em casos de desastres em tempos de emergência. Nesses casos, os Estados devem considerar a priorização de esforços para alcançar o direito à saúde das crianças, inclusive por meio de assistência médica internacional apropriada; distribuição e gerenciamento de recursos, como água potável e segura, alimentos e suprimentos médicos; e ajuda financeira às crianças mais vulneráveis ou marginalizadas.

88. O Comitê lembra aos Estados que cumpriram a meta da Organização das Nações Unidas de alocar 0,7% da renda nacional bruta à assistência internacional ao desenvolvimento, uma vez que os recursos financeiros têm implicações importantes para a realização do direito à saúde das crianças em Estados com recursos limitados. Para garantir o maior impacto, os Estados e as agências interestaduais são incentivados a aplicar os Princípios de Paris sobre Eficácia da Ajuda e os princípios da Agenda de Ação de Accra.

VI. Estrutura para implementação e responsabilidade

89. A prestação de contas está no centro do gozo do direito à saúde das crianças. O Comitê lembra os Estados parte de suas obrigações de garantir que as autoridades governamentais e prestadores de serviços relevantes sejam responsabilizados por manter os melhores padrões possíveis de saúde e cuidados com a saúde das crianças até atingirem os 18 anos de idade.

90. Os Estados devem proporcionar um ambiente que facilite o cumprimento de todas as obrigações e responsabilidades pelos seus titulares com relação ao direito à saúde das crianças e uma estrutura reguladora na qual todos os atores possam operar e ser monitorados, inclusive mobilizando apoio político e financeiro para questões relacionadas à saúde das crianças e desenvolvendo a capacidade dos responsáveis de cumprir suas obrigações e das crianças de reivindicar seu direito à saúde.

91. Com o envolvimento ativo do governo, parlamento, comunidades, sociedade civil e crianças, os mecanismos nacionais de prestação de contas devem ser eficazes e transparentes e devem ter como objetivo responsabilizar todos os atores por suas ações. Deveriam dedicar atenção aos fatores estruturais que afetam a saúde das crianças, incluindo leis, políticas e orçamentos. O rastreamento participativo dos recursos financeiros e seu impacto na saúde das crianças é essencial para os mecanismos de responsabilização do Estado.

A. Promoção do conhecimento do direito à saúde da criança (art. 42)

92. O Comitê incentiva os Estados a adotarem e implementarem uma estratégia abrangente para educar as crianças, seus cuidadores, formuladores de políticas, políticos e profissionais que trabalham com crianças sobre o direito à saúde das crianças e as contribuições que elas podem fornecer à sua realização.

B. Medidas Legislativas

93.A Convenção exige que os Estados Partes adotem todas as medidas legislativas, administrativas e outras medidas adequadas para a implementação do direito à saúde das crianças sem discriminação. As leis nacionais devem impor ao Estado uma obrigação estatutária de fornecer os serviços, programas, recursos humanos e infraestrutura necessários para a realização do direito à saúde das crianças e fornecer um direito estatutário a serviços essenciais de saúde, sensíveis à criança e de qualidade, bem como serviços relacionados a mulheres grávidas e crianças, independentemente de sua capacidade de pagar. As leis devem ser revisadas para avaliar qualquer efeito ou impedimento discriminatório em potencial à realização do direito à saúde das crianças e revogadas quando necessário. Quando necessário, agências e doadores internacionais devem fornecer ajuda ao desenvolvimento e assistência técnica para essas reformas legais.

94.A legislação deve cumprir uma série de funções adicionais na realização do direito à saúde das crianças, definindo o escopo do direito e reconhecendo as crianças como detentoras de direitos; esclarecer os papéis e responsabilidades de todos os responsáveis; esclarecer quais serviços as crianças, mulheres grávidas e mães têm direito a reivindicar; e regulamentar serviços e medicamentos para garantir que sejam de boa qualidade e não causem danos. Os Estados devem garantir a existência de salvaguardas legislativas e outras adequadas para proteger e promover o trabalho dos defensores dos direitos humanos que trabalham no direito à saúde das crianças.

C. Governar e coordenar

95.Os Estados são incentivados a ratificar e implementar instrumentos internacionais e regionais de direitos humanos relevantes para a saúde das crianças e a reportar tudo que se refira à saúde das crianças.

96.A sustentabilidade na política e prática de saúde das crianças requer um plano nacional de longo prazo que seja apoiado e estabelecido como uma prioridade nacional. O Comitê recomenda que os Estados estabeleçam e utilizem uma estrutura de coordenação nacional abrangente e coesa sobre a saúde das crianças, baseada nos princípios da Convenção, para facilitar a cooperação entre ministérios do governo e diferentes níveis de governo, bem como a interação com as partes interessadas da sociedade civil, incluindo crianças. Dado o alto número de agências governamentais, ramos legislativos e ministérios que trabalham nas políticas e serviços relacionados à saúde das crianças em diferentes níveis, o Comitê recomenda que as funções e responsabilidades de cada uma sejam esclarecidas na estrutura legal e regulamentar.

97.Deve ser dada atenção especial à identificação e priorização de grupos de crianças marginalizadas e desfavorecidas, bem como crianças que correm risco de sofrer qualquer forma de violência e discriminação. Todas as atividades devem ser totalmente custeadas, financiadas e tornadas visíveis dentro do orçamento nacional.

98.Uma estratégia de “saúde infantil em todas as políticas” deve ser usada, destacando os vínculos entre a saúde das crianças e seus determinantes subjacentes. Todo esforço deve ser feito para remover balizas que prejudiquem a transparência, a coordenação, a parceria e a responsabilidade na prestação de serviços que afetam a saúde das crianças.

99.Embora a descentralização seja necessária para atender às necessidades específicas de localidades e setores, isso não reduz a responsabilidade direta do Governo central ou nacional de cumprir suas obrigações para com todas as crianças sob sua jurisdição. As decisões sobre alocações para os vários níveis de serviços e áreas geográficas devem refletir os elementos centrais da abordagem da atenção primária à saúde.

100. Os Estados devem envolver todos os setores da sociedade, inclusive crianças, na implementação do seu direito à saúde. O Comitê recomenda que esse engajamento inclua: a criação de condições condizentes com crescimento, desenvolvimento e sustentabilidade contínuos das organizações da sociedade civil, incluindo grupos de base comunitária; facilitação ativa de seu envolvimento no desenvolvimento, implementação e avaliação da política e serviços de saúde das crianças; e prestação de apoio financeiro adequado ou assistência na obtenção de apoio financeiro.

1. O papel dos parlamentos na responsabilização nacional

101. Nas questões relacionadas à saúde das crianças, os parlamentos têm a responsabilidade de legislar, garantindo transparência e inclusão, além de incentivar o debate público contínuo e uma cultura de prestação de contas. Eles devem criar uma plataforma pública para relatar e debater o desempenho e promover a participação do público em mecanismos de revisão independentes. Eles também devem responsabilizar o poder executivo pela implementação das recomendações emergentes de análises independentes e garantir que os resultados das análises informem os planos nacionais subsequentes, leis, políticas, orçamentos e medidas adicionais de responsabilização.

2. O papel das instituições nacionais de direitos humanos na prestação de contas nacional

As instituições nacionais de direitos humanos têm um papel importante a desempenhar na revisão e promoção da prestação de contas, proporcionando assistência às crianças por violações de seu direito à saúde e defendendo mudanças sistêmicas para a realização desse direito. O Comitê recorda seu comentário geral nº 2 e lembra aos Estados que o mandato dos comissários das crianças ou das ouvidorias das crianças deve incluir a garantia do direito à saúde, e os detentores do mandato devem ter bons recursos e independência do governo.²¹

D. Investindo na saúde das crianças

102. Em suas decisões sobre alocação e gastos orçamentários, os Estados devem se esforçar para garantir a disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços de saúde das crianças essenciais para todos, sem discriminação.

103. Os Estados devem avaliar continuamente o impacto das decisões de política macroeconômica no direito à saúde das crianças, particularmente crianças em situações vulneráveis, impedir qualquer decisão que possa comprometer os direitos das crianças e aplicar o princípio do “melhor interesse” ao tomar essas decisões. Os Estados também devem considerar as obrigações previstas no artigo 24 em todos os aspectos de suas negociações com instituições financeiras internacionais e outros doadores, para garantir que o direito à saúde das crianças seja considerado adequadamente na cooperação internacional.

104. O Comitê recomenda que os Estados Partes:

- (a) Legislem para que uma proporção específica de gastos públicos sejam destinados à saúde das crianças e criem um mecanismo de acompanhamento que permita a avaliação independente sistemática desses gastos;
- (b) Atendam ao gasto mínimo per capita recomendado pela Organização Mundial da Saúde e priorizem a saúde das crianças em alocações orçamentárias;
- (c) Tornem o investimento em crianças visível no orçamento do Estado por meio da compilação detalhada dos recursos alocados e gastos;
- (d) Implementem um monitoramento de gasto de recurso baseado em direitos, assim como analisem como alguns investimentos particulares, principalmente no setor da saúde, podem servir aos melhores interesses da criança.

105. O Comitê reforça a importância das ferramentas de avaliação no uso de recursos e reconhece a necessidade de desenvolver indicadores mensuráveis para ajudar os Estados Partes a monitorar e avaliar o progresso na implementação do direito à saúde das crianças.

E. O ciclo de ação

106. O cumprimento das obrigações dos Estados Partes nos termos do artigo 24 exige o envolvimento em um pro-

²¹ Consulte o comentário geral nº 2 (2002) sobre o papel das instituições nacionais independentes de direitos humanos na promoção e proteção dos direitos da criança, Registros Oficiais da Assembleia Geral, 59ª Sessão, Suplemento nº 41 (A/59/41), anexo VIII.

cesso cíclico de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação para informar sobre o planejamento adicional, a implementação modificada e os esforços renovados de monitoramento e avaliação. Os Estados devem garantir a participação significativa das crianças e incorporar mecanismos de *feedback* para facilitar os ajustes necessários ao longo do ciclo.

107.No centro do desenvolvimento, implementação e monitoramento de políticas, programas e serviços que visam realizar o direito à saúde das crianças está a disponibilidade de dados relevantes e confiáveis. Isso deve incluir: dados adequadamente obtidos ao longo da vida da criança, com a devida atenção a grupos vulneráveis; dados sobre problemas de saúde prioritários, incluindo causas novas e negligenciadas de mortalidade e morbidade; e dados sobre os principais determinantes da saúde das crianças. As informações estratégicas requerem dados coletados por meio de sistemas de informações de saúde de rotina, pesquisas especiais e devem incluir dados quantitativos e qualitativos. Esses dados devem ser coletados, analisados, disseminados e usados para informar políticas e programas nacionais e subnacionais.

1 Planejamento

108.O Comitê observa que, para informar a implementação, o monitoramento e a avaliação das atividades e para cumprir as obrigações previstas no artigo 24, os Estados devem realizar análises da situação dos problemas, questões e infraestrutura existentes para a prestação de serviços. A análise deve avaliar a capacidade institucional e a disponibilidade de recursos humanos, financeiros e técnicos. Com base no resultado da análise, uma estratégia deve ser desenvolvida envolvendo todas as partes interessadas, atores estatais e não estatais, assim como crianças.

109.A análise da situação fornecerá uma ideia clara das prioridades e estratégias nacionais e subnacionais para sua consecução. Pontos de referência e metas, planos de ação orçados e estratégias operacionais devem ser estabelecidos juntamente com uma estrutura para monitorar e avaliar políticas, programas e serviços e promover a responsabilidade pela saúde das crianças. Isso indicará como construir e fortalecer estruturas e sistemas existentes para estar em consonância com a Convenção.

2. Critérios para desempenho e implementação

110.Os Estados devem garantir que todos os serviços e programas de saúde das crianças cumpram os critérios de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade.

(a) Disponibilidade

111.Os Estados devem garantir que haja instalações, bens, serviços e programas de saúde infantil em quantidade suficiente. Os Estados precisam garantir que tenham hospitais, clínicas, profissionais de saúde, equipes e instalações móveis, agentes comunitários de saúde, equipamentos e medicamentos essenciais para fornecer assistência médica a todas as crianças, mulheres grávidas e mães no Estado. A suficiência deve ser medida de acordo com a necessidade, com especial atenção às populações subatendidas e difíceis de alcançar.

(b) Acessibilidade

112.O elemento de acessibilidade tem quatro dimensões:

- (a) Não discriminação: Os serviços de saúde e afins, bem como equipamentos e suprimentos, devem ser acessíveis a todas as crianças, mulheres grávidas e mães, na lei e na prática, sem discriminação de qualquer tipo;
- (b) *Acessibilidade física*: As instalações de saúde devem estar a uma distância acessível para todas as crianças, mulheres grávidas e mães. A acessibilidade física pode exigir atenção adicional às necessidades de crianças e mulheres com deficiência. O Comitê incentiva os Estados a priorizar o estabelecimento de instalações e serviços em áreas mal atendidas e a investir em abordagens de alcance, tecnologias inovadoras e agentes comunitários de saúde bem treinados e apoiados, como formas de atingir grupos de crianças especialmente vulneráveis;

(c) *Acessibilidade econômica:* A falta de capacidade de pagar por serviços, suprimentos ou medicamentos não deve resultar na negação de acesso. O Comitê conclama os Estados a abolir as taxas de utilização e a implementar sistemas de financiamento da saúde que não discriminem mulheres e crianças com base em sua incapacidade de pagar. Mecanismos de compartilhamento de riscos, como impostos e seguros, devem ser implementados com base em contribuições equitativas e baseadas na possibilidade financeira que cada pessoa tem para contribuir.

(d) *Acessibilidade às informações:* as informações sobre promoção da saúde, status de saúde e opções de tratamento devem ser fornecidas às crianças e seus cuidadores em um idioma e formato acessíveis e claramente compreensíveis para eles.

(c) Aceitabilidade

115.No contexto do direito à saúde das crianças, o Comitê define aceitabilidade como a obrigação de projetar e implementar todas as instalações, bens e serviços relacionados à saúde de uma maneira que leve em consideração e respeite a ética médica, bem como as necessidades, expectativas, cultura, visões e idioma da criança, prestando atenção especial a certos grupos, quando necessário.

(d) Qualidade

116.As instalações, bens e serviços relacionados à saúde devem ser científica e clinicamente adequados e de boa qualidade. Garantir a qualidade requer, entre outros, que (a) os tratamentos, intervenções e medicamentos sejam baseados nas melhores evidências disponíveis; (b) os médicos sejam qualificados e recebam treinamento adequado em saúde materna e infantil, à luz dos princípios e disposições da Convenção; (c) o equipamento hospitalar seja cientificamente aprovado e apropriado para crianças; (d) os medicamentos sejam cientificamente aprovados, sejam específicos para crianças (quando necessário) e monitoradas reações adversas a eles e (e) realizadas avaliações regulares da qualidade dos cuidados promovidos por instituições de saúde.

3. Monitorando e avaliando

117.Um conjunto de indicadores bem estruturado e adequadamente desagregado deve ser estabelecido para monitoramento e avaliação a fim de atender aos requisitos sob os critérios de desempenho acima. Os dados devem ser usados para redesenhar e melhorar políticas, programas e serviços de apoio ao cumprimento do direito à saúde das crianças. Os sistemas de informação em saúde devem garantir que os dados sejam confiáveis, transparentes e consistentes, enquanto protegem o direito à privacidade dos indivíduos. Os Estados devem revisar regularmente seu sistema de informação sobre saúde, incluindo registro vital e vigilância de doenças, com vistas a sua melhoria.

118.Os mecanismos nacionais de responsabilidade devem monitorar, revisar e agir de acordo com suas descobertas. Monitorar significa fornecer dados sobre o estado de saúde das crianças, revisar regularmente a qualidade dos serviços de saúde das crianças e quanto é gasto nos mesmos e onde, em que e em quem são gastos. Isso deve incluir monitoramento de rotina e avaliações periódicas e aprofundadas. Revisar significa analisar os dados e consultar crianças, famílias, outros cuidadores e sociedade civil para determinar se a saúde das crianças melhorou e se os governos e outros atores cumpriram seus compromissos. Atuar significa usar evidências emergentes desses processos para repetir e expandir o que está funcionando, reformar e remediar o que não está.

F. Remédios às violações do direito à saúde

119.O Comitê incentiva fortemente os Estados a estabelecer mecanismos de reclamação funcionais e acessíveis para crianças de base comunitária e a possibilitar que as crianças busquem e obtenham reparações quando seu direito à saúde for violado ou colocado em risco. Os Estados também devem prever amplos direitos de legitimidade legal, incluindo ações coletivas.

120.Os Estados devem garantir e facilitar o acesso aos tribunais para crianças e seus cuidadores e tomar medidas

para remover quaisquer barreiras ao acesso a reparações por violações do direito à saúde das crianças. Instituições nacionais de direitos humanos, ouvidorias de crianças, associações profissionais relacionadas à saúde e associações de consumidores podem desempenhar um papel importante nesse sentido.

VII. Disseminação

121.O Comitê recomenda que os Estados divulguem amplamente o presente comentário geral no parlamento e em todo o Governo, inclusive nos ministérios, departamentos e órgãos municipais e locais que trabalham nas questões de saúde das crianças