



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



48º CONSELHO DIRETOR

60ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 29 de setembro a 3 de outubro de 2008

Tema 4.4 da Agenda Provisória

CD48/8 (Port.)
20 agosto 2008
ORIGINAL: INGLÊS

**ESTRATÉGIA REGIONAL PARA MELHORAR A SAÚDE
DO ADOLESCENTE E DA JUVENTUDE**

SUMÁRIO

	<i>Página</i>
Introdução	3
Instrumentos das Nações Unidas para a Proteção dos Direitos Humanos.....	4
Instrumentos da OEA para a Proteção dos Direitos Humanos	5
Antecedentes	5
Análise	6
Proposta	14
Linhas Estratégicas de Ação	15
Informação Estratégica e Inovação.....	16
Contextos Habilitadores e Políticas com Base Científica.....	17
Sistemas e Serviços de Saúde Integrados e Abrangentes	18
Formação de Capacidade de Recursos Humanos	19
Intervenções Baseadas na Família, na Comunidade e na Escola.....	20
Alianças Estratégicas e Colaboração com Outros Setores.....	21
Comunicação Social e Participação da Mídia.....	21
Ação do Conselho Diretor	22
Anexos	
Anexo A. Causas externas de mortalidade entre os 15 e 24 anos de idade, países selecionados, por volta de 2003 (por 10.000 habitantes)	
Anexo B. Taxa de fecundidade específica por idade entre adolescentes de 15-19 anos, países selecionados, Região das Américas, 2000-2005	
Anexo C. Finalidade e indicadores, linhas estratégicas de ação	
Anexo D. Formulário analítico	
Anexo E. Resolução CE142.R16	
Anexo F. Planilha para resolução	

Introdução

1. Este documento propõe uma estratégia de 10 anos para enfrentar e responder às necessidades dos jovens 10 a 24 anos de idade, de ambos os sexos, vivendo nas Américas. Procura fazê-lo desenvolvendo e fortalecendo uma resposta integrada do setor da saúde, com atenção especial aos adolescentes e jovens¹ mais vulneráveis e às disparidades predominantes no estado de saúde, tanto entre países da Região como dentro deles.

2. A Estratégia procura melhorar a saúde da maior coorte dos jovens² na história da Região—representando 24,5% da população total (232 milhões de habitantes)—e responder a um contexto em mutação: transição demográfica, globalização, mudanças ambientais e novas tecnologias de comunicação. Na próxima década, os Estados Membros serão desafiados a promover e proteger a saúde e o desenvolvimento dos jovens, para assegurar que eles construam capital social e formem populações saudias em seus anos economicamente mais produtivos e ao se tornarem mais velhos. Esse desafio não pode ser abordado somente pelo setor da saúde; diretos deixaram de ser uma opção a integração e coordenação das ações de todos os interessados, para minimizar a repetição de esforços e maximizar o impacto de investimentos feitos.

3. Esta Estratégia tem raízes no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde, segundo a qual “gozar do grau máximo de saúde que se possa conseguir é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política, condição econômica ou social”.³ Além disso, é compatível com documentos globais como a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), a Sessão Especial de Assembléia Geral das Nações Unidas (UNGASS), as Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM), e as seguintes convenções, declarações e

¹ Por exemplo, jovens que estão privados do direito de voto, de condição baixa socioeconômica, com baixo grau de instrução e/ou com necessidades especiais de saúde, inclusive adolescentes e jovens com doenças mentais e incapacidades graves.

² A Organização Mundial da Saúde define como adolescentes as pessoas na faixa etária 10 a 19 anos e como “jovens” as de 15 a 24 anos. “Juventude” compreende os jovens de 10 a 24 anos de idade.

³ Enunciado no preâmbulo à constituição da Organização Mundial da Saúde e adotado pela Conferência Sanitária Internacional, Nova York, 19 de junho–22 de julho de 1946; assinado em 22 de julho de 1946 pelos representantes de 61 Estados (Registros Oficiais da Organização Mundial da Saúde, n.º 2, p. 100) e em vigor desde 7 de abril de 1948. Desde aquele ano, a definição nunca foi emendada. Ver também o Documento Técnico CD47/15, do Conselho Diretor da OPAS (“Incapacidade: Prevenção e Reabilitação no Contexto do Direito ao Gozo do Mais Alto Padrão Attingível de Saúde Física e Mental e Outros Direitos Correlatos”), de 16 de agosto de 2006, 47º Conselho Diretor, pp. 10-15. Disponível no endereço <http://www.paho.org/english/gov/cd/CD47-15-e.pdf>.

recomendações sobre direitos humanos internacionais/interamericanas das Nações Unidas e do sistema interamericano (OEA).⁴

Instrumentos das Nações Unidas para a Proteção dos Direitos Humanos

- *Convenção sobre os Direitos da Criança;*⁵
- *Declaração Universal dos Direitos Humanos;*⁶
- *Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos;*⁷
- *Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais;*⁸

⁴ Ver OPAS, Documento CD47/15 (“Incapacidade: Prevenção e Reabilitação no Contexto do Direito ao Gozo do Mais Alto Padrão Attingível de Saúde Física e Mental e Outros Direitos Correlatos”), do Conselho Diretor, de 16 de agosto de 2006, 47º Conselho Diretor, pp.10-15. Disponível no endereço <http://www.paho.org/english/gov/cd/cd47-15-e.pdf>; ver o Plano Estratégico da RSPA 2008-2012, Objetivo Estratégico 7 (Resultado Esperado a Nível Regional 7.4.1), 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana, Washington, D.C., 1-5 de outubro de 2007, pp. 74-78. Disponível no endereço <http://www.paho.org/english/gov/csp/od328-obj5-8-e.pdf>; Ver a resolução CD42.R12, sobre “Saúde da Criança”, 42º Conselho Diretor, OPAS, Washington, D.C., 28 de setembro de 2000. Disponível no endereço http://www.paho.org/english/gov/cd/cd42_fr-e.pdf.

⁵ Este instrumento entrou em vigor em 2 de setembro de 1990 e foi ratificado por Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Equador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Santa Lúcia, São Cristóvão e Névis, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

⁶ O Artigo 25 da Declaração Universal de Direitos Humanos afirma que “... Todos têm o direito a um nível de vida adequado para a saúde e o bem-estar próprio e de sua família, inclusive alimento, roupa, moradia e atenção médica, bem como serviços sociais necessários ...”

⁷ Entrou em vigor em 23 de março de 1976 e foi ratificado pela Argentina, Barbados, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Equador, Estados Unidos da América, Granada, Guatemala, Guiana, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

⁸ Entrou em vigor em 3 de janeiro de 1976 e foi ratificado pela Argentina, Barbados, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Equador, Granada, Guatemala, Guiana, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela. O *Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*, das Nações Unidas, criado por esse tratado emitiu diretrizes referentes ao conteúdo, alcance e obrigações dos Estados Membros no tocante ao Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais derivados do seu artigo 12 (*o direito de todos ao gozo do mais alto padrão alcançável de saúde física e mental*). O Comitê estabeleceu que o direito de cada um ao mais alto padrão atingível de saúde está estreitamente relacionado e dependente do exercício de outros direitos humanos, tais como vida, não-discriminação, igualdade, liberdade de tratamento desumano ou degradante, o direito de associação, reunião e movimento, alimento, moradia, emprego e educação. As crianças, adolescentes e pessoas com incapacidade são nele referidas como grupos cuja vulnerabilidade requer programas especiais, de relativamente baixo custo, que ofereçam acesso a dependências, produtos e serviços de saúde, sem discriminação, assim como a um ambiente seguro e propício, que assegure a oportunidade de participar em decisões que afetem a sua saúde e de adquirir aptidões para

- *Convenção sobre a Eliminação de Toda Forma de Discriminação contra a Mulher,*⁹

Instrumentos da OEA para a Proteção dos Direitos Humanos

- Declaração Americana sobre os Direitos e Deveres do Homem;¹⁰
- Convenção Americana sobre Direitos Humanos;¹¹
- Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ou Protocolo de San Salvador;¹²
- Convenção Interamericana para a Prevenção, Punição e Erradicação da Violência contra a Mulher (“Convenção de Belém do Pará”).¹³

4. O desenvolvimento desta Estratégia é produto de um processo participativo que envolveu peritos internacionais, parceiros estratégicos e interessados diretos nacionais, inclusive jovens, e pontos focais da OPAS/OMS nos países.

Antecedentes

5. Vem de longa data o compromisso da Secretaria da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para com a melhoria da saúde e do bem-estar dos jovens. Mandatos anteriores sobre o tema da saúde do adolescente e da juventude incluem: a resolução da Assembléia Mundial da Saúde sobre a *Estratégia para a Saúde e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente* (WHA56.21, 2003),¹⁴ que insta os Estados Membros a fortalecer e incrementar os esforços para aumentar a cobertura dos serviços de saúde e a

captar informação apropriada para a vida. Para maiores informações ver a *Observação Geral 14 do Comitê das Nações Unidas sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. Disponível no endereço <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G00/439/34/PDF/G0043934.pdf?OpenElement>

⁹ Entrou em vigor em 1979 e foi ratificado por Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Equador, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, São Cristóvão e Névis, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

¹⁰ Adotado pela Nona Conferência Internacional dos Estados Americanos, Bogotá, a Colômbia, 1948. Disponível no endereço <http://cidh.org/Basicos/English/Basic2,American%20declaration.htm>.

¹¹ Entrou em vigor em 18 de julho de 1978 e foi ratificado pela Argentina, Barbados, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Equador, Granada, Guatemala, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

¹² Entrou em vigor em 16 de novembro de 1999 e foi ratificado pela Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Equador, Guatemala, México, Panamá, Paraguai, Peru, Suriname e Uruguai.

¹³ Entrou em vigor em 5 de março de 1995 e foi ratificado por Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile, Dominica, El Salvador, Equador, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, São Cristóvão e Névis, Santa Lucia, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

¹⁴ Disponível no endereço http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/ea56r21.pdf.

promover o acesso a uma ampla gama das intervenções de prevenção e promoção da saúde; a resolução da AMS *Estratégia Global sobre Saúde Reprodutiva* (WHA57.12, 2004),¹⁵ que conclama os Estados Membros a alcançar as metas internacionais sobre saúde reprodutiva dando especial atenção às desigualdades relacionadas com o sexo, a pobreza e os riscos aos quais os adolescentes estão expostos; e a Resolução sobre *Saúde dos Adolescentes* (CD40.R16)¹⁶ aprovada pelo 40º Conselho Diretor da OPAS em 1997, na qual os países-membros reconheceram formalmente as necessidades diferenciadas da população jovem e aprovaram um contexto estrutural e plano de ação. O Plano Estratégico de OPAS 2008-2012 e a Agenda de Saúde das Américas¹⁷ reafirmam a importância de tratar as necessidades particulares dos adolescentes e jovens.

6. Uma avaliação externa da implantação do plano de ação 2001-2007¹⁸ realizada em 2007, com respeito à Resolução CD40.R16, revelou que 22 de 26 Estados Membros respondentes estabeleceram programas nacionais de saúde dos adolescentes, mas somente 17 de 26 países tinham um programa com funcionamento efetivo.¹⁹ Trinta e um por cento dos países pesquisados qualificaram seus programas como adequados; 41% como parcialmente adequados; e 18% como inadequados. Embora isso represente claro progresso, a resposta dos sistemas e serviços de saúde às necessidades dos jovens muitas vezes é fraca e ainda enfrenta limitações orçamentárias.

Análise

7. Muitos países²⁰ da Região estão atualmente passando por uma “janela de oportunidade”²¹ demográfica, na qual há uma proporção maior de pessoas em idade de

¹⁵ Disponível no endereço http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R12-en.pdf.

¹⁶ Disponível no endereço http://www.paho.org/English/GOV/CD/ftcd_40.htm.

¹⁷ O Plano Estratégico da Repartição Sanitária Pan-Americana para 2008-2012, 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana, Washington, D.C., 1-5 de outubro de 2007, pode ser consultado em [gov/csp/csp27-od328-s.htm](http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-od328-s.htm) <http://www.paho.org/spanish/> e a Agenda de Saúde para as Américas apresentada pelos Ministros da Saúde no Panamá em junho de 2007 pode ser consultada no endereço http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf.

¹⁸ Nirenberg, O. *et al.* Avaliação de Planos Regionais de Saúde do Adolescente 2007 [ainda inédito]. Disponível no endereço <http://portal.paho.org/sites/fch/CA/WS/rahs/default.aspx>.

¹⁹ Define-se um programa com funcionamento efetivo aquele que tem pelo menos dois anos, conta uma pessoa por ele responsável, tem um plano de ação que foi executado no ano passado e conta com recursos consignados no orçamento.

²⁰ Os seguintes países da Região se encontram atualmente ante esse tipo de “janela de oportunidade” demográfica (o ano no qual essa oportunidade se fechará aparece entre parêntese): Argentina (2035), Bolívia (2045), Brasil (2020), Chile (2015), Colômbia (2020), Costa Rica (2020), Cuba (2010), Equador (2030), El Salvador (2035), Guatemala (2050), Honduras (2040), México (2020), Nicarágua (2040), Panamá (2020), Paraguai (2050), Peru (2030), República Dominicana (2025), Uruguai (2020), Venezuela (2025), segundo a publicação 2008: Situación y desafíos de la juventud em Iberoamérica, do Sistema das Nações Unidas em El Salvador, disponível no endereço www.pnud.org.sv.

²¹ Banco Mundial. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 2007: Development and the Next Generation. Washington, D.C.: Banco Mundial, 2006.

trabalhar, em relação à população dependente. O investimento em saúde e educação para os jovens e o alinhamento das políticas econômicas possibilitam o crescimento da produtividade e da economia. Mesmo em países onde essa janela fechou, a promoção da saúde e do desenvolvimento dos jovens é essencial para ajudar a aumentar o seu potencial de apoio a uma crescente população dependente. Além disso, investir na saúde do jovem é essencial para proteger investimentos feitos em infância (por exemplo, significativos investimentos em vacinas e programas de nutrição) e assegura a saúde da população adulta futura. A maioria dos hábitos prejudiciais à saúde é adquirida na adolescência e juventude e se manifesta como problema de saúde na idade adulta (por exemplo, câncer de pulmão causado pelo consumo de tabaco), agregando uma carga financeira evitável aos sistemas de saúde.

8. Na Região, em 2003, a taxa de mortalidade de pessoas de 15 de 24 anos de idade foi de aproximadamente 130 por 100.000.²² As causas principais de mortalidade nessa faixa etária são causas externas, inclusive acidentes, homicídios e suicídios, entre outros, seguidos de doenças transmissíveis, inclusive infecção pelo HIV/AIDS, doenças não-transmissíveis e complicações de gravidez, do parto e do puerpério (ver Anexo A). Outros temas fundamentais de saúde que afetam os jovens e exigem ação imediata são: doenças sexualmente transmissíveis (DST), obesidade, saúde mental, consumo do tabaco e abuso de substâncias. O impacto desproporcional desses fatores sobre os jovens de baixa renda e baixo nível de instrução, indígenas, migrantes e membros de minorias étnicas reclamam consideração especial.

(a) *Violência:* Em 2000 na Região das Américas, a taxa de homicídio entre homens e mulheres de 15 a 29 anos de idade foi 68,6 e 6,4 por 100.000, respectivamente (em comparação com a países europeus de alta renda, onde a taxa de homicídios subiu a apenas 1,7 e 0,7 por 100.000 homens e mulheres, respectivamente). Para cada homicídio de um jovem, chegaram a se registrar nessa mesma faixa etária 20 a 40 vítimas de violência não letal requerendo atenção hospitalar.²³ Estima-se que o número atual de membros de quadrilhas na América Central fica entre 30.000 e 285.000, principalmente em El Salvador, Guatemala e Honduras.²⁴ Além disso, as mulheres adolescentes e jovens têm quatro vezes mais probabilidades de serem vítimas de violência sexual do que as mulheres mais velhas.²⁵

²² Organização Pan-Americana da Saúde. A Saúde nas Américas. 2007. Publicação Técnica e Científica No. 622. Washington, D.C.: OPAS, 2007. (pp.177-181). Disponível no endereço <http://www.paho.org/HIA/index.html>.

²³ Krug, E.G. World Report on Violence and Health. World Health Organization, Genebra. 2002.

²⁴ Centro de Estudios de Guatemala. Informe especial: Las maras: Amenazas a la Seguridad? Guatemala, 2005. Disponível no endereço www.laneta.apc.org/ceg.

²⁵ Krug, E.G. World Report on Violence and Health. World Health Organization, Genebra. 2002.

- (b) *HIV/AIDS/DST*: No Caribe, a AIDS já está entre as cinco principais causas de morte dos jovens. Em 2004, a percentagem estimada de jovens do Caribe de 15 a 24 anos que viviam com o HIV foi 1,6% (0,9-2,3) entre mulheres e 0,7% (0,4-1,5) entre homens. As cifras para a América Latina foram 0,3% (0,2-0,8) entre mulheres e 0,5% entre homens. As doenças sexualmente transmissíveis atingem um em 20 adolescentes por ano e as infecções mais comuns são clamídia, gonorréia, sífilis e tricomoníase. Nas adolescentes grávidas, as infecções sexualmente transmissíveis aumentam o risco de parto prematuro e de lactentes de baixo peso ao nascer. Além disso, quando não tratadas, essas infecções podem, após um período mais longo, aumentar o risco de câncer e HIV, podendo mesmo ser responsáveis pela metade de casos de infertilidade.²⁶
- (c) *Saúde sexual e reprodutiva*: Há necessidade de significativos avanços na igualdade de gêneros para melhorar a saúde sexual e reprodutiva dos jovens. O HIV e as DST devastam a população feminina de adolescentes.²⁷ Muitas vezes, as normas culturais e sociais pertinentes ao gênero restringem o acesso dessas jovens à informação básica, determinando um papel desigual e mais passivo na tomada de decisões sexuais, o que vem minar sua autonomia e expor muitas delas a coerção sexual. Da mesma forma, as expectativas tradicionais relativas à masculinidade são muitas vezes associadas com comportamentos que aumentam o risco de infecção por HIV entre os homens adultos e adolescentes. Tais comportamentos incluem um número elevado de parceiros sexuais, uso de drogas e álcool e recusa a procurar atenção médica para infecções sexualmente transmitidas.²⁸ Assim, as vidas e a saúde das adolescentes só podem ser melhoradas em paralelo com a sensibilização dos adultos e adolescentes do sexo masculino. A compreensão dos fatores associados à atração e à orientação sexual dos jovens é fundamental para melhorar a sua saúde sexual e reprodutiva. Em uma pesquisa de saúde no Caribe, percentagens aproximadamente iguais (5,0% e 4,5%) de adolescentes de ambos os sexos deram conta de experiências sexuais com pessoas do mesmo sexo e mais de 10% dos adolescentes informaram não estar seguros da sua orientação sexual (11,7% no sexo feminino, 13,3% no masculino).²⁹ Contudo, a atração sexual do mesmo sexo não é discutida com a mesma frequência. Antes que a orientação sexual, muitas vezes são razões

²⁶ Organização Pan-Americana da Saúde. A Saúde nas Américas. 2007. Publicação Técnica e Científica No. 622. Washington, D.C.: OPAS, 2007. (pp.177-181). Disponível no endereço <http://www.paho.org/HIA/index.html>.

²⁷ Global Coalition on Women and AIDS (2006). *Keeping the promise: an agenda for action on women and AIDS*. Genebra, UNAIDS.

²⁸ WHO (2007). *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.

²⁹ A portrait of Adolescent Health in the Caribbean, 2000. WHO Collaborating Center on Adolescent Health, University of Minnesota, Minneapolis, MN.

econômicas, como o turismo sexual, que atraem jovens a relações com pessoas do mesmo sexo. Em muitos países da Região, os jovens estão se tornando sexualmente ativos cada vez mais precocemente, com a maioria iniciando suas atividades sexuais na adolescência. Aproximadamente 50% das jovens de 15 a 24 anos de idade, em alguns países centro-americanos, já haviam mantido relações sexuais aos 15 anos de idade;³⁰ a percentagem é ainda mais alta nas áreas rurais e entre os jovens com níveis da instrução mais baixos. Quase 90% dos jovens da América Latina e do Caribe (ALC) declararam estar familiarizados com pelo menos um método anticoncepcional, mas entre 48% e 53% dos jovens sexualmente ativos informaram nunca ter usado contracepção. Entre os que haviam usado um método contraceptivo, aproximadamente 40% não faziam uso regular de anticoncepcionais.³¹ Até 2006, a necessidade não atendida de contracepção entre as mulheres jovens foi de 48% em Honduras, 38% na Guatemala e 36% na Nicarágua.³²

- (d) *Gravidez:* Condições obstétricas foram as causas mais comuns de hospitalização de mulheres jovens (27%, 31%, e 46% no Caribe, América Central e Estados Unidos, respectivamente).³³ As adolescentes correm maior risco de gravidez com resultados adversos e, em comparação com mulheres mais velhas, têm menos probabilidades de completar sua escolaridade, estão sujeitas a empregos informais e à pobreza, e a saúde de seus filhos está exposta a maiores riscos.³⁴ A metade dos países das Américas tem taxas de fecundidade de adolescentes de 15 a 19 anos de idade superiores a 72 por 1.000 mulheres (ver Anexo B). Vinte por cento dos partos na Região foram de menores de 20 anos, com casos de gravidez não planejada estimados em cerca de 40%.³⁵ Na ALC, correspondem a menores de 24

³⁰ Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, Divisão de Saúde Reprodutiva; Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional. Reproductive, maternal, and child health in Central America: trends and challenges facing women and children: El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Atlanta: CDC/USAID; 2005.

³¹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La vulnerabilidad reinterpretada, asimetrías, cruces y fantasmas. Santiago do Chile: CEPAL; 2002.

³² United States, Guttmacher Institute. Early Childbearing in Nicaragua: A Continuing Challenge. In Brief, 2006 Series, No. 3, 4 e 5 (Honduras, Nicarágua e Guatemala). Disponível no endereço <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/11/09/rib-Guatemala-en.pdf>

³³ Organização Pan-Americana da Saúde. A Saúde nas Américas. 2007. Publicação Técnica e Científica No. 622. Washington, D.C.: OPAS, 2007. (pp.177-181). Disponível no endereço <http://www.paho.org/HIA/index.html>.

³⁴ Organização Pan-Americana da Saúde. A Saúde nas Américas. 2007. Publicação Técnica e Científica No. 622. Washington, D.C.: OPAS, 2007. (pp.177-181). Disponível no endereço <http://www.paho.org/HIA/index.html>.

³⁵ Organização Pan-Americana da Saúde. A Saúde nas Américas. 2007. Publicação Técnica e Científica No. 622. Washington, D.C.: OPAS, 2007. (pp.177-181). Disponível no endereço <http://www.paho.org/HIA/index.html>.

- anos 45% (405) do número estimado de óbitos de mulheres (900) devidos a abortos perigosos em 2003.³⁶
- (e) *Má nutrição:* A obesidade entre adolescentes na Região varia entre 8% e 22%.³⁷ Nos Estados Unidos, 17% dos adolescentes entre 12 e 19 anos de idade têm excesso de peso.³⁸ No Canadá, 12% a 20% dos jovens têm excesso de peso, e 3% a 10% são obesos. As taxas tanto de sobrepeso como de obesidade são maiores entre os meninos do que entre as meninas. Ao todo, aproximadamente 26% dos meninos e 17% das meninas ou têm excesso de peso ou são obesos.³⁹ A anemia nas jovens varia de 7% em El Salvador a 30% na Bolívia e 45% no Haiti.⁴⁰
- (f) *Saúde mental:* A mortalidade e a morbidade já descritas, entre os jovens, está relacionada com a falta de atenção à saúde mental. Em 2004, nos Estados Unidos, o suicídio foi a terceira principal causa de morte entre os adolescentes de 13-19 anos de idade. Além disso, muitos adolescentes consideram seriamente o suicídio sem o tentar, ou tentam e não consumam o suicídio.⁴¹
- (g) *Consumo do álcool, drogas e tabaco:* Em 2005, no Caribe, 40% dos adolescentes do sexo feminino e 50% dos adolescentes 12-18 anos haviam consumido álcool e 1 em 10 jovens 16-18 anos de idade havia consumido quatro ou mais bebidas alcoólicas de uma vez.⁴² Aproximadamente 1 em 10 adolescentes de 13-17 anos havia usado drogas ilícitas em algum momento de sua vida.⁴³ Nos Estados Unidos, 1 em cada 5 estudantes do 9º ao 12º grau informou ter usado maconha

³⁶ Organização Mundial da Saúde (OMS). Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003, 5ª Edição, Genebra, 2007.

³⁷ Zwicker C *et al.* Commitments: Youth Reproductive Health, the World Bank, and the Millennium Development Goals. Washington, D.C.: Global Health Council, 2004. Disponível no endereço www.globalhealth.org/images/pdf/commitments.pdf.

³⁸ MacKay AP, Duran C. Adolescent Health in the United States, 2007. National Center for Health Statistics. 2007.

³⁹ Healthy settings for young people in Canada. 2008. Public Health Agency of Canada. Disponível no endereço <http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/yjc/>

⁴⁰ Chaparro CM, Lutter CK. Anemia among adolescent and young adult women in Latin America and the Caribbean: A cause for concern. Washington, D.C. OPAS 2008.

⁴¹ MacKay AP, Duran C. Adolescent Health in the United States, 2007. National Center for Health Statistics. 2007.

⁴² Organização Pan-Americana da Saúde. A Saúde nas Américas. 2007. Publicação Técnica e Científica No. 622. Washington, D.C.: OPAS, 2007. (pp.177-181). Disponível no endereço <http://www.paho.org/HIA/index.html>.

⁴³ Organização dos Estados Americanos, Comissão Interamericana de Controle de Abuso de Drogas. Relatório comparativo sobre pesquisas escolares em nível nacional em sete países: El Salvador, Guatemala, Nicarágua, Panamá, Paraguai, República Dominicana e Uruguai, 2003. Washington, D.C.: OEA/CICAD; 2004.

pelo menos uma vez no último mês.⁴⁴ O consumo do tabaco entre adolescentes de 13-17 anos de idade no último mês variou de 2,2% a 38,7%.⁴⁵ No Canadá, 5% dos jovens informam ter experimentado o fumo quando tinham 11 de idade ou menos, 16% dos meninos e 18% das meninas quando tinham 12-14 anos de idade, e 6% aos 15 anos ou mais.⁴⁶

9. Vivendo na Região que apresenta as maiores desigualdades sociais, os jovens estão sujeitos às desigualdades socioeconômicas, territoriais, étnicas e de gênero predominantes, as quais moldam sua saúde e suas oportunidades sociais. A maioria das causas primárias de morbidade e mortalidade na Região é associada aos determinantes sociais da saúde, a saber: educação, renda e classe social, emprego, migração, família, redes sociais e o ambiente, entre outros. Em todos os países da Região, os mais pobres e mais excluídos são freqüentemente jovens que pertencem a minorias indígenas, étnicas e raciais, e aqueles que vivem em lares encabeçados por mulheres e/ou em comunidades rurais. Vivem na pobreza na ALC 39% de jovens.⁴⁷ Nos Estados Unidos, em 2005, 16% dos adolescentes de 10-17 anos de idades viviam em domicílios abaixo o limiar de pobreza.⁴⁸ Adolescentes que vivem num domicílio chefiado por apenas um dos pais têm consideravelmente mais probabilidades de contar com uma renda familiar próxima ou abaixo do limiar de pobreza, do que um adolescente que vive num domicílio sob a tutela de ambos os pais.⁴⁹ A taxa de fecundidade de adolescentes que vivem na pobreza é três vezes maior que a de adolescentes que não vivem na pobreza; elas usam menos métodos contraceptivos e têm mais probabilidade de dar à luz antes de completar 20 anos.⁵⁰ A educação também afeta os resultados de saúde e comportamentos de risco (por exemplo, gravidez, DST/HIV/AIDS, consumo prejudicial de álcool e outras substâncias, e os riscos

⁴⁴ MacKay AP, Duran C. Adolescent Health in the United States, 2007. National Center for Health Statistics. 2007.

⁴⁵ Organização dos Estados Americanos, Comissão Interamericana de Controle de Abuso de Drogas. Relatório comparativo sobre pesquisas escolares em nível nacional em sete países: El Salvador, Guatemala, Nicarágua, Panamá, Paraguai, República Dominicana e Uruguai, 2003. Washington, D.C.: OEA/CICAD; 2004.

⁴⁶ Healthy Settings for Young People in Canada. 2008. Public Health Agency of Canada. Disponível no endereço <http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/yjc/>

⁴⁷ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, El Salvador, redatores. *Situación y desafíos de la juventud en Iberoamérica*. San Salvador: Nações Unidas, 2008. Disponível no endereço www.pnud.org.sv.

⁴⁸ MacKay AP, Duran C. Adolescent Health in the United States, 2007. National Center for Health Statistics. 2007.

⁴⁹ MacKay AP, Duran C. Adolescent Health in the United States, 2007. National Center for Health Statistics. 2007.

⁵⁰ United States, Guttmacher Institute. Early Childbearing in Nicaragua: A Continuing Challenge. In Brief, 2006 Series, No. 3, 4, and 5 (Honduras, Nicaragua, and Guatemala). Disponível no endereço <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/11/09/rib-Guatemala-en.pdf>

de violência). Em termos gerais, somente 38% dos jovens de 18 anos estão na escola,⁵¹ havendo, no entanto, grandes disparidades devidas a níveis socioeconômicos, etnia e área geográfica. Por cada ano adicional de escolaridade, diminuem em 5%-10% as taxas de fecundidade das adolescentes.⁵² Além disso, as desigualdades nas oportunidades de educação e emprego com salários decentes estão fomentando altos graus de migração, tanto nos países como dentro deles. Isso se traduz em desintegração das famílias e comunidades, trabalho inseguro, ilegal e informal, tráfico e numerosos riscos para a saúde (DST/HIV/AIDS, gravidez e violência).

10. A informação estratégica é crítica para a tomada fundamentada de decisões. Apesar de uma tecnologia da informação cada vez mais complexa, ainda é difícil obter dados sociais e de saúde referentes aos jovens são, sendo eles com frequência incompletos, inexatos ou inconseqüentes em muitos países.⁵³ Na avaliação externa da aplicação do plano de ação 2001-2007, da resolução CD40.R16, dos 26 países que responderam, 30% tem um sistema nacional de vigilância que inclui a questão de saúde o adolescente e juventude, e somente de 27% e fazem monitoramento e avaliação de seus programas.⁵⁴ Além disso, o estigma continua sendo uma barreira, causando subnotificação de alguns problemas de saúde (por exemplo, suicídio, doenças mentais, orientação sexual e abuso sexual). A escassez dos dados com frequência dificulta a identificação dos grupos em risco particular dentro dos países e entre eles ou os fatores de risco e de proteção pertinentes aos comportamentos e resultados de saúde. O monitoramento e avaliação deficiente tem resultado na contínua execução de intervenções ineficazes.

11. Em geral, as políticas, programas e serviços abordam a saúde e o desenvolvimento do adolescente e da juventude por uma perspectiva vertical e orientada para problemas, tratando o HIV, a gravidez, o consumo de álcool, a família e a violência, por exemplo, como questões diferentes. Muitas vezes, as fontes de financiamento reforçam esse enfoque, resultando na cara duplicação de esforços e limitado impacto. Tudo parece indicar que os programas devem buscar resultados de saúde inter-relacionados, comportamentos associados e suas origens comuns, para melhorar o

⁵¹ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, El Salvador, redatores. *Situación y desafíos de la juventud en Iberoamérica*. San Salvador: Nações Unidas, 2008. Disponível no endereço www.pnud.org.sv.

⁵² Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, El Salvador, redatores. *Situación y desafíos de la juventud en Iberoamérica*. San Salvador: Nações Unidas, 2008. Disponível no endereço www.pnud.org.sv

⁵³ Organização Pan-Americana da Saúde. A Saúde nas Américas. 2007. Publicação Técnica e Científica No. 622. Washington, D.C.: OPAS, 2007. (pp.177-181). Disponível no endereço <http://www.paho.org/HIA/index.html>.

⁵⁴ Nirenberg, O. *et al.* Evaluación Regional Planes de Salud Adolescente 2007. Disponível no endereço <http://portal.paho.org/sites/fch/CA/WS/rahs/default.aspx>.

impacto e reduzir a cara duplicação de esforços.⁵⁵ Contribui para as intervenções ineficazes o uso deficiente da comprovação científica disponível, bem como a falta de participação do adolescente e da juventude nos processos de desenvolvimento e de execução.

12. Devido à falta de participação do adolescente e da juventude, é inadequada a consideração das necessidades específicas da população alvo, determinadas pela idade, etapa de desenvolvimento, cultura e sexo. Além disso, os programas não aproveitaram a função central de apoio desempenhada pelas famílias, escolas e comunidades como fatores de proteção da saúde e da educação, nem o seu potencial para facilitar o acesso aos serviços de saúde e servir de meios críticos para a promoção da saúde. É necessário identificar os pontos fracos e fortes da comunidade e da vizinhança, por meio de avaliações participativas, para formular para os jovens programas de desenvolvimento e serviços de saúde que sejam inovadores, integrais e eficientes.

13. O acesso do adolescente e da juventude aos serviços de saúde também continua inadequado na maioria dos países. Muitos jovens encontram barreiras legais e financeiras e ambientes hostis quando usam os serviços de saúde, inclusive quebra de sigilo, discriminação e atitudes valorativas e reprovadoras em relação à atividade sexual e ao uso de substâncias. Além disso, o acesso aos serviços de saúde (inclusive os biomédicos, de saúde mental e outros) é afetado pelas políticas financeiras do sistema de saúde, por barreiras geográficas e pela disponibilidade de pessoal na área da saúde. Por exemplo, nos Estados Unidos, embora a grande maioria dos adolescentes pobres ou quase pobres menores de 19 reúna os requisitos para a cobertura pública, somente um quinto dos adolescentes de famílias que viviam abaixo do limiar de pobreza em 2005 não tinha qualquer seguro médico.⁵⁶ Seria necessário organizar serviços de saúde para responder às necessidades dos jovens e a suas expectativas individuais e coletivas. A brecha entre a prestação dos serviços de saúde e as necessidades dos adolescentes e dos jovens tem que ser fechada.⁵⁷ Os serviços de saúde qualidade oferecem significativa oportunidade para a apresentação de mensagens sanitárias promocionais e preventivas, a par de triagem, diagnóstico, tratamento e atenção para toda uma gama de problemas de saúde.

14. O modelo de atenção primária à saúde requer que os provedores de atenção de saúde estejam adequadamente preparados para responder às necessidades dos indivíduos

⁵⁵ Nirenberg, O. *et al.* Evaluación Regional Planes de Salud Adolescente 2007. Disponível no endereço <http://portal.paho.org/sites/fch/CA/WS/rahs/default.aspx>.

⁵⁶ MacKay AP, Duran C. Adolescent Health in the United States, 2007. National Center for Health Statistics. 2007.

⁵⁷ OPAS IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes, OPS, Washington D.C., 2005.

em todo o ciclo de vida.⁵⁸ Por essa razão, eles são obrigados a ter conhecimento das necessidades específicas dos jovens e das barreiras que estes enfrentam. A Região carece, porém, de uma massa crítica de provedores da área da saúde treinados para responder às necessidades dos jovens. Estratégias inovadoras para chegar aos jovens e treinar prestadores de serviços de saúde podem ajudar a manter-se em dia com as demandas de serviços e programas de promoção da saúde e prevenção. O aumento das necessidades exige que os provedores estejam inteirados das novas pesquisas e das tecnologias emergentes sobre a saúde do adolescente e da juventude, tanto em comunicação (por exemplo, serviço de transmissão de texto, redes virtuais) como em questões de saúde (por exemplo, novas descobertas sobre o desenvolvimento do cérebro, novas vacinas—vacina contra o papilomavírus humano—e métodos de teste e triagem).

15. A tecnologia da informação e comunicação veio aumentar a exposição de muitos jovens aos meios de comunicação em massa, telefones celulares e a Internet, permitindo-lhes se conectar com culturas globais e revolucionando as interações sociais. Os que têm acesso à mídia estão expostos a uma variedade das mensagens e imagens, não raro sobre comportamentos nocivos à saúde, tais como o consumo de tabaco nos programas de televisão.⁵⁹ Contudo, essas mesmas tecnologias de comunicação podem ser usadas como uma estratégia para melhorar a saúde dos jovens, influenciando positivamente nos valores, atitudes e crenças de saúde. Outra estratégia importante é direcionar a pré-adolescência ou a adolescência incipiente para influenciar comportamentos antes que estes se transformem em hábitos comprometedores de saúde.

Proposta

16. O propósito desta Estratégia Regional é contribuir para o melhoramento da saúde dos jovens, mediante o desenvolvimento e fortalecimento da resposta integrada do setor da saúde e a implementação de programas de prevenção, promoção e atenção à saúde do adolescente e da juventude.

16. A Estratégia é armada com informação, comprovação e conhecimento, e repousa em quatro pilares: atenção primária à saúde, promoção da saúde, proteção social e determinantes sociais da saúde. A Estratégia requer uma integração dos enfoques, programas e serviços, a fim de enfrentar os problemas de saúde de interesse e assegurar melhores resultados. O gênero, a cultura e a participação dos jovens são perspectivas que se entrecruzam.

⁵⁸ Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). 2007. *Renewing Primary Health Care in the Americas: A position paper of the Pan American Health Organization (PAHO/WHO)*. Washington, D.C.: OPAS.

⁵⁹ Gidwani, P.P. *et al.* Television Viewing and Initiation of Smoking among Youth. *Pediatrics* 110(3): 505-508, 2002. Disponível no endereço <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/110/3/505>.

17. Tomando por base a definição de saúde da OMS,⁶⁰ esta Estratégia define um adolescente ou jovem saudável como uma pessoa que leva a cabo as tarefas biológicas, psicológicas e sociais de desenvolvimento com um sentido de identidade, auto-estima e pertinência, vê um caminho positivo no futuro, tolera a mudança e a diversidade e possui as competências para se ocupar como membro ativo de sociedade civil e da força de trabalho. Isto se manifesta em jovens como hábitos alimentares saudáveis, envolvidos em atividade física, saúde mental e bem-estar, com um enfoque responsável e positivo da sexualidade.

18. Esta Estratégia propõe sete linhas de ação e promove sua integração sistemática e simultânea para atacar as causas primárias de mortalidade e morbidade e questões fundamentais de saúde do adolescente e da juventude identificadas na seção de análise: (1) informação estratégica e inovação; (2) contextos habilitadores e políticas com base científica; (3) sistemas e serviços de saúde integrados e abrangentes; (4) formação de capacidade de recursos humanos; (5) intervenções baseadas na família, na comunidade e na escola; (6) alianças estratégicas e colaboração com outros setores; e (7) comunicação social e participação da mídia.

19. Para apoiar a implementação dessas linhas de ação, a OPAS, em parceria com as Nações Unidas e outras organizações, usará um enfoque interprogramático, trabalhará dando especial ênfase a países prioritários e de alto impacto,⁶¹ formará redes e mobilizará recursos. Especificamente, a OPAS prestará cooperação técnica para a execução, monitoramento e avaliação das linhas de ação, promoverá a defesa da causa, apoiará a sistematização de melhores práticas, criará uma plataforma para compartilhar as lições aprendidas em toda a Região e incentivará a cooperação entre países.

Linhas Estratégicas de Ação

20. As linhas estratégicas de ação têm uma duração de 10 anos (2008-2018). Descrevem-se adiante as linhas de ação, inclusive os objetivos concretos, e as propostas de ação baseadas na evidência e nas melhores práticas reconhecidas pela OPAS. O Anexo C inclui os indicadores para monitorizar e avaliar o cumprimento desses objetivos

⁶⁰ Definição de saúde da OMS: um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não só a ausência de afecções ou enfermidades...” Definida no preâmbulo à constituição da Organização Mundial da Saúde e adotada pela Conferência Sanitária Internacional, Nova York, 19 de junho a 22 de julho de 1946; assinado em 22 de julho de 1946 pelos representantes de 61 Estados (Registros Oficiais da Organização Mundial da Saúde, n.º 2, p. 100), com entrada em vigor no dia 7 de abril de 1948. A definição não foi emendada desde 1948.

⁶¹ A OPAS identificou como prioritários para a cooperação técnica os seguintes países: Bolívia, Haiti, Guiana, Honduras, Nicarágua, Guatemala; e como países de alto impacto para intervenções para a adolescência e a juventude: Brasil, México, Colômbia, Argentina, Peru, e Venezuela.

por linha estratégica de ação e toma nota dos objetivos estratégicos correspondentes e resultados esperados do Plano Estratégico de OPAS no nível regional.

Informação Estratégica e Inovação

21. *Objetivo.* Fortalecer a capacidade dos países para gerar informações sanitárias de qualidade sobre saúde do adolescente e da juventude e seus determinantes sociais, desagregando as informações por idade, sexo, grupo étnico e nível socioeconômico.

22. A compilação, análise e difusão de informações apropriadas fornecerão elementos essenciais para estabelecer prioridades e guiar o plano de ação regional e os programas nacionais, inclusive o desenvolvimento de políticas, planejamento e avaliação de programas.

23. Esta linha estratégica propõe ações para:

- (a) Chegar a um consenso quanto a uma lista de indicadores básicos que permitam identificar as brechas e desigualdades na saúde do adolescente e da juventude. Esses indicadores serão usados no desenvolvimento de uma plataforma virtual com dados regionais, desagregados por idade, sexo, grupo étnico e renda. A plataforma poderia constituir um observatório regional sobre saúde do adolescente e da juventude.
- (b) Apoiar os países na formação de capacidade para fortalecer seus sistemas nacionais de informação sanitária, desenvolver um Sistema de Informação sobre Saúde dos Adolescentes (SISSA) e monitorizar e avaliar a qualidade, cobertura e custo dos programas nacionais, serviços de saúde e outras intervenções de saúde do adolescente e da juventude, bem como alinhar seus esforços com a ação da OPAS e outros trabalhos globais em curso sobre o tema.⁶²
- (c) Promover a análise, síntese e difusão de informações integradas de diferentes fontes sobre a situação da saúde do adolescente e da juventude e seus determinantes sociais nos âmbitos nacional e regional.
- (d) Apoiar a pesquisa regional e nacional sobre o impacto de métodos novos e inovadores que venham melhorar a saúde e o desenvolvimento dos jovens e difundir intervenções e boas práticas eficazes.

⁶² Por exemplo, a *Health Metrics Network* (HMN, a colaboração OPAS–USAID para o fortalecimento dos sistemas de informação sanitária, e o *Plano de Ação para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde*.

Contextos Habilitadores e Políticas com Base Científica

25. *Objetivo.* Promover e assegurar o desenvolvimento de contextos habilitadores e a implementação de políticas eficazes, amplas, sustentáveis e com base científica sobre a saúde do adolescente e da juventude.
26. Esta linha estratégica propõe ações para:
- (a) Estabelecer políticas públicas que apoiem um melhor estado de saúde da juventude, enfatizando a ação entre os jovens mais vulneráveis e com base nas resoluções da OMS e da OPAS e suas recomendações.⁶³ Essas políticas devem garantir alocação específica de recursos orçamentários para a saúde do adolescente e da juventude, permitir o seguimento dos compromissos e assegurar a prestação de contas.
 - (b) Elaborar, implementar e seguir políticas e programas com base científica, de uma forma compatível com Convenção sobre os Direitos da Criança,⁶⁴ das Nações Unidas, e os mencionados instrumentos de direitos humanos das Nações Unidas/OEA.
 - (c) Defender ambientes que promovam a saúde e o desenvolvimento entre os jovens, considerando os determinantes sociais da saúde e a promoção de comunidades saudáveis e seguras, inclusive a iniciativa de escolas promotoras de saúde.

⁶³ A Convenção sobre o Controle do Tabaco, a Estratégia Global sobre Atividade Física e Saúde, as políticas que promovem contextos habilitadores, tais como políticas de transporte sustentável e planejamento urbano (sistemas de transporte de massa e transporte alternativo rápido, segurança nas estradas, proteção de espaços públicos) e prevenção de obesidade (agricultura urbana, melhoria da alimentação escolar, diretrizes e regulamentos para comercialização e publicidade de alimentos, programas de educação física). Os ecoclubes são um exemplo de programa para promover a participação dos jovens em atividades ligadas ao ambiente, com resultante impacto nos comportamentos de promoção da saúde. Outras resoluções relevantes da OPAS incluem: Estratégia Regional para Reduzir a Mortalidade e a Morbidade Materna (26 CSP, 2002); Saúde Neonatal dentro do Processo Contínuo de Atenção à Mãe, ao Recém-Nascido e à Criança: Estratégia e Plano de Ação Regional (CE142/12, 2007); Estratégia e Plano de Ação Regional sobre Nutrição em Saúde e Desenvolvimento, 2006-2015 (CD47/18, 2006); Plano Estratégico Regional para HIV/AIDS/DST, 2006-2015, da Organização Pan-Americana da Saúde (CD46.R15, 2005); Plano de Ação Regional sobre Violência e Saúde (CD37.R17, 1993).

⁶⁴ Este instrumento entrou em vigor em 2 de setembro de 1990 e foi ratificado por Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Equador, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Santa Lúcia, São Cristóvão e Névis, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

- (d) Apoiar a formulação e revisão das políticas e da legislação atuais nos temas de saúde prioritários para os jovens, especialmente aqueles que tenham impacto no acesso a serviços de saúde.

Sistemas e Serviços de Saúde Integrados e Abrangentes

27. *Objetivo.* Facilitar e apoiar o fortalecimento da capacidade do sistema de saúde para responder às necessidades dos adolescentes e dos jovens.

28. A extensão eficaz da proteção social será apoiada. A promoção, prevenção e atenção de saúde do adolescente e da juventude requerem serviços de saúde de nível primário, com base em normas de qualidade e boas práticas.⁶⁵

29. Esta linha estratégica propõe ações para:

- (a) Pôr em prática intervenções através do modelo de efetiva Gestão Integrada das Necessidades dos Adolescentes (IMAN).⁶⁶
- (b) Integrar os serviços com referências e contra-referências entre os níveis primário, secundário e terciário.
- (c) Aumentar o acesso a serviços de saúde de qualidade, com o desenvolvimento de padrões de qualidade da atenção, e assegurar a disponibilidade de provisões críticas de saúde pública.
- (d) Desenvolver modelos de atenção, inclusive prestação de serviços alternativos e inovadores, que possam aumentar o acesso, tais como ambulatórios móveis, serviços de saúde vinculados a escolas, e farmácias, entre outros.
- (e) Realizar estudos sobre a disponibilidade, utilização e custo dos serviços.

⁶⁵ Organização Pan-Americana da Saúde, Agenda para Saúde nas Américas 2008-2017. Washington D.C.: OPAS, 2007. Disponível no endereço http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf.

⁶⁶ O IMAN segue o modelo de AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) e inclui diretrizes para o tratamento de doenças na adolescência e juventude, dando ênfase à prevenção e promoção. O IMAN procura melhorar as competências dos profissionais multidisciplinares no tema da saúde do adolescente e da juventude, melhorar práticas clínicas e de tratamento no nível da família e da comunidade.

Formação de Capacidade de Recursos Humanos

30. *Objetivo.* Apoiar a elaboração e o fortalecimento de programas de formação de recursos humanos em saúde integral do adolescente e da juventude, principalmente nos campos das ciências da saúde e outros relacionados, para formular políticas e programas para a promoção, prevenção e atenção da saúde do adolescente e da juventude.

31. Os provedores de saúde e serviços (por exemplo, professores de escolas e universidade, promotores de saúde comunitários, entre outros) têm papel essencial na melhoria da saúde do adolescentes e da juventude, razão pela qual são necessárias equipes multidisciplinares.

32. Esta linha estratégica propõe ações para:

- (a) Desenvolver e executar programas de treinamento em saúde e desenvolvimento do adolescente e da juventude nos níveis universitário e graduado, bem como em serviço, usando novas tecnologias, tais como plataformas de aprendizagem eletrônica, e incluindo temas-chave tais como difusão e esclarecimento da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança⁶⁷ e os já mencionados instrumentos de direitos humanos das Nações Unidas/OEA, com respeito a questões como o sigilo, a privacidade, o consentimento informado, a proteção igual perante a lei e a não-discriminação no contexto da diversidade cultural.⁶⁸
- (b) Incluir o tema da saúde do adolescente e da juventude em currículos para profissionais de saúde e de educação.

⁶⁷ Este instrumento entrou em vigor no dia 2 de setembro de 1990 e foi ratificada por Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Equador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Santa Lúcia, São Cristóvão e Névis, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

⁶⁸ Desde 2000, a OPAS de 2000 tem proporcionado o treinamento técnico a autoridades de saúde pública, com o apoio de órgãos das Nações Unidas e da OEA. Até o momento, a OPAS realizou 40 oficinas de treinamento para disseminar os instrumentos de direitos humanos internacionais/regionais, as recomendações e as normas no contexto das pessoas vivendo com HIV/AIDS; pessoas com transtornos mentais; pessoas com incapacidade; idosos; pessoas expostas à fumaça indireta do tabaco; e a saúde das mulheres indígenas no contexto de sua saúde reprodutiva, sexualidade e nutrição (compreendendo mulheres, jovens, meninos e meninas). Essas oficinas de treinamento foram realizadas na Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Costa Rica, República Dominicana, Chile, Equador, El Salvador, Granada, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Santa Lúcia, São Cristóvão e Névis e Uruguai. Aproximadamente 500 autoridades de saúde pública receberam treinamento em aplicação das disposições relacionadas com sigilo, privacidade, proteção igual perante a lei, não-discriminação e outros direitos humanos relacionados com a saúde.

- (c) Advogar a formação de capacidade dos provedores de atenção primária de saúde usando os cursos avaliados na saúde integral dos adolescentes apoiados pela OPAS e atualmente disponíveis em diversas plataformas de aprendizagem.⁶⁹
- (d) Incorporar em cursos disponíveis de aprendizagem eletrônica e outros comprovação científica atualmente disponível sobre os jovens, bem como o tema do monitoramento e avaliação de programas.

Intervenções Baseadas na Família, na Comunidade e na Escola

- 33. *Objetivo.* Elaborar e apoiar programas de promoção da saúde e prevenção para adolescentes e jovens, com intervenções de base comunitária que fortaleçam as famílias, incluam as escolas e promovam a participação.
- 34. A mudança de comportamento dos adolescentes e jovens é influenciada pelo ambiente em que vivem, estudam e trabalham. Um ambiente familiar favorável é essencial para lograr resultados positivos em saúde e educação.⁷⁰
- 35. Esta linha estratégica propõe ações para:
 - (a) Criar e disseminar ferramentas de base científica que ajudem os atores estratégicos em intervenções que fortaleçam a família, como, por exemplo o programa “Fortalecimento das famílias com filhos adolescentes com amor e limites”.
 - (b) Mobilização das comunidades de apoio para mudar as políticas institucionais e criar as comunidades que sejam favoráveis ao desenvolvimento e à saúde dos jovens.
 - (c) Criar ferramentas que promovam a participação significativa e a capacitação dos adolescentes e jovens e suas comunidades, começando com a identificação de seus pontos fracos e fortes para contribuir efetivamente para o processo de tomada de decisões e para o planejamento e implementação de programas que os afetam.

⁶⁹ A OPAS apóia cursos à distância sobre saúde integral dos adolescentes, realizados através do *Universidad Católica de Chile*, da *Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, da *Universidad Autónoma de Nuevo León* e da *Universidad de Buenos Aires*.

⁷⁰ Roche, K.M., Ahmed, S. Blum, R.W. Enduring consequences of parenting for risk behaviors from adolescence into early adulthood. *Soc Sci Med*, 66(9), 2008; Resnick, M.D., Harris, L.J., Blum, R.W. The Impact of Caring and Connectedness on Adolescent Health and Well-being. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 29 (s1), 1993.

- (d) Melhorar a relação entre os setores da saúde e da educação na elaboração de programas integrais para adolescentes e jovens e monitorizar e avaliar seu impacto.

Alianças Estratégicas e Colaboração com Outros Setores

36. *Objetivo.* Facilitar o diálogo e a formação de alianças entre parceiros estratégicos, para promover a agenda da saúde do adolescente e da juventude e assegurar a participação de parceiros estratégicos no estabelecimento de políticas e programas para essa faixa etária.

37. A implementação de programas de saúde do adolescente e da juventude requer ação concertada por parte de múltiplos parceiros e atores estratégicos de diferentes setores. Além disso, requer ação em diversos níveis do governo, das organizações não-governamentais, das organizações multilaterais e do âmbito local, entre outros.

38. Esta linha estratégica propõe ações para:

- (a) Desenvolver ações integradas e coordenadas entre o setor da saúde e parceiros estratégicos no âmbito regional, nacional e local, tais como, por exemplo: entidades governamentais (educação, sistema jurídico, trabalho, segurança pública, serviços de habitação e meio ambiente, entre outros), organizações privadas, universidades, meios de comunicação, a sociedade civil, organizações de jovens, organizações de caráter religioso e comunidades (incluindo professores, pais e jovens).
- (b) Aumentar e fortalecer os programas interinstitucionais para adolescentes e a juventude entre organismos das Nações Unidas e órgãos e organismos da OEA.
- (c) Estabelecer mecanismos para cooperação sul-sul e para compartilhar melhores práticas e lições aprendidas na Região.

Comunicação Social e Participação da Mídia

39. *Objetivo.* Apoiar a inclusão de intervenções de comunicação social e tecnologias inovadoras nos programas nacionais de saúde do adolescente e da juventude.

40. Os meios de comunicação em massa e as novas tecnologias e têm significativo impacto na saúde do adolescente e da juventude. É essencial trabalhar com os meios de comunicação em massa para promover uma imagem positiva dos adolescentes e jovens e para incorporar novas tecnologias na promoção da saúde.

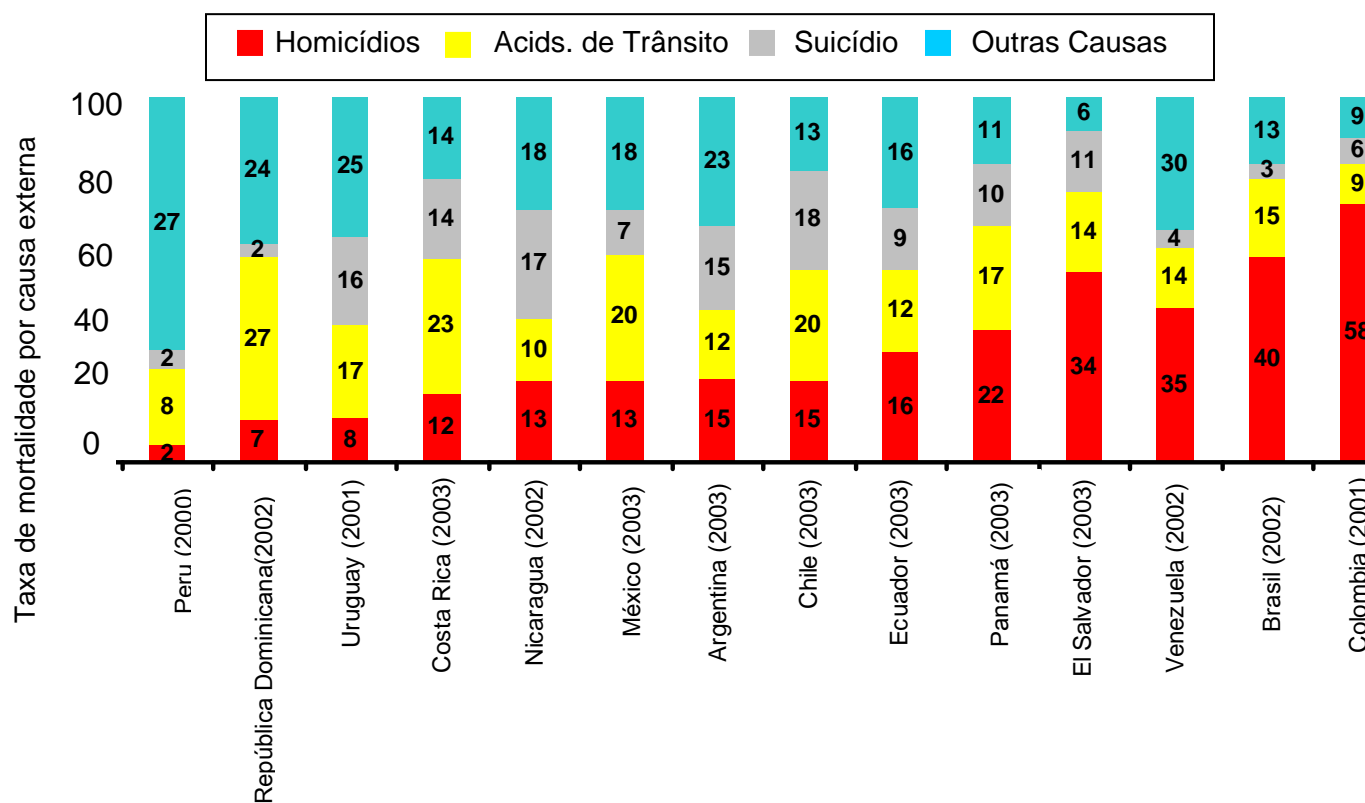
41. Esta linha estratégica propõe ações para:
- (a) Promover imagens, valores e comportamentos positivos com respeito à saúde do adolescente e da juventude.
 - (b) Fortalecer os países no uso de técnicas de comunicação social e novas tecnologias para aumentar o acesso a intervenções e serviços de saúde.
 - (c) Apoiar a geração de evidências neste tema, principalmente no uso de novas tecnologias e o seu impacto na saúde.

Ação do Conselho Diretor

42. Solicita-se que o Conselho Diretor:
- (a) Analise este documento e considere os adolescentes e a juventude como prioridade, apoiando, ademais, o fortalecimento da resposta do setor da saúde. A Região está passando por um momento oportuno, dado que 2008 é o Ano da Juventude Ibero-Americana, e, na próxima Cúpula dos Chefes de Estado e de Governo Ibero-Americanos (El Salvador, outubro de 2008), o foco de debates será “juventude e desenvolvimento”.
 - (b) Considere a Estratégia Regional para a Melhoria da Saúde do Adolescente e da Juventude e a adoção da resolução proposta pelo Comitê Executivo (ver Resolução CE142.R16, em Anexo E), que será a base para o plano de ação regional a ser submetido à consideração ao 49º Conselho Diretor em 2009.

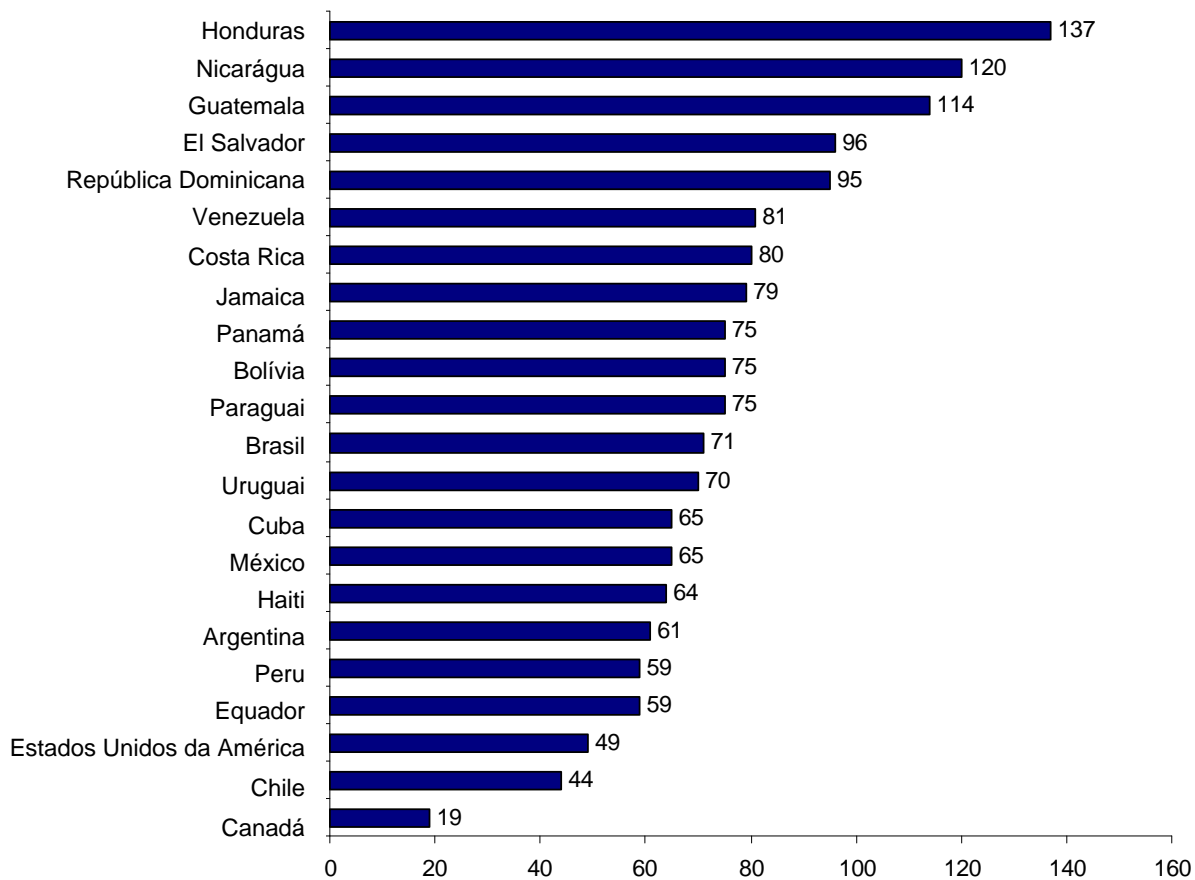
Anexos

Causas externas de mortalidade entre os 15 e 24 anos de idade, países selecionados, por volta de 2003 (por 10.000 habitantes)



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), “Statistics on Health in the Americas,” edições de 2003 e 2006; e European mortality database (MDB), Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para a Europa, citado em United Nations Development Program, El Salvador, editores. *Situación y desafíos de la juventud en Iberoamérica*. San Salvador: Nações Unidas, 2008. Disponível no endereço www.pnud.org.sv.

Taxa de fecundidade específica por idade entre adolescentes de 15-19 anos, países selecionados, Região das Américas, 2000-2005



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde, Health in the Americas. 2007. Disponível no endereço <http://www.paho.org/HIA/index.html>

<i>FINALIDADE</i>	<i>INDICADORES</i>
Contribuir para o melhoramento da saúde dos jovens mediante o desenvolvimento e fortalecimento da resposta integrada do setor da saúde e implementação de programas de promoção, prevenção e atenção à saúde do adolescente e da juventude.	Até 2018, estarão funcionando nos países prioritários de alto impacto programas nacionais de saúde do adolescente e da juventude (definidos como programas que têm pelo menos 2 anos, tem uma pessoa responsável dele encarregada, conta com um plano de ação que foi posto em execução no último ano e tem verba consignada em orçamento). 100% dos países até 2018.

<i>LINHA ESTRATÉGICA DE AÇÃO</i>	<i>OBJETIVOS</i>	<i>INDICADORES</i>
Linha Estratégica de Ação 1: Sistemas de Informação Estratégicos e inovação	Fortalecer a capacidade dos países para gerar informação sanitária de qualidade sobre saúde do adolescente e da juventude e seus determinantes sociais, desdobrando a informação por idade, sexo, grupo étnico e nível socioeconômico. (Objetivos Estratégicos 3, 4 e 7; resultados esperados a nível regional 3.3, 4.2, 7.3, 9.3)	<p>Até 2012, 75% dos países terão incorporado indicadores de saúde do adolescentes e da juventude acordados, fatores de risco associados e intervenções de saúde pública; 95% até 2018</p> <p>Medição Número de países com sistemas nacionais de informação que entreguem informação anual contendo dados sobre adolescentes e jovens, por idade. (<i>O indicador do objetivo estratégico 1 está incluído no sistema global de monitoramento-GMS</i>)</p> <p>Número de países com sistemas nacionais de informação que entreguem informação anual sobre a saúde do adolescente e da juventude, desagregada por sexo</p> <p>Número de países com sistemas de informação que entregam informação anual sobre saúde</p>

		<p>do adolescente e da juventude por condição socioeconômica e grupo étnico.</p> <p>Número de países que analisam os dados e compõem um relatório anual sobre epidemiologia, comportamento de saúde e intervenções para a saúde do adolescente e da juventude</p>
<p>Linha Estratégica de Ação 2: Contextos habilitadores e políticas com base científica</p>	<p>Promover e assegurar o desenvolvimento de contextos habilitadores e a implementação de políticas eficazes, amplas, sustentáveis e com base científica, sobre a saúde do adolescente e da juventude. (Objetivos estratégicos 2, 3, 4, 6 e 7; resultados esperados a nível regional: 2.2, 3.2, 4.6, 6.4, 6.5, 6.6, 7.4, 7.5, 7.6)</p>	<p>Até 2015, os países prioritários e de alto impacto contarão com políticas amplas sobre os jovens e sua saúde: 95% de países em 2018.</p> <p>Medição Número de países com políticas abrangentes para a adolescência e a juventude, com verba consignada no orçamento e em vigor através de um plano de ação anual.</p> <p>Número de países que revisaram suas políticas e legislação de saúde, assim como as relacionadas com obtenção de acesso a serviços de saúde nos três últimos anos</p> <p>Número de países que incorporam adolescentes e jovens aos sistemas de proteção sociais</p>
<p>Linha Estratégica de Ação 3: Sistemas e serviços de saúde integrados e abrangentes</p>	<p>Facilitar e apoiar o fortalecimento da capacidade do sistema de saúde de responder às necessidades dos adolescentes e dos jovens. (Objetivos estratégicos 4 e 10; resultados esperados a nível regional: 4.1, 4.6, 10.1, 10.4)</p>	<p>Até 2012, os países prioritários terão elaborado um programa nacional de saúde do adolescente e da juventude; e até 2015, esses programas terão sido postos em prática.</p> <p>Até 2015, os países prioritários e de alto impacto contarão com 50% dos centros de saúde no</p>

		<p>âmbito distrital, aplicando um pacote integrado de intervenções para adolescentes e jovens (IMAN: Gestão Integrada das Necessidades do Adolescente). 75% de todos os países até 2018</p> <p>Medição Número de distritos que entregam o pacote integrado de serviços de saúde para adolescentes e jovens, IMAN, com padrões definidos</p> <p>Número de adolescentes e jovens que usam os centros de saúde-sentinelá dos distritos</p>
<p>Linha Estratégica de Ação 4: Formação de capacidade de recursos humanos</p>	<p>Apoiar a elaboração e o fortalecimento dos programas de formação de recursos humanos em saúde integral do adolescente e da juventude, principalmente as das ciências da saúde e campos correlatos, para formular políticas e programas para a promoção, prevenção, e atenção da saúde do adolescente e da juventude. (Objetivos estratégicos 4, 7 e 13; resultados esperados a nível regional: 7.4.1, 13.1 e 13.4)</p>	<p>Até 2015, todos os países da Região terão incorporado a saúde dos adolescentes nos currículos dos programas de treinamento para a saúde e outros profissionais semelhantes.</p> <p>Até 2015, 50% das clínicas distritais têm pelo menos um provedor capacitado em assistência de saúde do adolescente e da juventude e nos instrumentos e padrões internacionais/regionais aplicáveis de direitos humanos (curso de 40 horas).</p> <p>Medição Número de universidades que incluem o tema da saúde do adolescente e da juventude nos currículos dos candidatos a diploma em ciências da saúde</p> <p>Número de clínicas com um provedor formado em IMAN (curso de 40 horas).</p>

<p>Linha Estratégica de Ação 5: Intervenções baseadas na família, na comunidade e na escola</p>	<p>Elaborar e apoiar programas de prevenção e promoção da saúde do adolescente e da juventude, com intervenções baseadas na comunidade que fortaleçam as famílias, incluam a escola e promovam a participação. (Objetivos estratégicos 4 e 6; resultados esperados a nível regional: 4.6 e 6.1)</p>	<p>Até 2012, e os países prioritários e de alto impacto terão incorporado em seus programas de prevenção e promoção da saúde do adolescente e da juventude intervenções para fortalecer as famílias e programas coordenados com as escolas e comunidades. 100% dos países até 2018</p> <p>Medição Número de países que implementaram o programa “Fortalecendo as Famílias” ou equivalente.</p> <p>Número de programas nacionais de saúde do adolescente e da juventude que incluem escolas e comunidades</p>
<p>Linha Estratégica de Ação 6: Alianças estratégicas e colaboração com outros setores</p>	<p>Facilitar o diálogo e a formação de alianças entre parceiros estratégicos, para impulsionar a agenda de saúde do adolescente e da juventude e assegurar que os parceiros estratégicos participem do estabelecimento de políticas e programas para esta faixa etária. (Objetivo estratégico 4, 7 e 15; resultado esperado a nível regional: 4.6, 7.2 e 1.3)</p>	<p>Até 2018, todos os países terão um plano estratégico intersetorial para a adolescência e a juventude, dando ênfase aos fatores determinantes e à equidade.</p> <p>Medição Número de países que têm um plano estratégico intersetorial (definido como um plano que integra pelo menos três setores-chave em saúde e desenvolvimento dos adolescentes)</p>
<p>Linha Estratégica de Ação 7: Comunicação social e participação da mídia</p>	<p>Apoiar a inclusão das intervenções e tecnologias inovadoras de comunicação social nos programas nacionais de saúde do adolescente e da juventude. (Objetivo estratégico 4 e 15; resultado esperado a nível regional: 4.6 e 15.4)</p>	<p>Até 2015, todos os países terão incorporado em seus os programas nacionais de saúde do adolescente e da juventude intervenções e tecnologias inovadoras de comunicação sociais.</p>

		Medição Número de países com programas nacionais para a adolescência e a juventude que incluem um plano de ação de comunicação social
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Os indicadores do impacto alinhados com o Plano Estratégico da RSPA 2008-2015 para consentir com os países:

Os dados compilados devem ser desagregados por grupos de idade, sexo, níveis socioeconômicos, raça e grupo étnico.

1. Incidência anual de casos registrados do HIV na população adolescente e jovem
2. Taxa de mortalidade por HIV em adolescentes e jovens
3. Prevalência de HIV na população feminina grávida entre 15 e 24 anos de idade
4. Taxas de mortalidade por acidentes de trânsito, homicídio e suicídio
5. Taxa de fecundidade específica em adolescentes de 15-19 anos de idade e jovens de 20-24 anos
6. Porcentagens de nascimento de mulheres adolescentes e de jovens
7. Causa de mortalidade materna por faixas etárias: 10-14, 15-19 e 20-24 anos de idade
8. Percentagem de mulheres, o adolescente e juventude, com uma exigência insatisfeita de contraceptivos
9. Percentagem de mulheres, adolescentes e jovens que tiveram uma gravidez não planejada
10. Acesso a métodos contraceptivos por faixas etárias
11. Idade média da primeira relação sexual

12. Percentagem da população adolescente que teve relações sexuais nos 12 últimos meses
13. Percentagem de jovens que usaram um preservativo em sua primeira relação sexual
14. Percentagem de jovens que tiveram mais de um parceiro sexual nos 12 últimos meses
15. Fatores de risco de doença crônica (uso de tabaco, atividade física, excesso de peso/obesidade)
16. Percentagem de adolescentes que:
 - Fumam cigarros, um ou mais nos últimos 30 dias
 - Usaram drogas uma ou mais vezes em suas vidas
 - Consumiram pelo menos uma ou mais bebidas alcoólicas durante os últimos 30 dias
 - (Uso de álcool e drogas entre adolescentes de 13-15 anos de idade (GHS) ou outros que concordem)
17. Prevalência de anemia em mulheres adolescentes e jovens



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
Repertição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

CD48/8 (Port.)
Anexo D

**FORMULÁRIO ANALÍTICO PARA VINCULAR TEMA DA AGENDA
COM ÁREAS DA ORGANIZAÇÃO**

1. Tema da Agenda: 4.4

2. Título na agenda: Estratégia regional para melhorar a saúde do adolescente e da juventude

3. Unidade Responsável: FCH

4. Preparação de oficial: Esforço de colaboração do Grupo de Trabalho da OPAS para o desenvolvimento da Estratégia Integrada Regional para a Saúde do Adolescente e da Juventude, Organismos das Nações Unidas, peritos internacionais e outros parceiros.

5. Lista dos centros colaboradores e instituições nacionais vinculados a este Tema da Agenda:

- Ministérios da Saúde, Educação, Juventude e Questões Sociais no nível de país
 - Advocates for Youth, USA
 - Associação Brasileira de Adolescência (ASBRA), o Brasil
 - Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC), EUA
 - Centroe Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente CEMERA, Chile
 - Childrens National Medical Center, Washington, D.C., EUA
 - Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI)
 - Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y El Caribe (CODAJIC)
 - Empresa para o Desenvolvimento e Paz da Colômbia sul-ocidental (VALLENPAZ)
 - Georgetown University Hospital, EUA
 - Alan Guttmacher Institute, EUA
 - Health Canada
 - Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidade do Chile
 - International Youth Foundation, EUA
 - IPAS, Chapel Hill, NC
 - Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, EUA
 - Millennium Villages Project (MVP), EUA
 - Institutos Nacionais de Saúde (NIH), EUA
 - Pathfinder International, USA
 - Pontificia Universidad Católica de Chile
 - Instituto Promundo, Brasil
 - Public Health Agency of Canada
 - Society of Adolescent Health of Canada
 - Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS), EUA
 - Centro para a Saúde e o Desenvolvimento Social (HeSo), Noruega
 - George Washington University Medical Center, EUA
 - Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), México
 - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
 - University of Maryland School of Medicine, EUA
 - Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID)

6. Conexão entre o tema da Agenda e a Agenda de Saúde das Américas:

O Tema 4.6 da Agenda está vinculado aos princípios e valores (parágrafos 8-12, transcritos abaixo) e às Áreas da Ação descritas na Agenda de Saúde das Américas.

Princípios e valores:

8. Reconhecendo que a Região é heterogênea e que nossas nações e suas populações têm necessidades e enfoques socioculturais diferentes para melhorar a saúde, esta Agenda é estruturada no respeito e adesão aos seguintes princípios e valores:

9. *Os direitos humanos, universalidade, acessibilidade e inclusão.* A Constituição da Organização Mundial da Saúde assinala que: “gozar do grau máximo de saúde que se possa conseguir é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política, condição econômica ou social ...” Com o propósito de concretizar esse direito, os países devem buscar alcançar a universalidade, acessibilidade, integralidade, qualidade e abrangência nos sistemas de saúde organizados para indivíduos, famílias e comunidades. Os sistemas de saúde devem prestar contas perante os cidadãos quanto ao grau em que preenchem essas condições.

10. *Solidariedade pan-americana.* A solidariedade, definida como colaboração entre os países das Américas para estimular interesses e responsabilidades compartilhadas a fim de alcançar metas comuns, é condição essencial para superar as desigualdades observadas em termos de saúde e fortalecer a segurança sanitária pan-americana durante crises, emergências e calamidades.

11. *Igualdade em saúde.* A busca de igualdade em saúde se manifesta no empenho em eliminar toda desigualdade evitável, injusta e remediável entre populações ou grupos em matéria de saúde. Essa busca deve enfatizar a necessidade incontestável de fomentar a igualdade de gênero em saúde.

12. *Participação social.* A oportunidade para que toda sociedade participe na definição e execução das políticas públicas de saúde e na avaliação de seus resultados é uma fator essencial para a implementação e o êxito da Agenda de Saúde.

Áreas de ação:

Fortalecer a Autoridade Sanitária Nacional
Fazer face aos determinantes da saúde
Aumentar o Serviços de Proteção Social e Acesso a Serviços de Saúde de Qualidade
Diminuir a Desigualdades em Saúde entre Países e as Desigualdades dentro Deles
Reduzir o Risco e a Morbidade
Fortalecer a Gestão e o Desenvolvimento de Profissionais de Saúde
Captar Conhecimento, Ciência e Tecnologia

7. Conexão entre o tema da Agenda e o Plano Estratégico 2008-2012:

SO2: Combater a infecção por HIV/AIDS, a tuberculose e a malária

desprotegido, que afetam o estado de saúde.

SO7: Promover a saúde e o desenvolvimento, prevenir ou reduzir fatores de risco tais como o uso de



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

tabaco, álcool, drogas e outras substâncias psicoativas, dietas insalubres, sedentarismo e sexo não protegido, que afetam o estado de saúde.

8. Boas práticas nesta área e exemplos de outros países na área da AMRO:

O Brasil melhorou o sistema de informação estratégica usando novas tecnologias e desagregando a informação por idade. O *Sistema Único de Saúde* (SUS) ampliou o acesso a serviços de saúde para adolescente e jovens.

A Costa Rica tem uma tradição de programas nacionais de saúde dos adolescentes, com um enfoque integrado ,com bons resultados, boa cobertura e informação de qualidade.

O Canadá aplica os determinantes da saúde como contexto que dá ênfase à promoção e prevenção, com enfoques orientados por um excelente sistema de informação estratégica, que usa novas tecnologias.

El Salvador desenvolveu um Programa Nacional de Saúde dos Adolescentes com recursos humanos e financeiros consignados no orçamento nacional e está no processo de integrar o HIV e os serviços de saúde sexual e reprodutiva para os adolescentes.

9. Repercussões Financeiras do Tema da Agenda:

A equipe não tem condições realistas para apresentar as Repercussões Financeiras deste tem da Agenda sem elaborar o Plano de Ação (a ser completado em 2009), mas um cálculo provisório com base em gastos anteriores chega a US\$2.000.000 por ano.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



142ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 23-27 de junho de 2008

CD48/8 (Port.)
Anexo E

ORIGINAL: INGLÊS

RESOLUÇÃO

CE142.R16

ESTRATÉGIA REGIONAL PARA MELHORAR A SAÚDE DOS ADOLESCENTES E JOVENS

A 142ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo visto o relatório da Diretora, *Estratégia Regional para Melhorar a Saúde dos Adolescentes e Jovens* (Documento CE142/13, Rev. 2), baseada no Plano Estratégico da RSPA 2008-2012,

RESOLVE:

Recomendar que o Conselho Diretor adote uma resolução nos seguintes termos:

O 48º CONSELHO DIRETOR,

Tendo visto o relatório da Diretora, *Estratégia regional para melhorar a saúde do adolescente e da juventude* (Documento CD48/8), baseada no Plano Estratégico da RSPA 2008-2012;

Assinalando a resolução da Assembléia Mundial da Saúde sobre a Estratégia para o Desenvolvimento da Saúde da Criança e do Adolescente (WHA56.21, 2003), **que insta os** governos a fortalecer e ampliar os esforços para proporcionar plena cobertura dos serviços e promover o acesso a uma ampla gama de informações sanitárias para os

adolescentes; e a Resolução CD40.R16 do Conselho Diretor da OPAS sobre saúde do adolescente, na qual os governos formalmente reconhecem as necessidades diferenciadas da população jovem e aprovaram um esquema e plano de ação;

Recordando o direito dos adolescentes e jovens de desfrutar do mais alto nível de saúde, conforme estipulado na Constituição da Organização Mundial da Saúde, Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança e outros instrumentos internacionais e regionais sobre direitos humanos;

Compreendendo que a passagem bem-sucedida pela adolescência e juventude é essencial para uma sociedade saudável, compromissada e economicamente desenvolvida;

Reconhecendo que a saúde dos adolescentes e jovens é um aspecto essencial do desenvolvimento econômico e social das Américas; que seu comportamento e problemas de saúde são parte importante da carga geral de doença; que o custo associado ao tratamento de doenças crônicas é elevado e que estão disponíveis medidas eficazes de prevenção e intervenção precoce;

Considerando que os resultados para a saúde dos adolescentes e jovens serão mais efetivos se a promoção da saúde, atenção primária, proteção social e determinantes sociais foram considerados ao abordar os temas prioritários de saúde para essas populações;

Reconhecendo que a OPAS tem cooperado com os países da Região no estabelecimento de bases e infra-estrutura conceptual e técnica para o desenvolvimento de programas e políticas nacionais de saúde dos adolescentes e jovens; e

Preocupado com o fato de que as necessidades específicas dos adolescentes e jovens não têm sido adequadamente tratadas e que a consecução de metas internacionais exigirá esforços adicionais na área de saúde dos adolescentes e jovens,

RESOLVE:

1. Endossar a Estratégia Regional para Melhorar a Saúde dos Adolescentes e Jovens (Documento CD48/8) para responder de maneira eficaz e eficiente às atuais e emergentes necessidades de saúde dos adolescentes e jovens, com consideração específica das desigualdades na situação de saúde, e fortalecer a resposta do sistema para desenvolver e implementar políticas, planos, programas, leis e serviços para adolescentes e jovens.
2. Instar os Estados Membros a que:

- (a) Promovam a coleta e uso de dados sobre a saúde dos adolescentes e jovens desagregados por idade, sexo e etnia e o uso de análise baseada no gênero, novas tecnologias (por exemplo, sistema de informação geográfica) e modelos de projeção para fortalecer o planejamento, implantação e monitoramento de planos, políticas, programas, leis e intervenções nacionais relacionadas à saúde dos adolescentes e jovens;
 - (b) Fortalecer e expandir esforços para cumprir os compromissos internacionais de saúde dos adolescentes e jovens;
 - (c) Promover e estabelecer ambientes que promovam a saúde e desenvolvimento dos adolescentes e jovens;
 - (d) Ampliar a cobertura e acesso a serviços de qualidade — incluindo promoção, prevenção, tratamento eficaz e atenção contínua — para aumentar sua demanda e utilização por adolescentes e jovens;
 - (e) Apoiar o fortalecimento da capacidade de autoridades, gerentes de programas e agentes de saúde para desenvolver políticas e programas que visem a promover o desenvolvimento comunitário e prestar serviços de qualidade para atender as necessidades sanitárias dos adolescentes e jovens e os determinantes da saúde;
 - (f) Envolver os adolescentes e jovens, suas famílias, comunidades, escolas e outras instituições e organizações na provisão de programas de promoção e prevenção culturalmente sensíveis e apropriados segundo a idade como parte da estratégia integral de melhoria da saúde e bem-estar dos adolescentes e jovens;
 - (g) Melhorar a coordenação no setor da saúde e com parceiros de outros setores para assegurar a implementação das ações e iniciativas em saúde e desenvolvimento dos adolescentes e jovens, minimizando a duplicação de esforços e maximizando o impacto dos recursos limitados;
 - (h) Estabelecer parcerias com a mídia para promover imagens positivas de adolescentes e jovens que promovam comportamentos apropriados, normas sociais e compromisso com as questões de saúde.
3. Solicitar que a Diretora:
- a) Mantenha o compromisso da Organização e apoio à consecução e manutenção de altos níveis de cobertura de intervenções baseadas em evidências mediante a integração de ações das áreas programáticas da OPAS;

- b) Apoiar o estabelecimento e coordenação de alianças estratégicas para melhorar a saúde e desenvolvimento dos adolescentes e jovens;
- c) Incentivar a cooperação técnica entre países, sub-regiões, organizações internacionais, entidades do governo, organizações privadas, mídia, sociedade civil, organizações de jovens, organizações religiosas e comunidades em atividades que promovam a saúde dos adolescentes e jovens;
- d) Estabelecer um grupo assessor temporário para proporcionar orientação sobre temas referentes à saúde e desenvolvimento dos adolescentes e jovens.
- e) Desenvolver um plano de ação (2010-2018) baseado na Estratégia Regional para Melhorar a Saúde dos Adolescentes e Jovens (Documento CE142/13).
- f) Incentivar o desenvolvimento de iniciativas de pesquisa colaborativa que possam proporcionar a base de dados necessária para estabelecer e implantar programas e intervenções eficazes e apropriadas, em termos de desenvolvimento e idade, para adolescentes e jovens.

(Reunião especial, 31 de julho de 2008)



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



48º CONSELHO DIRETOR

60ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 29 de setembro a 3 de outubro de 2008

CD48/8 (Port.)
Anexo F

Relatório sobre as Repercussões Financeiras e Administrativas para a Secretaria das resoluções propostas para aprovação do Conselho Diretor

1. Resolução: Estratégia regional para melhorar a saúde do adolescente e da juventude	
2. Vinculação ao orçamento-programa	
Área de trabalho	Resultado esperado
<u>SO2</u> Combater a infecção por HIV/AIDS, a tuberculose e a malária	RER 2.1 Apoio dos Estados Membros através da cooperação técnica para prevenção, tratamento, apoio e atenção de pacientes com infecção por HIV/AIDS, tuberculose e malária, inclusive enfoques inovadores para aumentar a cobertura das intervenções entre os pobres e as populações difíceis de atingir e vulneráveis. RER 2.2 Estados Membros apoiados através da cooperação técnica para elaborar e ampliar políticas e planos relativos ao gênero para prevenção de HIV/AIDS, da malária e TB, apoio, tratamento e atenção.
<u>SO3</u> Prevenir e reduzir as doenças, a incapacidade e a morte prematura por afecções crônicas não-transmissíveis, transtornos mentais, violência e lesões	RER 3.1 Apoio dos Estados Membros através da cooperação técnica para aumentar o compromisso político, financeiro e técnico de tratar afecções não-transmissíveis crônicas, transtornos mentais e de conduta, violência, segurança no trânsito e incapacidades. RER 3.2 Apoio dos Estados Membros através da cooperação técnica para formulação e

	<p>implementação das políticas, estratégias e regulamentos pertinentes a afecções não-transmissíveis crônicas, transtornos mentais e de conduta, violência, segurança no trânsito, incapacidades e patologias buco-dentais.</p> <p>RER 3.3 Apoio dos Estados Membros através da cooperação técnica para melhorar a capacidade para recolher, analisar, difundir e usar dados sobre magnitude, causas e conseqüências de condições não-transmissíveis crônicas, transtornos mentais e de conduta, violência, lesões causadas por acidentes de trânsito e incapacidades.</p>
<p><u>SO4</u> Para reduzir a morbidade e a mortalidade e melhorar a saúde durante etapas-chave da vida, inclusive gravidez, parto, o período neonatal, a infância e a adolescência, e melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento ativo e sadio para todos os indivíduos</p>	<p>RER 4.1 Apoio dos Estados Membros através da cooperação técnica para elaborar políticas amplas, planos e estratégias que promovam o acesso universal a um processo contínuo da atenção ao longo de toda a vida; para integrar a prestação de serviços; e para fortalecer a coordenação com a sociedade civil, o setor privado e parcerias com as Nações Unidas e organismos do sistema interamericano e outros (por exemplo, ONGs).</p> <p>RER 4.2 Apoio dos Estados Membros através da cooperação técnica para fortalecer a capacidade nacional/local para produzir novas evidências e intervenções; e para melhorar os sistemas de vigilância e informação em saúde sexual e reprodutiva, e em saúde materna, neonatal, da criança, do adolescente dos idosos.</p> <p>RER 4.6 Apoio dos Estados Membros através da cooperação técnica para a implementação das políticas e estratégias em saúde e desenvolvimento dos adolescentes.</p>
<p><u>SO6</u> Para promover a saúde e desenvolvimento, e prevenir ou reduzir os fatores de risco como consumo do tabaco, álcool, drogas e outras substâncias psicoativas, dietas insalubres, sedentarismo e sexo inseguro, que afetam estado de saúde</p>	<p>RER 6.1 Apoio dos Estados Membros através da cooperação técnica para fortalecer sua capacidade de promoção da saúde estendendo-se a todos os programas relevantes; e para formar colaborações multissetoriais e multidisciplinares eficazes para a prevenção e promoção da saúde ou redução dos principais fatores de risco.</p> <p>RER 6.5 Apoio dos Estados Membros através da cooperação técnica para elaborar políticas com base científica e éticas, estratégias, programas e diretrizes para prevenir e reduzir dietas insalubres e sedentarismo, e problemas</p>

	<p>relacionados.</p> <p>RER 6.6 Apoio dos Estados Membros através da cooperação técnica para elaborar políticas, estratégias, programas e diretrizes com base científica e ética, para promover atividade sexual de menor risco.</p>
<p><u>SO7</u> Abordar os determinantes socioeconômicos fundamentais da saúde através de políticas e programas que melhorem a igualdade em saúde e integrem enfoques em favor dos pobres, sensíveis ao gênero, baseados nos direitos humanos</p>	<p>RER 7.1 Importância dos determinantes da saúde e das políticas sociais reconhecidas em toda a Organização e incorporadas no trabalho normativo e na cooperação técnica com Estados Membros e outros parceiros.</p> <p>RER 7.4 Enfoques à saúde baseados na ética e nos direitos humanos promovidos dentro da OPAS/OMS e nos níveis nacional, regional e mundial.</p> <p>RER 7.5 Análise de gênero e grupo étnico e ações receptivas incorporadas no trabalho normativo e apoiadas pelos Estados Membros da OPAS/OMS através da cooperação técnica para a formulação de gênero e políticas e programas sensíveis a fatores étnicos e de gênero.</p>
<p><u>SO10</u> Melhorar a organização, a gestão e a prestação de serviços de saúde</p>	<p>RER 10.1 Apoio dos Estados Membros através da cooperação técnica para acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade, dando especial ênfase a grupos populacionais vulneráveis.</p>
<p>3. Repercussões Financeiras</p>	
<p>a) Custo total calculado para execução durante o ciclo de vida da resolução (estimado aos US\$10.000 mais próximos; incluindo pessoal e atividades):</p> <p>Esta Estratégia não pode ser abordada só pela OPAS em termos de intervenções e implicações orçamentárias propostas; portanto, a colaboração com organismos das Nações Unidas e outros principais interessados diretos é essencial. Considerando que esta é uma Estratégia e que o Plano de Ação será elaborado em 2009, a estimativa de custo para o ciclo de vida da resolução foi feita com base no gasto bienal da OPAS em 2006-2007. O custo estimado para implantação da resolução é de US\$4.000.000 por biênio. Inclui manutenção do pessoal atual, contratação de pessoal adicional, e execução de atividades nos âmbitos regional e nacional.</p>	
<p>b) Custo estimado para o biênio 2008-2009 (estimado aos US\$10.000 mais próximos; incluindo pessoal e atividades):</p> <p>US\$4.000.000</p>	
<p>c) Do custo calculado estimado em (b), o que pode ser incluído no âmbito das atividades programadas existentes?</p>	

US\$1.000.000 podem ser inclusos no âmbito das atividades existentes propostas (2008).

4. Implicações administrativas

a) **Lugares de execução (indicar os níveis da Organização em que o trabalho será realizado e identificar as regiões específicas, onde seja pertinente):**

O trabalho será empreendido no âmbito nacional, concentrando-se nos países prioritários e de impacto. As sub-regiões do Caribe, centro-americana e andina serão priorizadas especificamente de acordo com os seguintes temas e com os perfis epidemiológicos: saúde sexual e reprodutiva, prevenção de violência, prevenção de DNT e abuso de substâncias.

b) **Requisitos adicionais para contratação de pessoal (indicar equivalentes de pessoal adicional necessário em regime de tempo integral, observando perfil de aptidões necessárias):**

Pessoal atual:

Assessor sênior–US\$160.000/ ano

Secretário–US\$40.000/ ano

Requisitos adicionais para contratação de pessoal:

Três coordenadores sub-regionais–US\$150.000/ ano

Âmbito nacional:

Cinco profissionais de contratação nacional (1 por país prioritário)–US\$200.000/ anos

Custo total do pessoal por ano: US\$550.000

c) **Prazos (indicar prazos de caráter geral para a execução e avaliação):**

2008: Aprovação da Estratégia Regional para melhoria de saúde do adolescente e da juventude

2009: Aprovação do Plano de Ação para a implementação da Estratégia

2010–2018: Implementação da Estratégia em fases

Fase 1 (2010-2012): 5 países põem em prática, monitorizam e avaliam a Estratégia para gerar lições aprendidas

Fase 2 (2012-2014): 15 outros países põem em prática a Estratégia

Fase 3 (2014-2016): 15 outros países põem em prática a Estratégia

Fase 4 (2016-2018): 4 outros países põem em prática, dando ênfase à avaliação da implementação em todos os países

2018 Avaliação Final da Estratégia