Organização Pan-Americana da Saúde

Organização Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

UNAIDS

UNESCO
Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNFPA
Fundo de População das Nações Unidas

unicef | para cada criança

ONU MULHERES

GRUPO BANCO MUNDIAL

Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA!)

Guia de Orientação para apoiar a implementação pelos países

The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health

NÓS APOIAMOS
CADA MULHER CADA CRIANÇA
POR MULHERES, CRIANÇAS E ADOLESCENTES SAUDÁVEIS E EMPODERADOS
AMÉRICA LATINA E CARIBE

©Hanalie Albiso

Organização Pan-Americana da Saúde

Organização Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

UNAIDS

UNESCO
Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNFPA
Fundo de População das Nações Unidas

unicef | para cada criança

ONU MULHERES

GRUPO BANCO MUNDIAL

Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA!)

Guia de Orientação para apoiar a implementação pelos países

The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health

NÓS APOIAMOS
CADA MULHER
CADA CRIANÇA
POR MULHERES, CRIANÇAS E ADOLESCENTES SAUDÁVEIS E EMPODERADOS
AMÉRICA LATINA E CARIBE

Versão oficial em português da obra original em Inglês
Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation
© Organização Mundial da Saúde, 2017
ISBN: 978-92-4-151234-3

Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA!): guia de orientação para apoiar a Implementação pelos países
ISBN 978-92-75-71998-5

© Organização Pan-Americana da Saúde 2018

Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença de Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

Nos termos desta licença, é possível copiar, redistribuir e adaptar o trabalho para fins não comerciais, desde que dele se faça a devida menção, como abaixo se indica. Em nenhuma circunstância, deve este trabalho sugerir que a OPAS aprova uma determinada organização, produtos ou serviços. O uso do logotipo da OPAS não é autorizado. Para adaptação do trabalho, é preciso obter a mesma licença de Creative Commons ou equivalente. Numa tradução deste trabalho, é necessário acrescentar a seguinte isenção de responsabilidade, juntamente com a citação sugerida: "Esta tradução não foi criada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A OPAS não é responsável nem pelo conteúdo nem pelo rigor desta tradução. A edição original em inglês será a única autêntica e vinculativa".

Qualquer mediação relacionada com litígios resultantes da licença deverá ser conduzida em conformidade com o Regulamento de Mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual.

Citação sugerida. Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA!): guia de orientação para apoiar a Implementação pelos países. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dados da catalogação na fonte (CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em http://iris.paho.org.

Vendas, direitos e licenças. Para comprar as publicações da OPAS, ver www.publications.paho.org. Para apresentar pedidos para uso comercial e esclarecer dúvidas sobre direitos e licenças, consultar www.paho.org/permissions.

Materiais de partes terceiras. Para utilizar materiais desta publicação, tais como quadros, figuras ou imagens, que sejam atribuídos a uma parte terceira, compete ao usuário determinar se é necessária autorização para esse uso e obter a devida autorização do titular dos direitos de autor. O risco de pedidos de indenização resultantes de irregularidades pelo uso de componentes da autoria de uma parte terceira é da responsabilidade exclusiva do utilizador.

Isenção geral de responsabilidade. As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Pan-Americana da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico ou as autoridades de qualquer país, território, cidade ou zona, nem tampouco sobre a demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas e tracejadas nos mapas representam de modo aproximativo fronteiras sobre as quais pode não existir ainda acordo total.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Pan-Americana da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Salvo erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registrada.

A OPAS tomou todas as precauções razoáveis para verificar as informações contidas nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OPAS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

Prefácio

Os adolescentes não são simplesmente crianças velhas ou jovens adultos. Essa observação enganosamente simples está no cerne da Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA!): Guia de Orientação para apoiar a implementação pelos países, o que reflete a "maioridade" da saúde de adolescentes na saúde pública global.

Durante anos, os problemas de saúde associados à adolescência foram pouco compreendidos ou, em alguns casos, ignorados. Mas isso mudou agora. A saúde e o desenvolvimento de adolescentes fizeram parte da Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e de Adolescente (2016-2030) (a Estratégia Global) porque, nas palavras do Secretário-Geral das Nações Unidas, "[adolescentes são] centrais a tudo o que queremos alcançar e para o sucesso global da Agenda 2030".

Por que "central"? Porque os investimentos em saúde de adolescente trazem um dividendo tríplice de benefícios para os adolescentes agora, para suas vidas adultas futuras e para a próxima geração, sua saúde e bem-estar são mecanismos de mudança que impulsionam a criação de sociedades mais saudáveis e mais sustentáveis.

Em 2014, o relatório da OMS "Saúde para os Adolescentes do Mundo" mostrou que os ganhos consideráveis conquistados com os investimentos em programas de saúde materno-infantil correm o risco de se perderem se não houver investimento correspondente na saúde de adolescente. Os dados mais recentes mostram que mais de 3000 adolescentes morrem a cada dia por causas majoritariamente evitáveis e que muitos fatores de risco para doenças na idade adulta começam ou se consolidam na adolescência. A saúde mental e bem-estar de adolescente são frequentemente ignorados.

Este guia é um marco para a tradução da Estratégia Global em ação. Fornece uma grande quantidade de informações e orientações aos formuladores de políticas, profissionais, pesquisadores, educadores, doadores e organizações da sociedade civil, inclusive os dados mais recentes sobre as principais cargas de doença e lesão que afetam os adolescentes. Apoia a implementação da Estratégia Global, fornecendo as informações abrangentes que os países precisam para decidir o que fazer para a saúde de adolescente e como fazê-lo. Baseia-se nos esforços em curso para garantir que os adolescentes possam Sobreviver, Prosperar e estar em condições de Transformar as sociedades em que vivem.

Mas este guia fornece muito mais do que fatos e números. Representa uma mudança de paradigma na forma como pensamos e planejamos a saúde de adolescentes.

Em primeiro lugar, o Guia AA-HA! aborda a adolescência não somente através dos prismas convencionais da saúde pública (fatores de risco e de proteção), como também considera os adolescentes um poderoso ativo social cujas contribuições podem ser fomentadas e aumentadas mediante participação significativa. O nível e a qualidade dos subsídios fornecidos por adolescentes e jovens, inclusive de grupos vulneráveis, para a elaboração deste documentodão considerável peso às suas recomendações.

Em segundo lugar, este guia adota uma abordagem radicalmente diferente da programação tradicional de saúde para adolescentes. No passado, os defensores da saúde de adolescente tiveram que procurar pontos de entrada – como o HIV ou a saúde sexual e reprodutiva – para obter acesso a financiamento para abordar questões mais amplas de saúde de adolescentes. Argumentamos que o dividendo tríplice de investir na saúde de adolescente é razão suficiente para dirigir atenção e recursos para a saúde de adolescentes por direito próprio, ao mesmo tempo em que promovemos uma abordagem de "saúde de adolescente em todas as políticas" (SATP). A este respeito, este guia recomenda ações-chaves que são necessárias em setores tão diversos como educação, proteção social, urbanismo e sistema de justiça criminal a fim de respeitar, proteger e cumprir os direitos de adolescentes à saúde.

Em terceiro lugar, existe uma percepção crescente de que os adolescentes muitas vezes enfrentam riscos desproporcionais em contextos humanitários e frágeis – inclusive saúde física e mental precária, assédio, agressão e estupro. Portanto, considerações específicas aos adolescentes para a programação em contextos frágeis e emergências humanitárias foram incluídas explicitamente.

Finalmente, este guia não só fornece informações sobre o que precisa ser feito, mas também demonstra o que já está sendo feito. Mais de 70 estudos de caso de todo o mundo proporcionam exemplos concretos de como os países fazem o que está sendo preconizado.

A parceria que foi criada ao desenvolver esse guia interagências cria as condições para uma nova era na saúde global de adolescentes. Coordenada pela OMS, este guia foi desenvolvido com a participação ativa de agências das Nações Unidas, organizações da sociedade civil e do meio acadêmico, governos e, mais importante, dos próprios jovens.

Este modelo de participação coloca os jovens no banco do motorista, o que é compatível com o poderoso lema "nada sobre nós, sem nós".

Na OMS, acreditamos que esse é apenas o começo. Esperamos ansiosamente que essa parceria desenvolva-se e expanda-se para apoiar a implementação do Guia de Orientação AA-HA! nos países, de modo a garantir que a saúde e o desenvolvimento de adolescentes permaneçam no centro das agendas de saúde nacionais, regionais e globais.

Flavia Bustreo
Subdiretora Geral
Saúde da Família, da Mulher e da Criança
Organização Mundial da Saúde

Índice

Prefácio iii

Agradecimentos vii

Glossário viii

Resumo executivo ix

1. AA-HA! — um momento inédito para a saúde de adolescentes 1

1.1. Um apelo em prol da ação acelerada pela saúde de adolescentes 1
1.2. Por que investir na saúde de adolescentes? 2
1.3. Adolescência — uma singular etapa formativa do desenvolvimento humano 4
1.4. Carga de doença e lesão na adolescência 9
1.5. Conceitualização de intervenções para a saúde de adolescentes 10
1.6. Priorização, implementação e avaliação de programas nacionais 11

2. Carga de doença e lesão e fatores de risco 12

2.1. Ônus globais e fatores de risco 13
2.2. Lesão não intencional 24
2.3. Violência 25
2.4. Saúde sexual e reprodutiva, inclusive o HIV 26
2.5. Doenças transmissíveis 28
2.6. Doenças não transmissíveis e desnutrição 29
2.7. Saúde mental, uso de substâncias e autolesão 30
2.8. Cargas em contextos humanitários e frágeis 31

3. Intervenções baseadas em evidência 32

3.1. Intervenções positivas de desenvolvimento e saúde 34
3.2. Intervenções contra a lesão não intencional 36
3.3. Intervenções contra a violência 40
3.4. Intervenções de saúde sexual e reprodutiva, inclusive para o HIV 44
3.5. Intervenções contra as doenças transmissíveis 51
3.6. Intervenções contra doenças não transmissíveis e em prol da nutrição e atividade física 56
3.7. Intervenções para saúde mental, uso de substâncias e autolesão 62
3.8. Intervenções em contextos humanitários e frágeis 67

4. Estabelecimento de prioridades nacionais 70

4.1 Avaliação de necessidades 72
4.2. Análise de cenário 73
4.3 Estabelecimento de prioridades 74
4.4. Considerações adicionais 76

5. Programação nacional 78

5.1. Um marco lógico para a transformação de prioridades em planos e programas 80
5.2. Liderança dentro do Ministério da Saúde e em todo o governo 84
5.3. Liderança pelos adolescentes e sua participação na programação de saúde 86
5.4. Financiamento das prioridades de saúde de adolescente em planos nacionais de saúde e garantias da proteção de adolescentes contra riscos financeiros 89
5.5. Programação dentro do setor da saúde para cobertura universal de saúde 92
5.6. Programação com outros setores para abordar os determinantes da saúde 104
5.7. Programação em contextos humanitários e frágeis 117
5.8. Abordagens de desenvolvimento positivo e transformativas de gênero na programação 118

6. Monitoramento, avaliação e pesquisa 120

6.1. Monitoramento de programas de saúde de adolescentes 121
6.2. Avaliação de programas de saúde de adolescentes 128
6.3. Áreas prioritárias para pesquisa futura 130
6.4. Envolvimento de adolescentes em monitoramento, avaliação e pesquisa 131

7. Conclusões 132

8. Referências 134

Anexos 1-6 e Apêndices I-IV disponíveis na Internet: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-aa-ha-annexes.pdf

Ação Global Acelerada para a Saúde de adolescentes (AA--HA!): Guia de Orientação para apoiar a implementação pelos países. Anexos 1-6 e apêndices I-IV.

Anexo 1 Maiores informações sobre o Guia de Orientação Global da AA-HA! para apoiar a implementação pelos países e o desenvolvimento de adolescentes

Anexo 2 Maiores informações sobre cargas de doença e lesão

Anexo 3 Maiores informações sobre intervenções com base científica

Anexo 4 Maiores informações sobre estabelecimento de prioridades nacionais

Anexo 5 Maiores informações sobre programação nacional

Anexo 6 Maiores informações sobre monitoramento, avaliação e pesquisa

Apêndice I. A Estratégia Global para Saúde das Mulheres, das Crianças e de adolescentes: suas áreas de ação e os componentes para ação e objetivos de implementação de seu marco operacional

Apêndice II. Intervenções mais amplas da Estratégia Global que são importantes para a saúde de adolescentes

Apêndice III. Dados de região da OMS e renda dos países usados nas análises das Estimativas Globais de Saúde 2015

Apêndice IV. Lista de estudos de casos de intervenções ou programas nacionais para a saúde de adolescentes

©Palash Khatri

Agradecimentos

A Organização Mundial da Saúde (OMS) agradece a todos os que contribuíram para esse documento.

Autores: Mary Louisa Plummer (consultora independente); Valentina Baltag (OMS); Kathleen Strong (OMS); Bruce Dick (consultor independente); e David Ross (OMS).

Grupo de trabalho interno da OMS: Jamela Al-Raiby (Escritório Regional para o Mediterrâneo Oriental); Annabel Baddeley (Programa Mundial contra a Tuberculose); Rachel Baggaley (Departamento de HIV); Anshu Banerjee (Núcleo de Saúde da Família, da Mulher e da Criança); Paul Bloem (Departamento de Imunizações, Vacinas e Biológicos); Marie Brune Drisse (Departamento de Determinantes da Saúde Pública, Ambientais e Sociais); Sonja Caffe (Escritório Regional para as Américas/Organização Pan-Americana da Saúde); Venkatraman Chandra-Mouli (Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa); Michelle Hindin (Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa); Kid Kohl (Departamento de Saúde Materna, Neonatal, da Criança e de Adolescente); Theadora Swift Koller (Unidade de Gênero, Equidade e Direitos Humanos); Shyama Kuruvilla (Núcleo de Saúde da Família, da Mulher e da Criança); Blerta Maliqi (Departamento de Saúde Materna, Neonatal, da Criança e de Adolescente); Symplice Mbola Mbassi (Escritório Regional para a África); David Meddings (Departamento de Doenças Não Transmissíveis, Incapacidade, Violência e Prevenção de Lesões); Rajesh Mehta (Escritório Regional para o Sudeste Asiático); Martina Penazzato (Departamento de HIV); Neena Raina (Escritório Regional para o Sudeste Asiático); Pura Rayco-Solon (Departamento de Nutrição para a Saúde e Desenvolvimento); Lale Say (Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa); Chiara Servili (Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias); Howard Sobel (Escritório Regional para o Pacífico Ocidental); Karin Stenberg (Departamento de Governança em Saúde e Finanças); Andreas Ullrich (Núcleo de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental); Temo Waqanivalu (Departamento de Prevenção de Doenças Não Transmissíveis); e Martin Weber (Escritório Regional para a Europa).

Grupo Assessor Externo: Ana Milena Aguilar Rivera (Banco Mundial); Monika Arora (Fundação de Saúde Pública da Índia); Angela Bayer (Universidade da Califórnia, EUA); Margaret Bolaji (estudante, Nigéria); Doortje Braeken (Federação Internacional de Planejamento Familiar); Nazneen Damji (Mulheres das Nações Unidas); Nonhlan-hla Dlamini (Departamento de Saúde, África do Sul); Danielle Engel (FNUAP); Gogontlejang Phaladi (Projeto "Gogontlejang Phaladi Pillar of Hope", Botsuana); Vandana Gurnani (Secretário-adjunto, Índia); Joanna Herat (UNESCO); Caroline Kabiru (Centro Africano de Pesquisa em População e Saúde, Quênia); Song Li (Departamento de Saúde Materna e Infantil, China); Matilde Maddaleno (Governo do Chile); Meheret Melles e Anshu Mohan (Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e da Criança); Tatiana Moura (Promundo, Brasil); Edgar Necochea (Jhpiego); Shane Norris (Conselho de Pesquisa Médica da África do Sul); Ruben Pages Ramos (UNAIDS); George Patton (Universidade de Melbourne, Austrália); Jan Peloza (estudante, Eslovênia); Martin Sabignoso (Programa SUMAR, Argentina); Majzoubeh Taheri (Ministério da Saúde, República Islâmica do Irã); Daniel Tobon Garcia (Coalizão da Juventude para os Direitos Sexuais e Reprodutivos, Colômbia); Helen Walker (Departamento de Saúde, Reino Unido); William Wai Hoi Yeung (estudante, Austrália); Nabila Zaka (UNICEF); Tatiana Zatic (Ministério da Saúde, República da Moldávia) e Qiuling Zhang (Handicap International).

Contribuições técnicas adicionais (OMS): Flavia Bustreo (Núcleo de Saúde da Família, da Mulher e da Criança); Robert Alexander Butchart (Departamento de Doenças Não Transmissíveis, Incapacidade, Violência e Prevenção de Lesões); Luciana Campello R. de Almeida (Representação da OMS no Brasil); Anthony Costello (Departamento de Saúde Materna, Neonatal, da Criança e de Adolescente); Theresa Diaz (Departamento de Saúde Materna, Neonatal, da Criança e de Adolescente); Tarun Dua (Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias); Wahyu Retno Mahanani e Colin Mathers (Núcleo de Sistemas de Saúde e Inovação); Leendert Maarten Nederveen (Departamento de Prevenção de Doenças Não Transmissíveis); Laura Pacione (Departamento de Saúde mental e Abuso de Substâncias); Margaret Mary Peden (Departamento de Doenças Não Transmissíveis, Incapacidade, Violência e Prevenção de Lesões); Juan Pablo Peña-Rosas (Departamento de Nutrição para a Saúde e Desenvolvimento); Anayda Portela (Departamento de Saúde Materna, Neonatal, da Criança e de Adolescente); Vladimir Poznyak (Departamento de Saúde mental e Abuso de Substâncias); Julia Samuelson (Departamento de HIV); Rukayah Sarumi (Save the Children); Soosmita Sinha e Marcus Stahlhofer (Departamento de Saúde Materna, Neonatal, da Criança e de Adolescente); Sarah Watts (Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias); e Anne-Marie Worning (Núcleo de Saúde da Família, da Mulher e da Criança).

Revisão adicional por especialistas (externos à OMS): Peter Azzopardi (Murdoch Children's Research Institute); Mychelle Farmer (Jhpiego); Nina Ferencic (Unicef); Jane Ferguson (Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, Reino Unido); Nicola Gray (Sociedade de Saúde e Medicina da Adolescência); Meghan Greeley (Jhpiego); Gwyn Hainsworth (Fundação Bill e Melinda Gates); Catherine Lane (USAID); Thiago Luchesi (Save the Children); Douglas McCall (International School Health Network); Mary Mahy (UNAIDS); Ali Mokdad (Universidade de Washington, EUA); Susan Sawyer (Universidade de Melbourne, Austrália); Amy Uccello (USAID); e Rachel Wood (Departamento de Saúde e Serviços Humanos, EUA).

Pesquisas encomendadas: Análise secundária dos dados do Global Prematuro Adolescente Estudo—Robert Blum (Johns Hopkins University); as oficinas de adolescentes jovens e vulneráveis—Kristin Mmari (Johns Hopkins University) e os resultados de duas pesquisas on-line—Jones Adjei (consultor independente).

Oficinas de consulta com adolescentes jovens e vulneráveis, e contribuições para o desenvolvimento da versão por adolescentes da Orientação AA-HA!: Coletivo Torchlight, No Excuse (Eslovênia); Academy for Health Development (Nigéria); Fundación Niñas Sin Miedo (Colômbia); Universidade Politécnica de Hong Kong (Região Administrativa Especial da China); Sharek Youth Forum (Cisjordânia e Faixa de Gaza); Youth Lead (Tailândia); e International Children's Center (Turquia).

Participantes da consulta global: Adolescentes e jovens, profissionais da saúde e representantes dos governos, organizações (da sociedade civil, do setor privado e do meio acadêmico) e instituições doadoras que participaram das duas consultas globais on-line e/ou das consultas regionais que foram realizadas em cada uma das regiões da OMS.

Apoio administrativo: Brenda Nahataba, Susan Helary e Tania Teninge.

Estagiárias: Francesca Cucchiara, Sophie Remoue, Serena Sherry, Divya Sisodia e Natalie Yap.

Apoio financeiro: Fundação Bill e Melinda Gates e USAID.

Glossário

Adolescente: Uma pessoa com idade entre 10-19 anos (OMS). "Jovem adolescente" refere-se a adolescentes de 10 a 14 anos, enquanto "adolescente mais velho" se refere a adolescentes de 15 a 19 anos. A Tabela A mostra como o termo "adolescente" se relaciona com os termos criança, jovem, jovem adulto e pessoa jovem.

Tabela A. Idades cobertas pelos termos criança, adolescente, jovem, jovem adulto e pessoa jovem

TIPO DE PESSOA JOVEM	IDADE EM ANOS															
	0-9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Criança																
Adolescente																
Jovem																
Jovem adulto																
Pessoa jovem																

Fonte: (1).

Ano de vida ajustado por incapacidade (DALY): Uma medida que combina os anos estimados de vida perdidos por morte prematura e os anos estimados de vida vividos com saúde abaixo do ideal (3). A soma dos DALYs em toda a população é uma forma de medir a diferença entre o estado de saúde atual e uma situação de saúde ideal em que toda a população vive até uma idade avançada, sem doenças ou deficiências.

Carga de doença ou lesão: O impacto de um problema de saúde em uma população, medido pelas taxas de mortalidade e pelos anos de vida ajustados por incapacidade (ver abaixo). Não se limita à doença; inclui também outras cargas, como a incapacidade causada por lesões.

Contextos humanitários e frágeis: Contextos ou meios que enfrentam choques e desastres sociais, econômicos e ambientais. Incluem situações de conflito e pós-conflito, crises transnacionais, países que passaram por uma ou mais catástrofes naturais graves e situações de instabilidade socioeconômica e política prolongada. Em tais contextos, os desafios da saúde são particularmente agudos nas populações móveis, nas comunidades internamente deslocadas e nas pessoas em campos de refugiados ou acampamentos temporários (11).

Determinante: Um fator que pode afetar a saúde de adolescentes e suas comunidades, inclusive fatores pessoais, sociais, econômicos e ambientais. Os determinantes ocorrem em diferentes níveis ecológicos. Por exemplo: características individuais (como idade, crenças, renda e status social, educação, redes de apoio social, genética, serviços de saúde e gênero); do ambiente imediato (por exemplo, pais, professores, colegas); valores e normas sociais (por exemplo, normas de gênero que restringem o acesso das meninas à educação e que encorajam os meninos a assumirem riscos relacionados à saúde); políticas e leis (por exemplo, relacionadas com tabaco e álcool); fatores macrossociais (por exemplo, distribuição de dinheiro e recursos); e do ambiente físico e biológico (por exemplo, prevalência de malária, acesso a sanitários durante a menstruação). Alguns determinantes podem estar inter-relacionados e agrupados e, em conjunto, afetar o desenvolvimento de adolescentes e sua capacidade de aprender e adquirir habilidades (5)

Dividendo demográfico: Crescimento econômico acelerado que pode resultar de uma diminuição das taxas de mortalidade e fertilidade de um país e uma mudança posterior na estrutura etária da população. Com menos nascimentos a cada ano, a população jovem dependente de um país diminui em relação à população em idade de trabalhar. Com menos pessoas para apoiar, o país tem uma oportunidade de crescimento econômico rápido (4).

Equidade: A ausência de diferenças evitáveis, injustas ou reparáveis entre grupos de pessoas, que podem ser definidas socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente, ou por outras maneiras de estratificação. Equidade em saúde significa que, idealmente, todos têm uma oportunidade justa de atingir seu pleno potencial de saúde e ninguém está em desvantagem para alcançar esse potencial (8).

Fator de proteção: Um fator que incentiva e mantém comportamentos positivos, reduz o risco de comportamentos e desfechos de saúde negativos e auxilia na recuperação de resultados de saúde negativos. Exemplos de fatores de proteção em saúde de adolescente incluem relacionamentos carinhosos e significativos, estrutura e limites adequados, oportunidades de participação e contribuição e incentivo à autoexpressão (28).

Fator de risco: Um atributo, característica ou exposição que aumenta a probabilidade de um indivíduo ter um resultado de saúde negativo imediatamente ou no futuro. Algumas condições podem ser tanto um fator de risco quanto uma adição à carga de doença. Por exemplo, a anemia ferropriva é um fator de risco para morte ou deficiência por hemorragia pós-parto, mas também provoca lassidão e fraqueza (13).

Fortalecimento dos sistemas de saúde: Processo de identificar e implementar mudanças nas políticas e práticas no sistema de saúde de um país, para que o país possa responder melhor aos desafios do sistema de saúde. O fortalecimento do sistema de saúde também pode ser definido como qualquer conjunto de iniciativas e estratégias que melhorem o funcionamento de um sistema de saúde e conduzam a uma melhor saúde através de melhorias no acesso, cobertura, qualidade ou eficiência (10).

Função do sistema de saúde: Essa é uma finalidade e atividade-chave dos sistemas de saúde. A OMS identifica quatro funções como críticas para os sistemas de saúde: prestação de serviços; geração de recursos humanos e físicos que possibilitem a prestação de serviços; aumentar e reunir os recursos utilizados para pagar pela assistência à saúde; e a função reitora (ou seja, a configuração e aplicação das regras e direção estratégica de todos os atores). Essas funções são empreendidas em prol de três objetivos: saúde, responsividade e financiamento justo (10).

Intervenção baseada em evidências: Intervenções com eficácia comprovada mediante avaliação rigorosa. As normas específicas utilizadas para avaliar a eficácia variam dependendo de muitos fatores, inclusive o tipo de condição de saúde, o tipo de intervenção e os dados disponíveis. Por exemplo, pode-se considerar que há forte evidência de eficácia de uma intervenção biomédica se vários ensaios experimentais demonstraram consistentemente impacto positivo nos desfechos desejados (9). Todavia, essas pesquisas nem sempre são viáveis, especialmente em áreas do conhecimento não biomédicas, onde pode haver uma via causal longa e complexa entre a implementação de uma intervenção e qualquer impacto potencial na saúde da população (5). Nesses casos, outros critérios podem ser usados para identificar intervenções com a melhor base de evidência.

Nível de renda do país: Definido por um rendimento nacional bruto *per capita* em 2014 de US$ 1045 ou menos (países de baixa renda); US$ 1046 a 4125 (países de renda média baixa); US$ 4126 a 12735 (países de renda média alta); e US$ 12736 ou mais (países de alta renda) (2).

Programa: Um conjunto coordenado e abrangente de estratégias, atividades e serviços de saúde planejados e sequenciais que visa atingir objetivos e metas bem definidas. Um programa nacional geralmente tem coordenadores nacionais, subnacionais e locais, além de fundos dedicados para apoiar as atividades planejadas. Dentro do setor saúde, o termo programa nacional de saúde é frequentemente usado para indicar os componentes do sistema nacional de saúde que administram serviços específicos (por exemplo, programas nacionais de HIV, saúde de adolescente ou serviços de saúde escolar) (10).

Programação: O estágio do ciclo de planejamento de um setor no qual as prioridades recém- identificadas são traduzidas em planos operacionais (10). Os termos programação e programa se sobrepõem, mas não representam conceitos idênticos; programação – para a saúde de adolescentes, por exemplo – pode ocorrer na ausência de um programa específico, como parte dos ciclos de planejamento estratégico e operacional do setor.

Situação de emergência: Um evento de um único país ou de múltiplos países com consequências mínimas (Grau 1) a consideráveis (Grau 3) para a saúde pública, que a OMS identificou demandar uma resposta. Nos meses imediatamente após uma situação de emergência ser classificada, é considerada aguda. Quando é provável que continue por mais de seis meses, o grau pode ser removido e a emergência recategorizada como prolongada (6).

Transição demográfica: Uma mudança na estrutura populacional; por exemplo, mudanças populacionais que ocorrem quando um país transiciona de altas taxas de natalidade e mortalidade para menores taxas de natalidade e mortalidade, ou de um sistema econômico pré-industrial para um sistema industrializado (4).

Transição epidemiológica: Uma mudança epidemiológica; por exemplo, de mortalidade principalmente devida a doenças infecciosas agudas a mortalidade por doenças crônicas, não infecciosas e degenerativas, decorrente de padrões de vida mais elevados e da introdução de práticas médicas e de saúde pública em nações de alta renda (7) .

Resumo executivo

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que procuram conseguir desenvolvimento econômico, social e ambiental global sustentáveis até 2030, não serão atingidos sem investimento na saúde e bem-estar de adolescentes. A programação para a saúde de adolescentes no setor da saúde e em outros setores, que deve incluir a normalização da atenção às necessidades de adolescentes em todos os aspectos do trabalho, será essencial para tanto. A Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e de adolescentes (2016-2030) foi lançada em 2015 para apoiar os ODS. Proporciona uma oportunidade sem precedentes para melhorar a saúde de adolescentes e para responder de forma mais eficaz às suas necessidades. A Estratégia Global prevê um mundo em que toda mulher, criança e adolescente compreenda seus direitos à saúde física e mental, e identifica os adolescentes como sendo centrais para alcançar os ODS. Para apoiar a implementação dos objetivos específicos da Estratégia Global relacionados à saúde e desenvolvimento de adolescentes e, em resposta a um pedido dos Estados Membros na 68ª Assembleia Mundial da Saúde em maio de2015[1], parceiros da ONU liderados pela Organização Mundial de Saúde, desenvolveu-se um guia de orientação para apoiar a implementação pelos países da Ação Global Acelerada para a Saúde de adolescentes (AA-HA!). O guia baseou-se nos insumos recebidos durante amplas consultas com os Estados membros, órgãos do sistema das Nações Unidas, adolescentes e jovens, sociedade civil e outros parceiros.

Usando o Guia de Orientação AA-HA! para apoiar a implementação pelos países

O Guia de Orientação AA-HA! visa ajudar os governos a decidir o que eles planejam fazer – e como planejam fazê-lo – para responder às necessidades de saúde de adolescentes em seus países. Pretende servir como documento de referência para os formuladores de política e responsáveis por programas em nível nacional para auxiliá-los no planejamento, implementação, monitoramento e avaliação de programas de saúde para adolescentes. Após uma breve introdução que resume os principais argumentos para investir na saúde de adolescentes, o documento detalha as etapas-chave para compreender o perfil epidemiológico do país, a realização de uma análise de cenário para esclarecer o que já está sendo feito e por quem, a realização de um processo consultivo para estabelecer prioridades, planejar, implementar, monitorar e avaliar programas nacionais de saúde para adolescentes e termina com prioridades-chave de pesquisa (Figura A). Finalmente, apresenta estudos de caso para ilustrar o que está sendo recomendado e, em alguns casos, já foi realizado.

Figura A. Uma abordagem sistemática para acelerar a ação para a saúde de adolescentes (AA-HA!)

[1] *Vide* resumo da 68ª Assembleia Mundial de Saúde, Comitê A, 10ª e 11ª reuniões, Seção 3 (documento WHA68/2015/REC/3)

Resumo executivo

Um APELO à AA-HA!, Juntos: sete mensagens abrangentes

No começo de cada uma das seis seções do Guia de Orientação AA-HA!, há um resumo das principais mensagens. Essas podem ser resumidas em sete mensagens abrangentes, que são encapsuladas pela sigla APELO à AA-HA!, Juntos (Figura B).

Figura B. Um APELO à AA-HA!, Juntos: as mensagens abrangentes da AA-HA!

Abordagem

O Guia de Orientação AA-HA! fornece uma abordagem sistemática para a compreensão das necessidades de saúde de adolescentes, priorizando-as no contexto do país e planejando, monitorando e avaliando programas de saúde para adolescentes.

Obter dividendos para as gerações futuras ao investir na saúde de adolescentes

Há uma necessidade urgente de maior investimento em programas de saúde para adolescentes, visando melhorar a saúde e a sobrevivência de adolescentes em curto prazo, para sua saúde futura como adultos e para a próxima geração. Esta é uma questão urgente para conter a epidemia de doenças não transmissíveis, sustentar e colher os benefícios sociais e de saúde dos recentes ganhos impressionantes em saúde da criança e, finalmente, ter sociedades PRÓSPERAS e pacíficas.

Prevenção

Mais de 3000 adolescentes morrem todos os dias devido a causas amplamente evitáveis, como lesões involuntárias; violência; problemas de saúde sexual e reprodutiva, inclusive o HIV; doenças transmissíveis, tais como infecções respiratórias agudas e doenças diarreicas; doenças não transmissíveis, má nutrição, uso de substâncias e suicídio. Além disso, sofrem de saúde precária devido a essas causas. Embora muita pesquisa ainda seja necessária, as intervenções efetivas estão disponíveis para os países AGIREM AGORA.

Estabelecimento de prioridades

A natureza, a escala e o impacto das necessidades de saúde de adolescentes variam entre países, entre grupos etários e entre os sexos. Os governos devem priorizar suas ações de acordo com os perfis de fatores de risco de doença e lesão de sua população adolescente, e considerar a relação custo-eficácia das intervenções. As necessidades de saúde de adolescentes se intensificam em contextos humanitários e frágeis.

Juntos

COM adolescentes, PARA adolescentes
Os adolescentes têm necessidades de saúde específicas relacionadas ao seu rápido desenvolvimento físico, sexual, social e emocional e aos papéis específicos que desempenham nas sociedades. Tratá-los como crianças crescidas ou jovens adultos não funciona. As políticas, programas e planos nacionais de desenvolvimento devem incluir as necessidades específicas de saúde de adolescentes, e a melhor maneira de conseguir isso é desenvolver e implementar esses programas com os adolescentes.

Abordagem em todos os níveis de governo
Para alcançar as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, o setor saúde e outros setores precisam normalizar a atenção às necessidades de adolescentes em todos os aspectos do seu trabalho. Uma abordagem de "saúde de adolescentes em todas as políticas" (SATP) deve ser praticada na formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas.

Liderança

Uma forte liderança no mais alto nível de governo deve fomentar a implementação de políticas e programas adequados para adolescentes. Para acelerar o progresso rumo à saúde de adolescentes, os países devem considerar a institucionalização de programas nacionais de saúde de adolescentes. Através dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e da Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (2016-2030), existem metas acordadas em nível mundial relacionadas à saúde do adolescente, juntamente com indicadores para acompanhar o progresso alcançado. A desagregação dos dados por idade e sexo será essencial.

Participação de adolescentes

O envolvimento significativo dos jovens em todos os aspectos do seu próprio desenvolvimento e do desenvolvimento de suas comunidades traz múltiplos benefícios. Do ponto de vista operacional, a participação de adolescentes contribui para melhores decisões e políticas. Ela permite aos decisores aproveitar as perspectivas, conhecimentos e experiências únicas de adolescentes, o que proporciona uma melhor compreensão de suas necessidades e problemas e leva a melhores soluções. Além disso, respeitar os pontos de vista de adolescentes em relação aos seus cuidados de saúde garante que mais adolescentes busquem serviços e continuem envolvidos em acessá-los.

Os países devem garantir que as expectativas e perspectivas de adolescentes sejam incluídas nos processos nacionais de programação. A liderança e participação de adolescentes devem ser formalizadas e apoiadas ativamente durante o planejamento, implementação, monitoramento e avaliação de programas de saúde para adolescentes. Do ponto de vista do desenvolvimento, o envolvimento de adolescentes melhora as relações entre os adolescentes e os adultos, desenvolve habilidades de liderança, motivação e autoestima nos adolescentes e capacita-os a desenvolver as competências e a confiança de que necessitam para desempenhar um papel ativo, positivo e pró-social na sociedade. Tudo isso tem uma influência positiva importante no seu desenvolvimento social e emocional.

Do ponto de vista da ética e dos direitos humanos, o direito de adolescentes a participar na tomada de decisões está consagrado na Convenção sobre os Direitos da Criança promulgada pelas Nações Unidas e reforçado no recente Comentário Geral sobre a implementação dos direitos da criança durante a adolescência. O apoio a esse direito é uma forma de promover a equidade em saúde. A causa subjacente das iniquidades é a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos. Portanto, o envolvimento, empoderamento e participação significativa de todos os adolescentes – inclusive dos mais vulneráveis – constituem um dos mecanismos para alcançar a equidade.

©Camila Eugenia Vargas

Resumo executivo

Seção 1.
Um momento inédito para a saúde de adolescentes

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e sua Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e de Adolescentes oferecem uma oportunidade única para ações aceleradas em prol da saúde de adolescentes. A adolescência é uma das fases mais rápidas e formativas do desenvolvimento humano, e o desenvolvimento físico, cognitivo, social, emocional e sexual característico que ocorre da adolescência (Figura C) exige atenção especial nas políticas, programas e planos nacionais de desenvolvimento.

O investimento na saúde de adolescentes irá ampliar e manter os ganhos já obtidos em saúde da primeira infância, e permitirá que os adolescentes se tornem adultos saudáveis e preparados para contribuir positivamente para a sociedade. Esse investimento traz um dividendo tríplice: benefícios para os adolescentes agora, para suas vidas adultas futuras e para seus filhos.

Embora sejam necessárias mais pesquisas, já estão disponíveis intervenções eficazes e baseadas em evidência para que os países atuem agora para proteger e promover a saúde de seus adolescentes.

Figura C. O que torna os adolescentes especiais?

Rápido desenvolvimento físico, cognitivo, social, emocional e sexual	Aumento do descompasso entre a maturidade biológica e a transição social à idade adulta	Equilíbrio entre proteção e autonomia
• Mudanças hormonais e puberdade • Sensações e emoções novas e complexas • Conscientização sexual e identidade de gênero • Explosão do desenvolvimento elétrico e fisiológico do cérebro • Capacidade cognitiva aprimorada e em evolução • Controle emocional e de impulsos influenciado pelo contexto	• Mais anos de educação e treinamento devido à ampliação da educação primária, secundária e terciária • Início posterior do emprego e da formação de família • Maior autonomia na procura pelos serviços de saúde, que podem estar despreparados para atender às necessidades especiais de adolescentes	• Autonomia emergente, mas acesso limitado a recursos (por exemplo, dinheiro, transporte) • Representação adequada em instâncias de decisão • Direito de consentimento aos serviços, proporcional à evolução da capacidade • Maior vulnerabilidade a certos aspectos da globalização (por exemplo, vulnerabilidade aumentada a jogos de azar, pornografia e *bullying* na Internet)

Seção 2.
Carga de doença e lesão na adolescência e fatores de risco

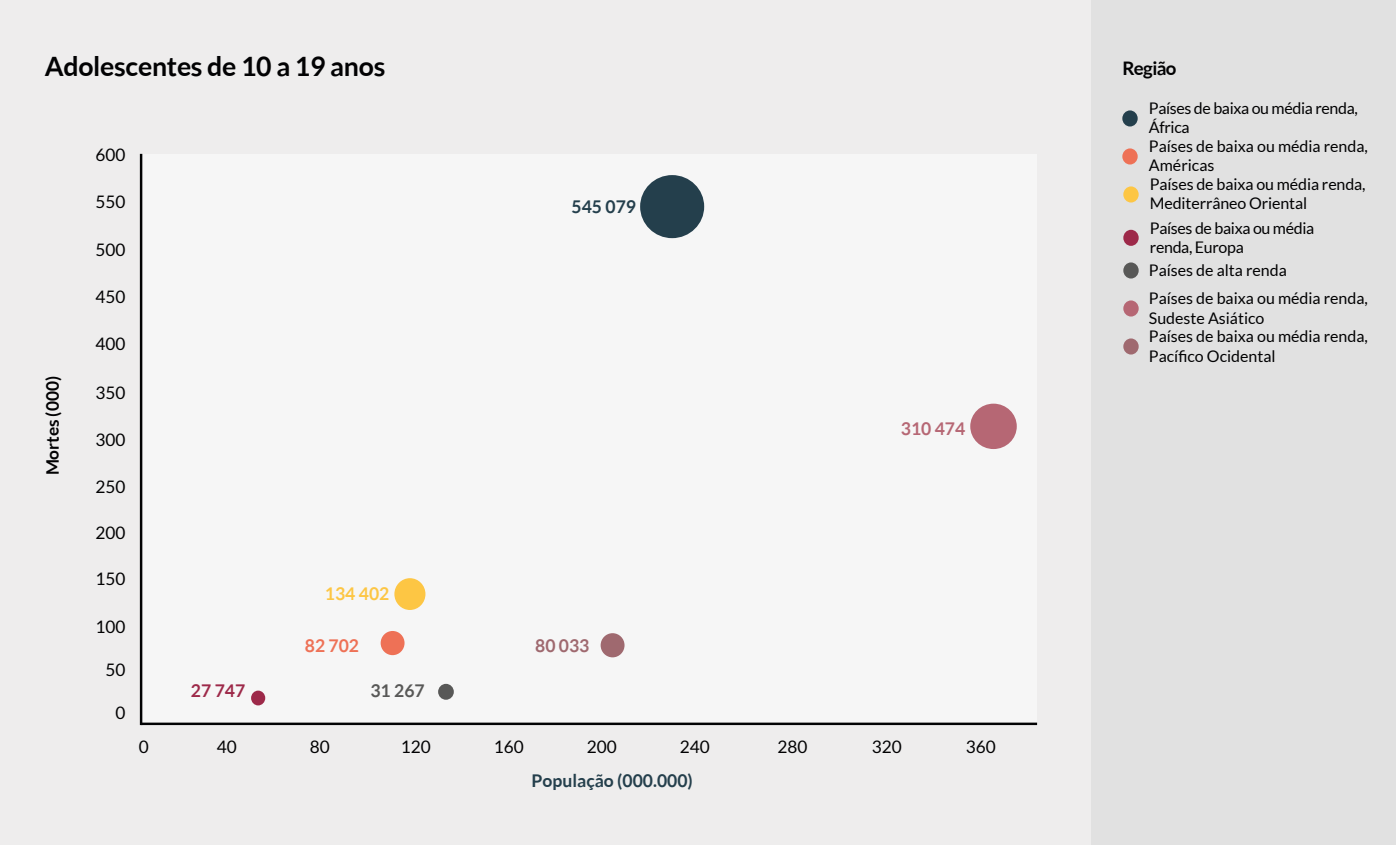
Grande parte da carga de doenças e lesões na adolescência é evitável ou tratável, mas costuma ser negligenciada. São necessários foco e investimento sustentados. Em 2015, morreram mais de 1,2 milhão de adolescentes.

Os acidentes de trânsito são a principal causa de morte em adolescentes do sexo masculino tanto mais jovens como mais velhos, mas no sexo feminino, as principais causas de morte são infecções das vias aéreas inferiores (nas adolescentes mais jovens) e afecções maternas (nas adolescentes mais velhas).

Algumas causas são mais comuns no sexo masculino (por exemplo, afogamento) ou no feminino (por exemplo, afecções maternas); outras, nos adolescentes mais jovens (por exemplo, infecções das vias aéreas inferiores) ou mais velhos (por exemplo, violência interpessoal e autolesão) (ver Tabela 2.1 e Figura 2.1 na Seção 2). Esses resultados demonstram que a desagregação dos dados de saúde é fundamental para identificar as necessidades de saúde e as prioridades de intervenção para diferentes grupos de adolescentes.

A carga de doença na adolescência varia muito pelo mundo. Mais de dois terços das mortes de adolescentes ocorrem em países de baixa e média renda na África (45%) e no Sudeste Asiático (26%), regiões que têm 19% e 30% da população mundial de adolescentes respectivamente (Figura D).

Figura D. Mortalidade na adolescência estimada por tamanho da população e região da OMS (modificada), 2015



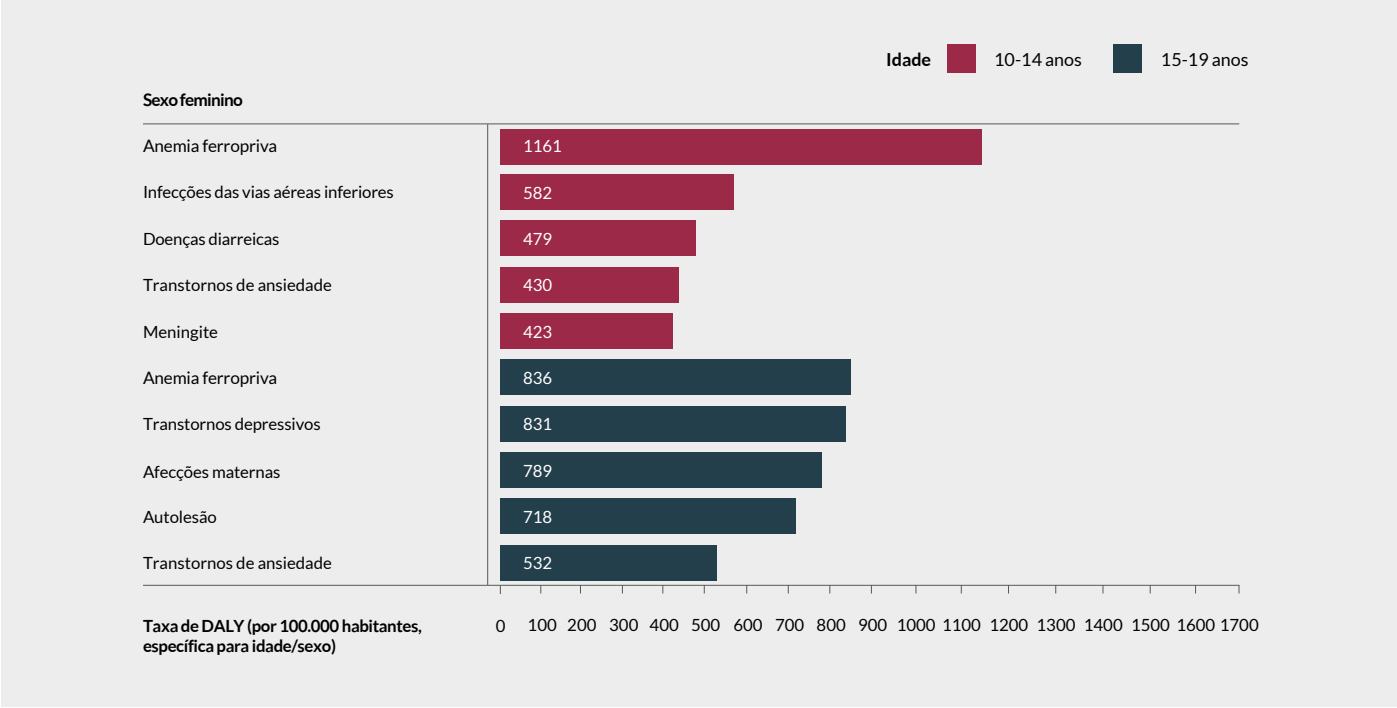
A carga atribuível a algumas afecções é grande na maioria dos grupos de adolescentes em todo o mundo. Por exemplo, acidentes de trânsito, autolesão e afogamento são as principais causas de morte em todas ou na maioria das regiões (ver Tabela 2.3 e Figura 2.3, Seção 2). Algumas causas de morte na adolescência, como anomalias congênitas, são expressivas somente em certas regiões, mas ainda são importantes em regiões de grande carga de morbimortalidade, como os países de baixa e média renda na África e no Sudeste Asiático.

Outras condições só são classificadas entre as cinco principais causas de morte em certas regiões. Exemplos incluem meningite e Aids em países de baixa e média renda africanos; doenças diarreicas e tuberculose nos países de baixa e média renda do Sudeste Asiático; violência interpessoal em países de alta renda e nos países de baixa e média renda das Américas e do Mediterrâneo Oriental; violência coletiva e intervenção legal nos países de baixa e média renda do Mediterrâneo Oriental; e leucemia nos países de baixa e média renda do Pacífico Ocidental.

Resumo executivo

As figuras a seguir mostram os anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) perdidos, uma medida de resumo que combina as cargas de mortalidade e morbidade, desagregada por idade e sexo na Figura E e por região modificada da OMS na Figura F.

Figura E. Estimativa das cinco principais causas de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) perdidos na adolescência, por sexo e idade, 2015



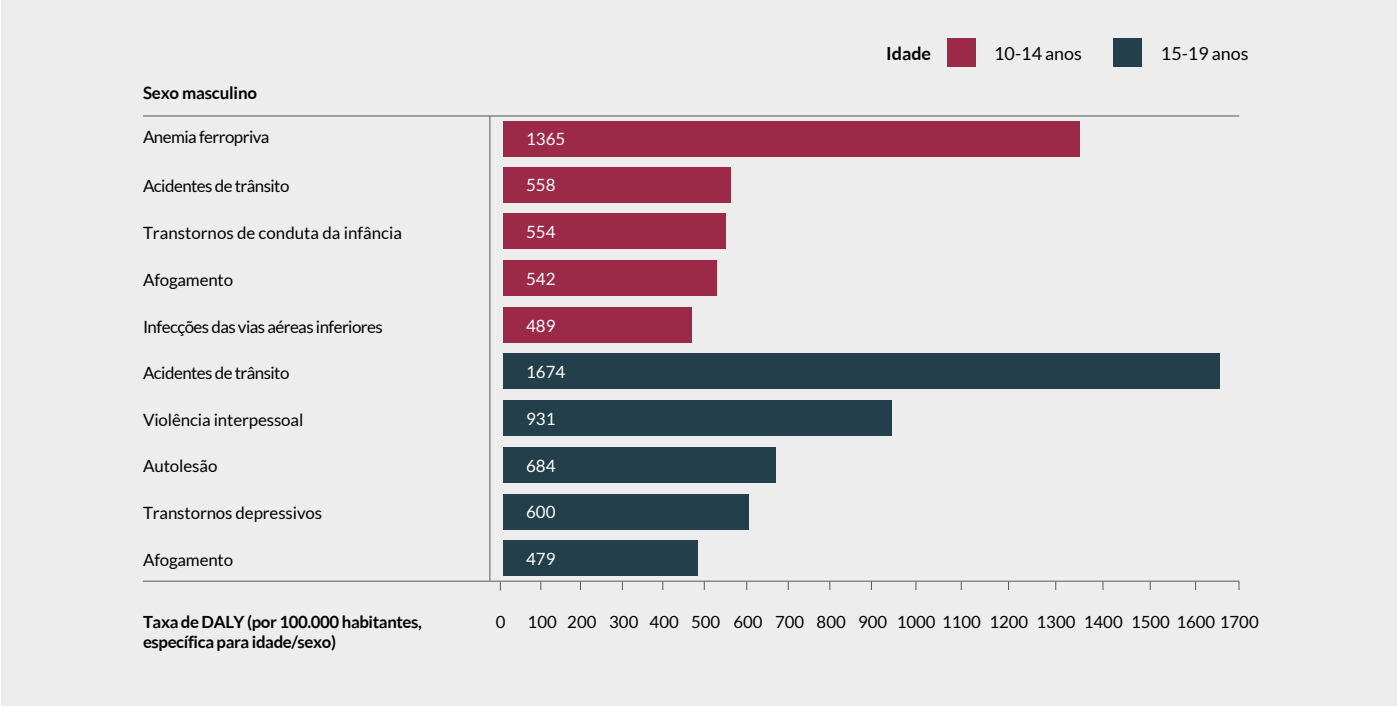
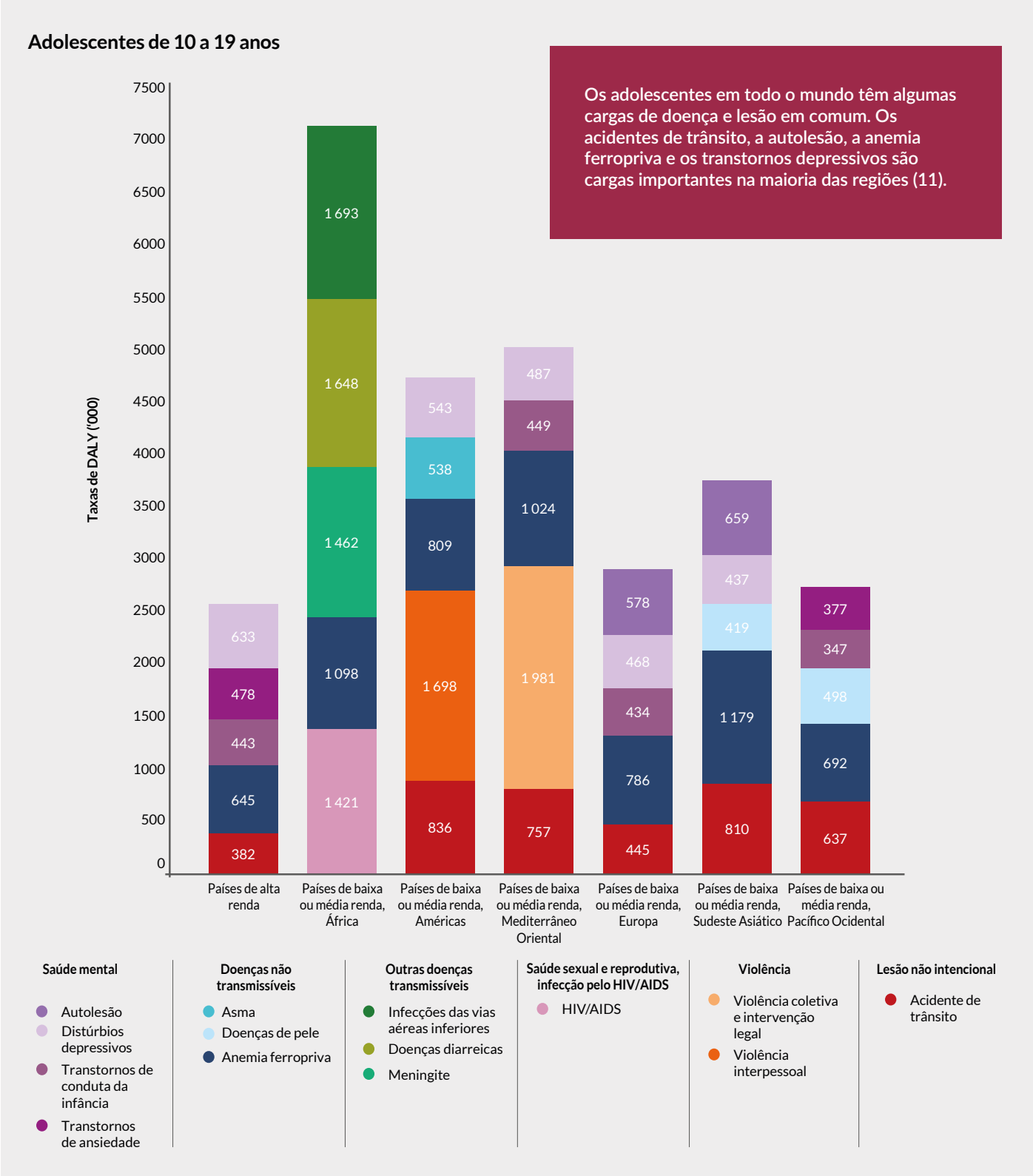


Figura F. Estimativa das cinco principais causas de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) perdidos na adolescência, por região modificada da OMS, 2015



Resumo executivo

Fatores de risco selecionados para a carga de morbidade foram analisados pelo Estudo de Carga Global da Doença 2013. Para adolescentes de 10 a 14 anos, água contaminada, falta de saneamento e lavagem inadequada das mãos estão entre os principais fatores de risco para a saúde, tanto para mortalidade quanto para DALYs perdidos, tanto em homens como em mulheres. Outros fatores ambientais (por exemplo, poluição do ar e exposição ao chumbo), anemia ferropriva, glicemia de jejum elevada, hipertensão arterial, uso de álcool, abuso sexual infantil e sexo não seguro também são expressivos nessa faixa etária. A maioria dessas afecções também está entre os principais fatores de risco na faixa etária dos 15-19 anos.

No entanto, os principais fatores de risco nessa faixa etária mais velha incluem comportamentos de risco, como o consumo de álcool, o sexo não seguro e, em menor grau, o uso de drogas. Outros fatores de risco que são principais apenas entre adolescentes mais velhos são a violência cometida por parceiros íntimos e riscos ocupacionais, como a exposição a toxinas ou lesões relacionadas ao trabalho. É importante lembrar que alguns tipos de fatores de risco ou de proteção que podem ser muito importantes, como os relacionados à família ou à escola, não foram incluídos nos fatores de risco estudados.

©Jacob Han

Alguns adolescentes são particularmente vulneráveis, pois sofrem maior exposição aos riscos para a saúde, têm menos acesso aos serviços de saúde, piores resultados de saúde e mais consequências sociais adversas como resultado da saúde precária. As desigualdades na saúde de adolescente são frequentemente influenciadas por fatores como sexo, renda, educação e residência rural ou urbana.

Adolescentes particularmente vulneráveis incluem:

- Aqueles que vivem com deficiências ou doenças crônicas;
- Aqueles que vivem em áreas remotas ou afetadas por perturbações sociais provocadas por desastres naturais ou conflitos armados:
- Aqueles que são estigmatizados e marginalizados por causa de orientação sexual, identidade de gênero ou etnia;
- Aqueles institucionalizados, expostos à violência doméstica ou ao abuso de substâncias na família;
- Aqueles que são explorados e abusados;
- Aqueles que são casados e os que migram para obter emprego ou educação sem apoio da família ou social;
- Aqueles que são expostos à discriminação racial ou étnica;
- Aqueles quenão estão na escola, empregados ou em treinamento;
- Aqueles que não têm acesso aos serviços de saúde ou proteção social

As necessidades de saúde de adolescentes se intensificam em contextos humanitários e frágeis, onde os adolescentes podem sofrer vulnerabilidades múltiplas e sinérgicas simultaneamente.

As necessidades de saúde de adolescentes se intensificam em contextos humanitários e frágeis, inclusive devido a cargas relacionadas a: desnutrição; incapacidade; lesão acidental; violência; necessidades de saúde sexual e reprodutiva (por exemplo, gravidez precoce, HIV e outras DSTs, aborto inseguro); água, saneamento e as necessidades de saúde relacionadas (por exemplo, higiene menstrual); e saúde mental.

Adolescentes especialmente vulneráveis em contextos humanitários e frágeis incluem aqueles que são ou estão: jovens (10 a 14 anos); deficientes; membros de minorias étnicas ou religiosas; crianças-soldados ou outras crianças associadas a forças de combate; mães; órfãos; chefes de família; sobreviventes de violência sexual, tráfico humano ou outras formas de violência de gênero; envolvidos em sexo transacional; em relações homossexuais; ou portadores do HIV.

Seção 3.
Intervenções de saúde de adolescente baseadas em evidência

Embora existam lacunas importantes na base de evidência sobre intervenções para promover e proteger a saúde de adolescentes, há evidência considerável de eficácia para muitas intervenções de saúde na adolescência. Portanto, as lacunas de evidência não devem ser motivo de inação, desde que intervenções baseadas em evidências sejam selecionadas para implementação. O Guia de Orientação AA-HA! resume (a) intervenções de desenvolvimento positivas que são universalmente importantes para todos os adolescentes; (b) as 27 intervenções da Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e de Adolescentes (EG) que se relacionam diretamente com a saúde de adolescentes (EG1-EG27); e (c) intervenções de saúde para adolescentes que têm particular importância em contextos humanitários e frágeis. A Figura G contém exemplos de intervenções que abordam o desenvolvimento positivo, seis grandes áreas de saúde e aquelas particularmente prioritárias em contextos humanitários e frágeis; a lista completa encontra-se na Seção 3.

Figura G. Visão geral: intervenções de saúde de adolescente baseadas em evidência incluídas na AA-HA![a]

Desenvolvimento positivo	Lesão não intencional	Violência	Saúde sexual e reprodutiva, inclusive HIV
• Serviços de saúde amigáveis para adolescentes • Escolas promotoras de saúde • Intervenções de higiene e nutrição • Proteção de crianças na Internet • Intervenções de e-Saúde e Saúde Móvel para a educação em saúde e o envolvimento de adolescentes em seus próprios cuidados • Intervenções dirigidas aos pais • Participação de adolescentes e intervenções para promover competência, confiança, conexão, caráter e cuidado	• Leis sobre idade mínima para consumo de álcool, alcoolemia, uso de cinto de segurança e capacete, habilitação de motoristas • Medidas de moderação de tráfego e segurança • Atenção pré-hospitalar e hospitalar • Campanhas comunitárias e intervenções individuais para promover mudanças comportamentais relacionadas com a condução segura e boas leis para incentivar mudanças de comportamento • Medidas de prevenção de afogamento de base populacional, comunitária e individual • Avaliação e tratamento de adolescentes que apresentam lesões não intencionais, inclusive relacionadas ao álcool • Projeto e melhoria de infraestrutura • Normas de segurança veicular	Estratégias INSPIRE para prevenir e responder a todas as formas de violência contra crianças e adolescentes: • Implementação e aplicação de leis: proibição de castigos violentos, criminalização do abuso e exploração sexual de crianças, prevenção do abuso de álcool, limitação do acesso de jovens às armas de fogo e outras armas • Normas e valores: mudança de adesão a normas sociais e de gênero restritivas e nocivas, programas de mobilização comunitária, intervenções por transeuntes • Ambientes seguros: abordagem de "hotspots", interrupção da propagação da violência, melhoramento do ambiente urbano • Apoio a pais e cuidadores através de visitas domiciliares, abordagens comunitárias e programas abrangentes • Renda e fortalecimento econômico: transferências de renda, poupança e empréstimos de grupo, microfinanças • Serviços de resposta e apoio: triagem e intervenção, aconselhamento e abordagens terapêuticas, programas para infratores juvenis, intervenções de acolhimento • Educação e habilidades para a vida: aumentar a matrícula escolar, ambiente escolar seguro e propício, treinamento de competências sociais e para a vida	• Educação sexual integral • Serviços integrais de informação, aconselhamento e saúde sexual e reprodutiva, inclusive contracepção • Prevenção e resposta a práticas prejudiciais, como a mutilação genital feminina e casamento precoce e forçado • Atenção pré-gravidez, pré-natal, no parto, pós-parto, aborto (quando legal) e pós-aborto, conforme relevante para adolescentes • Prevenção, detecção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e do aparelho reprodutivo, inclusive HIV e sífilis • Circuncisão masculina médica voluntária em países com epidemias de HIV generalizadas • Atenção integral a crianças (inclusive adolescentes) que vivem com ou estão expostas ao HIV
Doenças transmissíveis	**Doenças não transmissíveis, nutrição e atividade física**	**Saúde mental, uso de substâncias e autolesão**	**Condições particularmente prioritárias em contextos humanitários e frágeis**
• Prevenção, detecção e tratamento de doenças transmissíveis, inclusive tuberculose • Vacinas de rotina, por exemplo, HPV, hepatite B, difteria/tétano, rubéola, sarampo • Prevenção e manejo de doenças da infância, inclusive malária, pneumonia, meningite e diarreia • Gerenciamento de casos de meningite	• Intervenções estruturais, ambientais, organizacionais, comunitárias, interpessoais e de nível individual para promover comportamentos saudáveis (por exemplo, nutrição, atividade física, evitar tabaco, álcool ou drogas). • Prevenção, detecção e tratamento de doenças não transmissíveis • Prevenção, detecção e manejo da anemia, especialmente em meninas; suplementação de ferro, quando apropriada • Tratamento e reabilitação de crianças com anomalias congênitas e deficiências	• Atenção a crianças com atrasos no desenvolvimento • Atenção e estimulação responsivas • Apoio psicossocial e serviços relacionados para saúde mental e bem-estar de adolescentes • Capacitação dos pais, se apropriado, para manejo de transtornos comportamentais em adolescentes • Intervenções estruturais, ambientais, organizacionais, comunitárias, interpessoais e de nível individual para prevenir o abuso de substâncias • Detecção e controle de uso perigoso e nocivo de substâncias • Intervenções estruturais, ambientais, organizacionais, comunitárias, interpessoais e de nível individual para prevenir o suicídio em adolescentes • Manejo da autolesão e do risco de suicídio	• Avaliação de condições e garantia de nutrição adequada para grupos populacionais de adolescentes de acordo com a idade, gênero, peso, nível de atividade física e outros fatores-chave • Serviços básicos de saúde para apoiar os adolescentes com deficiência em situações de emergência • Triagem médica de ex-crianças soldados; manejo clínico e apoio psicossocial na comunidade para sobreviventes de violência sexual e/ou de gênero • Um pacote inicial mínimo de serviços de saúde sexual e reprodutiva • Acesso seguro ao uso e manutenção de sanitários; materiais e instalações para higiene menstrual e outras intervenções para melhorar água, saneamento e higiene • Promoção da saúde mental através de atividades recreativas normais para adolescentes, • Reinício da educação formal ou informal e envolvimento em atividades concretas e de interesse comum • Primeiros socorros psicológicos e atendimento inicial das afecções mentais, neurológicas e de uso de substâncias em adolescentes

[a] Estas intervenções são apenas exemplos em de cada área: a lista completa se encontra na Seção 3.

Resumo executivo

Muitas intervenções eficazes em saúde de adolescentes são específicas para adolescentes. Essas visam ou populações inteiras de adolescentes (por exemplo, educação sexual integral), ou subpopulações específicas de adolescentes particularmente vulneráveis (por exemplo, suplementação de ferro para meninas pós-puberais em áreas com alta prevalência de anemia).

Porém, para reduzir algumas das principais cargas que afetam adolescentes, é necessário adaptar intervenções projetadas para a população em geral às necessidades específicas de adolescentes. Exemplos incluem a necessidade de limites mais baixos de álcool no sangue para motoristas adolescentes e o apoio mais intensivo à divulgação de status e adesão ao tratamento para adolescentes que vivem com HIV.

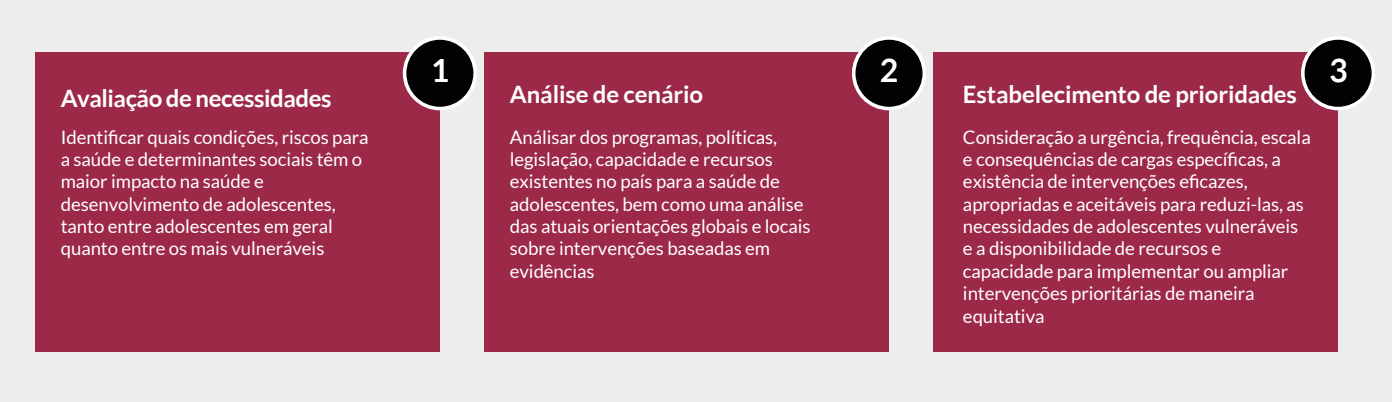
Para reduzir outras cargas de doença e fatores de risco expressivos na adolescência, também é importante garantir que as intervenções que atendem a todas as faixas etárias sejam prestadas com qualidade e cobertura universal. Essas incluem a aplicação das leis e políticas de trânsito; o fornecimento de infraestrutura adequada de água e saneamento; e a implementação de políticas e legislação que reduzam a acessibilidade do tabaco, do álcool e de alimentos e bebidas não saudáveis.

Os principais determinantes da saúde de adolescentes estão fora do domínio específico do setor da saúde; portanto, muitas intervenções envolvem necessariamente outros setores. O setor de educação é particularmente importante para influenciar o comportamento, a saúde e o bem-estar de adolescentes através de iniciativas intensivas, de longo prazo e em larga escala implementadas por profissionais, e porque a educação em si é um dos principais determinantes da saúde de adolescentes e, subsequentemente, dos adultos.

Seção 4.
Estabelecimento de prioridades nacionais para programas de saúde de adolescentes

Não existe um pacote de intervenções de saúde para adolescentes ideal, de "tamanho único", que satisfaça as necessidades de todo país, porque o caráter, a escala e o impacto das necessidades de saúde de adolescentes diferem entre os países. Além disso, todos os governos enfrentam restrições de recursos e precisam fazer escolhas difíceis para garantir que os recursos de saúde para adolescentes sejam utilizados de forma mais eficaz. Os governos devem, portanto, avaliar as necessidades de saúde particulares de seus países antes de desenvolver programas nacionais de saúde para adolescentes. Isso envolve três etapas principais: avaliação de necessidades, análise de cenário e estabelecimento de prioridades (Figura H).

Figura H. Estabelecimento de prioridades nacionais para programas de saúde de adolescentes



Os países devem reavaliar suas prioridades de saúde e programação para adolescentes periodicamente, pelo menos uma vez a cada cinco anos, para garantir que ainda sejam relevantes para as necessidades atuais de adolescentes. As mudanças na saúde e nos serviços de saúde, o desenvolvimento econômico, o emprego, a migração, a urbanização, conflitos, degradação ambiental e inovação tecnológica devem ser considerados.

Seção 5.
Programação nacional em saúde de adolescentes

Elementos específicos na concepção e implementação de programas nacionais de saúde para adolescentes dependerão das prioridades identificadas, dos objetivos específicos e do(s) setor(es) envolvido(s). Elementos comuns podem ser resumidos em um marco lógico (Figura I). Liderança governamental, participação de adolescentes, financiamento adequado e prestação de contas em nível nacional são destacados como quatro condições gerais para a programação nacional de saúde de adolescentes.

Embora não seja o único setor que precise ser incluído, o setor da saúde desempenhará uma função-chave rumo à cobertura universal de saúde.

Os países podem considerar a possibilidade de ordenar o estabelecimento de um ponto focal de saúde de adolescentes no Ministério da Saúde (MS) para garantir atenção explícita, contínua e dedicada às questões de saúde de adolescente dentro do setor da saúde.

Essa pessoa seria responsável por:

- promover a causa da saúde de adolescentes dentro do ministério
- coordenar atenção sistemática às necessidades de adolescentes em todos os programas de saúde
- servir de enlace com outros setores para articulação e ação conjunta

Figura I. Um marco lógico para programas nacionais de saúde de adolescentes

Resumo executivo

Para acelerar o progresso em direção à cobertura universal da saúde, os países podem considerar a institucionalização dos programas nacionais de saúde de adolescentes, com um amplo alcance envolvendo todas as prioridades da saúde. Nesse caso, o ponto focal de saúde de adolescente no Ministério da Saúde também seria o coordenador do programa nacional de saúde de adolescente.

É provável que sejam necessários programas intersetoriais para avançar em áreas complexas, como prevenção de doenças não transmissíveis, suicídio, gravidez precoce e uso de substâncias. Paralelamente ao progresso nas matrículas no ensino primário e secundário, programas de saúde escolar que abordem prioridades fundamentais de forma integrada são uma alta prioridade para a ação intersetorial em matéria de saúde de adolescentes.

Toda escola deve se tornar uma Escola Promotora da Saúde de acordo com as diretrizes da OMS. Os países que não possuem um programa nacional de saúde escolar formalizado devem considerar criá-lo. Os países que já possuem tais programas devem avaliá-los e aprimorá-los continuamente para garantir que eles se alinhem com a base de evidências atualizada sobre intervenções efetivas e prioridades emergentes.

Para abordar os determinantes mais amplos da saúde e para alcançar outras metas dos ODS além da cobertura de saúde universal, outros setores desempenharão papéis fundamentais, apoiados pelo setor da saúde. Os governos devem assegurar que haja um enfoque na saúde de adolescentes em todas as políticas como parte do planejamento estratégico e operacional de rotina de todos os setores relevantes. Será necessária ação intersetorial, envolvendo os setores da educação, proteção social, estradas e transportes, telecomunicações, habitação e planejamento urbano, energia, água e saneamento e meio ambiente, bem como o sistema de justiça criminal.

O setor de saúde deve participar sistematicamente do planejamento estratégico e operacional desses setores para garantir que uma abordagem de saúde de adolescentes em todas as políticas (SATP) seja praticada na formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas. Para favorecer a SATP, poder-se-ia estabelecer um grupo nacional de coordenação que supervisionasse os esforços para a saúde e o bem-estar de adolescentes em todos os setores e ministérios.

A liderança e a participação de adolescentes devem ser ativamente estimuladas durante a elaboraçao, implementação, monitoramento e avaliação de programas de saúde para adolescentes. Além disso, o prisma de equidade deve perpassar o planejamento em todas as etapas da programação, desde a identificação de metas, alvos e objetivos até o planejamento e monitoramento de intervenções, serviços e atividades. Estratégias específicas para grupos marginalizados são essenciais, pois eles estão expostos aos maiores riscos e, geralmente, são os mais difíceis de alcançar: podem viver em áreas remotas, não frequentam a escola ou trabalham no serviço doméstico ou no setor informal.

Seção 6.
Monitoramento, avaliação e pesquisa de programas de saúde de adolescentes

Cada passo e cada atividade importante dentro do marco lógico para programas nacionais de saúde de adolescentes (Figura I) precisam ser considerados separadamente durante o monitoramento e a avaliação. Sempre que possível, os programas de saúde para adolescentes devem monitorar toda a gama de indicadores – inclusive insumos, processos, efeitos, produtos e impacto –, porque esses respondem a diferentes questões.

Para monitorar os programas e, especialmente, seus resultados e impactos, a Estratégia Global enumera 60 indicadores, 43 dos quais são específicos para adolescentes (por exemplo, taxa de mortalidade na adolescência) ou os incluem (por exemplo, experiência de violência sexual).

Os países devem coletar e usar dados a respeito desses indicadores para monitorar seu progresso em direção aos ODS e, especificamente, no setor da saúde, para monitorar o progresso rumo à cobertura de saúde universal. No mínimo, devem monitorar os 16 indicadores-chaves, 12 dos quais são relevantes para os adolescentes. No contexto nacional, os indicadores selecionados para monitorar insumos, processos e resultados específicos ao contexto do país também precisam ser medidos. Isso impulsionará melhorias na eficácia, eficiência e sustentabilidade do programa. Onde os recursos são limitados, os indicadores mais importantes são aqueles que direcionam decisões e ações locais.

A Seção 6 fornece exemplos de indicadores de todos esses tipos para mensurar o quanto um programa está apoiando um sistema de saúde nacional responsivo aos adolescentes. Além disso, dá exemplos de três programas intersetoriais específicos (para reduzir gravidez na adolescência, um programa de saúde escolar e um programa de saúde mental para adolescentes) para ilustrar como os países podem medir cada um de seus insumos, processos, produtos, efeitos e impactos.

Possíveis fontes de dados para os indicadores relacionados à saúde de adolescente em nível nacional também são apresentadas na Seção 6, incluindo as que abordam os desfechos de saúde de adolescentes; disponibilidade, provisão e prontidão dos serviços; políticas, legislação e regulamentação; financiamento e recursos programáticos; e processos disponíveis para apoiar um programa de saúde para adolescentes. O Health Data Collaborative está trabalhando com os países para melhorar a disponibilidade, qualidade e uso de dados para a tomada de decisões locais e o rastreamento do progresso rumo aos ODS relacionados à saúde. Avaliações periódicas dos programas de saúde para adolescentes são essenciais e devem basear-se em dados de monitoramento rotineiramente coletados.

Os programas para adolescentes enfrentam desafios especiais relacionados às rápidas mudanças físicas, emocionais e sociais que ocorrem na adolescência; portanto, faz-se essencial desagregar dados por idade (faixas etárias de 5 em 5 anos) e sexo. O monitoramento da equidade e dos direitos de adolescentes também é extremamente importante. Além disso, os próprios adolescentes devem participar do monitoramento, avaliação e pesquisa de programas. Deve-se dar especial atenção à garantia de que os adolescentes sejam envolvidos de forma significativa em tais esforços, levando em consideração suas capacidades e necessidades de proteção adequadas. Os países também devem considerar o estabelecimento de mecanismos de coleta de dados dirigidos pela juventude para assegurar o envolvimento dos jovens na implementação e responsabilização pelos ODS.

Três exercícios globais recentes para definir prioridades de pesquisa relacionadas à saúde de adolescentes mostram que as prioridades se afastaram das questões básicas sobre o estado de saúde de adolescente e passaram a visar a melhor forma de aumentar a escala de intervenções baseadas em evidências já existentes e testar a eficácia de novas intervenções.

Seção 7. Conclusões

Esse é um momento emocionante para a saúde de adolescentes. Em muitos países, os serviços e programas de saúde para adolescentes não são mais simplesmente incluídos nos programas para crianças ou adultos; vários governos já desenvolveram programas nacionais de saúde específicos para adolescentes. Esses esforços variam muito dentro e entre países e regiões, mas muitos países conseguiram ampliar a educação básica em saúde sexual e reprodutiva (SSR) nas escolas e prestar serviços de SSR aos adolescentes em unidades de saúde. Alguns países também estão trabalhando para expandir os programas de saúde da adolescência para incluir outras prioridades, como lesões, violência, doenças transmissíveis e não transmissíveis, nutrição, atividade física, saúde mental e uso de substâncias, o que é muito encorajador.

Porém, ainda há muito por fazer. Muitas questões de saúde de adolescente contribuem significativamente para a mortalidade e a saúde precária na adolescência e na idade adulta, tais como saúde mental, nutrição, violência e lesões. No entanto, muitas vezes foram negligenciadas e merecem programação específica em nível nacional. Estratégias para aprendizagem e ação participativa com adolescentes precisam de avaliação urgente, pois podem ser altamente custo-efetivas para melhorar a saúde de adolescentes e reduzir a futura carga de doenças nos adultos.

Hoje, ainda que muita pesquisa ainda precise ser feita para fortalecer a base de evidências e descobrir e testar novas intervenções e abordagens, já existem intervenções e ferramentas baseadas em evidências para enfrentar efetivamente esses desafios. Os governos também têm fortes argumentos econômicos, de saúde pública e direitos humanos para fazê-lo. E, ao fazê-lo, aproveitarão o dividendo tríplice de benefícios para os adolescentes agora, para a sua vida futura adulta e para a próxima geração.

É importante que os governos e seus parceiros aprendam como implementar programas de saúde para adolescentes baseados no Guia de Orientação AA-HA! e na Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e de Adolescentes (2016-2030) como um todo. As plataformas de aprendizado ajudarão a compartilhar experiências, de modo que a Orientação AA-HA! se torne um documento vivo.

©Palash Khatri

1. AA-HA! — um momento inédito para a saúde de adolescentes

Principais mensagens

- A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável não pode ser alcançada sem investimento na saúde e bem-estar de adolescentes, incluindo o alcance das metas relativas a pobreza, fome, educação, igualdade de gênero, água e saneamento, crescimento econômico, assentamento humano, mudanças climáticas e sociedades pacíficas e inclusivas.
- Esse investimento traz um dividendo tríplice: benefícios para os adolescentes agora, no futuro quendo adultos e para seus filhos.
- A adolescência, como uma das fases mais rápidas e formativas do desenvolvimento humano, tem implicações importantes para políticas e programas nacionais. O desenvolvimento físico, cognitivo, social, emocional e sexual característico que ocorre na adolescência exige atenção especial nas políticas, programas e planos nacionais de desenvolvimento.
- A adolescência também é o período em que muitos comportamentos de risco ou de proteção começam ou são consolidados. Estes terão efeitos importantes sobre a saúde dos adultos no futuro.
- Os adolescentes representam apenas um sexto da população mundial, mas arcam com uma proporção substancial de sua carga de doença e lesão. Os fatores de risco e cargas particulares de cada país requerem atenção direcionada na programação nacional.
- O investimento na saúde de adolescentes fortalecerá os ganhos já obtidos em saúde da primeira infância, e permitirá que os adolescentes se tornem adultos saudáveis e preparados para contribuir positivamente para a sociedade.
- Os governos nacionais podem atuar agora para proteger e promover a saúde dos seus adolescentes, mediante:
  - identificação das principais necessidades relacionadas com o bem-estar de adolescentes, suas cargas de morbidade e fatores de risco para doença na idade adulta;
  - determinação de quais intervenções são mais eficazes, apropriadas e aceitáveis;
  - implementação de um pacote dirigido de intervenções, um conjunto de mecanismos para implementá-lo e um plano para seu monitoramento e avaliação.

1.1. Um apelo em prol da ação acelerada pela saúde de adolescentes

Hoje, há uma oportunidade sem precedentes para a saúde de adolescentes. Em escala global, há a crescente sensação de urgência de que algo diferente precisa ser feito para responder de forma mais eficaz às necessidades de adolescentes. O rápido crescimento e desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial que ocorre entre as idades de 10 e 19 anos influencia os indivíduos para o resto de suas vidas. Além disso, os adolescentes arcam com uma proporção considerável da carga de doenças e lesões da população global. Muitas dessas afecções são evitáveis ou tratáveis, mas vêm sendo negligenciadas, e precisam de foco e investimento mais sustentados. Reconhecer a importância crítica do desenvolvimento de adolescentes – e investir o bastante para promover e proteger plenamente sua saúde e bem-estar – é fundamental para o desenvolvimento sustentável.

A comunidade global está respondendo a esse apelo com ações. . Em setembro de 2015, o Secretário-Geral das Nações Unidas lançou a Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e de Adolescentes (2016-2030) (doravante, Estratégia Global) em apoio à Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (51). A Estratégia Global prevê um mundo em que cada mulher, criança e adolescente realiza seus direitos à saúde física e mental e ao bem-estar, tem oportunidades sociais e econômicas e é capaz de participar plenamente da formação de sociedades prósperas e sustentáveis. (Para mais informações sobre a Estratégia Global (11), consulte a Seção A1.1 do Anexo 1). Essa nova estratégia identifica os adolescentes como fundamentais para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030, inclusive os relacionados a pobreza, fome, educação, igualdade de gênero, água e saneamento, crescimento econômico, assentamento humano, mudanças climáticas e sociedades pacíficas e inclusivas (52).

Aproveitando o impulso gerado pela Agenda 2030 e pela Estratégia Global, a 68ª Assembleia Mundial da Saúde solicitou à Secretaria da Organização Mundial da Saúde (OMS) que desenvolvesse uma orientação global sobre como adotar ações aceleradas para a saúde de adolescentes (AA-HA!) (389). O Guia de Orientação AA-HA! ajudará os formuladores de políticas e gerentes de programas em nível nacional a responder às necessidades de saúde de adolescentes em seus países, estabelecendo prioridades claras e planejando, implementando e monitorando planos nacionais. Sob liderança da OMS, esse documento de orientação foi desenvolvido em consulta com adolescentes e jovens, Estados-Membros, agências das Nações Unidas, organizações da sociedade civil e outros parceiros. Essas consultas e o processo de desenvolvimento e revisão da orientação estão descritos nas Seções A1.2 e A1.3 do Anexo 1.

1. AA-HA! — um momento inédito para a saúde de adolescentes

1.2.
Por que investir na saúde de adolescentes?

Um motivo essencial e abrangente para investir na saúde de adolescentes é que adolescentes, como todas as pessoas, têm direitos fundamentais à vida, ao desenvolvimento, ao mais alto padrão de saúde e ao acesso a serviços de saúde (*vide* Seção A1.4 do Anexo 1 para mais informações sobre os direitos de adolescentes). Esses direitos são embasados por instrumentos globais de direitos humanos, dos quais quase todos os países são signatários (14); (15); (53).

Mais especificamente, torna-se cada vez mais claro que promover e proteger a saúde de adolescentes levará a grandes benefícios de saúde pública, econômica e demográfica (4); (54); (55); (56); (57); (58); (59); (60); (61). Os investimentos em saúde de adolescentes trazem um dividendo tríplice de benefícios para a saúde (55):

- **Para os adolescentes agora –** A promoção de comportamentos positivos (por exemplo, bons hábitos de sono e formas construtivas de correr riscos, como esporte ou teatro) e prevenção, detecção precoce e tratamento de problemas (como transtornos de uso de substâncias, transtornos mentais, lesões e infecções sexualmente transmissíveis) podem beneficiar imediatamente os adolescentes.

- **Para as vidas futuras de adolescentes –** O apoio ao estabelecimento de comportamentos saudáveis na adolescência (como boa alimentação, atividade física e, se sexualmente ativo, uso de preservativos) e redução de exposições, condições e comportamentos prejudiciais (como poluição do ar, obesidade, uso de álcool e tabaco) ajudará a estabelecer um padrão de estilos de vida saudável e reduzir a deficiência e morbimortalidade prematura na idade adulta.

- **Para a próxima geração –** A promoção de bem-estar emocional e práticas saudáveis na adolescência (por exemplo, gestão e resolução de conflitos, vacinas adequadas e boa alimentação) e prevenção de fatores de risco e cargas de morbidade (por exemplo, exposição a chumbo ou mercúrio, violência interpessoal, mutilação genital feminina, uso de substâncias, gravidez precoce e gestações sucessivas) podem ajudar a proteger a saúde da prole futura.

Investir na saúde de adolescentes mantém e reforça as intervenções de saúde bem-sucedidas das quais as crianças se beneficiaram na primeira infância e retifica déficits de saúde anteriores. Por outro lado, os ganhos obtidos através de grandes investimentos em programas de saúde materno-infantil nas últimas décadas correm o risco de se perderem se o investimento em programas de saúde para adolescentes for insuficiente (62).

Além disso, melhorar a saúde na adolescência traz enormes benefícios sociais e econômicos. Isso ocorre por meio de maior produtividade, redução de custos de saúde e aumento do capital social (59). Nos países de baixa e média renda, o investimento em saúde de adolescentes provavelmente resultará em redução das taxas de mortalidade e fertilidade, o que pode contribuir para o crescimento econômico acelerado. Com menos nascimentos a cada ano, a população jovem dependente de um país diminui em relação à população em idade ativa (15 a 64 anos), criando uma janela de oportunidade para crescimento econômico rápido (4); (58). Em países de alta renda, também, o investimento em saúde e bem-estar de adolescentes de baixa renda – inclusive aqueles que têm altas taxas de natalidade e estão mais expostos a fatores de risco para a saúde – pode ajudar a quebrar a transmissão intergeracional da pobreza e do desfavorecimento (63); (64).

O investimento na saúde de adolescentes também é essencial para alcançar os 17 ODS e suas 169 metas, cada uma das quais se relaciona com o desenvolvimento, a saúde ou o bem-estar de adolescentes, direta ou indiretamente. Alguns ODS, como aqueles que abordam a saúde e a segurança alimentar, abrangem amplamente a saúde e o bem-estar de adolescentes dentro de seus alvos para populações mais amplas. Outros abordam especificamente os adolescentes, conforme resumido no Quadro 1.1.

©Jacob Han

Quadro 1.1. Metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável que se dirigem especificamente aos adolescentes

- Reduzir pelo menos à metade a proporção de crianças que vivem na pobreza, em todas as suas dimensões, de acordo com as definições nacionais (Meta 1.2).
- Atender às necessidades nutricionais das adolescentes (Meta 2.2).
- Garantir que todas as meninas e meninos completem o ensino primário e secundário livre, equitativo e de qualidade, que conduza a resultados de aprendizagem relevantes e eficazes (Meta 4.1).
- Aumentar substancialmente o número de jovens e adultos que tenham habilidades relevantes, inclusive competências técnicas e profissionais, para emprego, trabalho decente e empreendedorismo (Meta 4.4).
- Eliminar as disparidades de gênero na educação e garantir a igualdade de acesso a todos os níveis de educação e formação profissional para os mais vulneráveis (Meta 4.5).
- Garantir que todos os jovens estejam alfabetizados e tenham adquirido o conhecimento básico de matemática (Meta 4.6).
- Construir e melhorar instalações físicas para educação apropriadas para crianças e que proporcionem ambientes de aprendizagem seguros e não violentos, inclusivos e eficazes para todos (Meta 4.a).
- Acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas em toda parte (Meta 5.1).
- Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos (Meta 5.2).
- Eliminar todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros, forçados e de crianças e mutilações genitais femininas (Meta 5.3).
- Adotar e fortalecer políticas sólidas e legislação aplicável para a promoção da igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas em todos os níveis (Meta 5.c).
- Alcançar o acesso a saneamento e higiene adequados e equitativos para todos, e acabar com a defecação a céu aberto, com especial atenção para as necessidades das mulheres e meninas (Meta 6.2).
- Alcançar o emprego pleno e produtivo e trabalho decente para os jovens, e remuneração igual para trabalho de igual valor (Meta 8.5).
- Reduzir substancialmente a proporção de jovens sem emprego, educação ou formação (Meta 8.6).
- Tomar medidas imediatas e eficazes para erradicar o trabalho forçado, acabar com a escravidão moderna e o tráfico de pessoas, e assegurar a proibição e eliminação das piores formas de trabalho infantil, incluindo recrutamento e utilização de crianças-soldado, e até 2025 acabar com o trabalho infantil em todas as suas formas (Meta 8.7).
- Até 2020, desenvolver e operacionalizar uma estratégia global para o emprego dos jovens e implementar o Pacto Mundial para o Emprego da Organização Internacional do Trabalho (Meta 8.b).
- Proporcionar o acesso a sistemas de transporte seguros, acessíveis, sustentáveis e a preço acessível para todos, melhorando a segurança rodoviária por meio da expansão dos transportes públicos, com especial atenção para as necessidades das crianças (Meta 11.2).
- Proporcionar o acesso universal a espaços públicos seguros, inclusivos, acessíveis e verdes, particularmente para crianças (Meta 11.7).
- Promover mecanismos para a criação de capacidades para o planejamento relacionado à mudança do clima e à gestão eficaz, nos países menos desenvolvidos, inclusive com foco em jovens (Meta 13.b).
- Acabar com abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra crianças (Meta 16.2).

Finalmente, investir na saúde de adolescentes é de vital importância porque é uma fase única do desenvolvimento humano e também por causa das cargas específicas de doença e lesão que recaem sobre as populações adolescentes. O restante dessa Seção se concentrará nesses dois tópicos antes de discutir a necessidade de abordagens adequadas para intervenções de saúde dirigidas aos adolescentes e definição de prioridades em programação nacional de saúde para adolescentes.

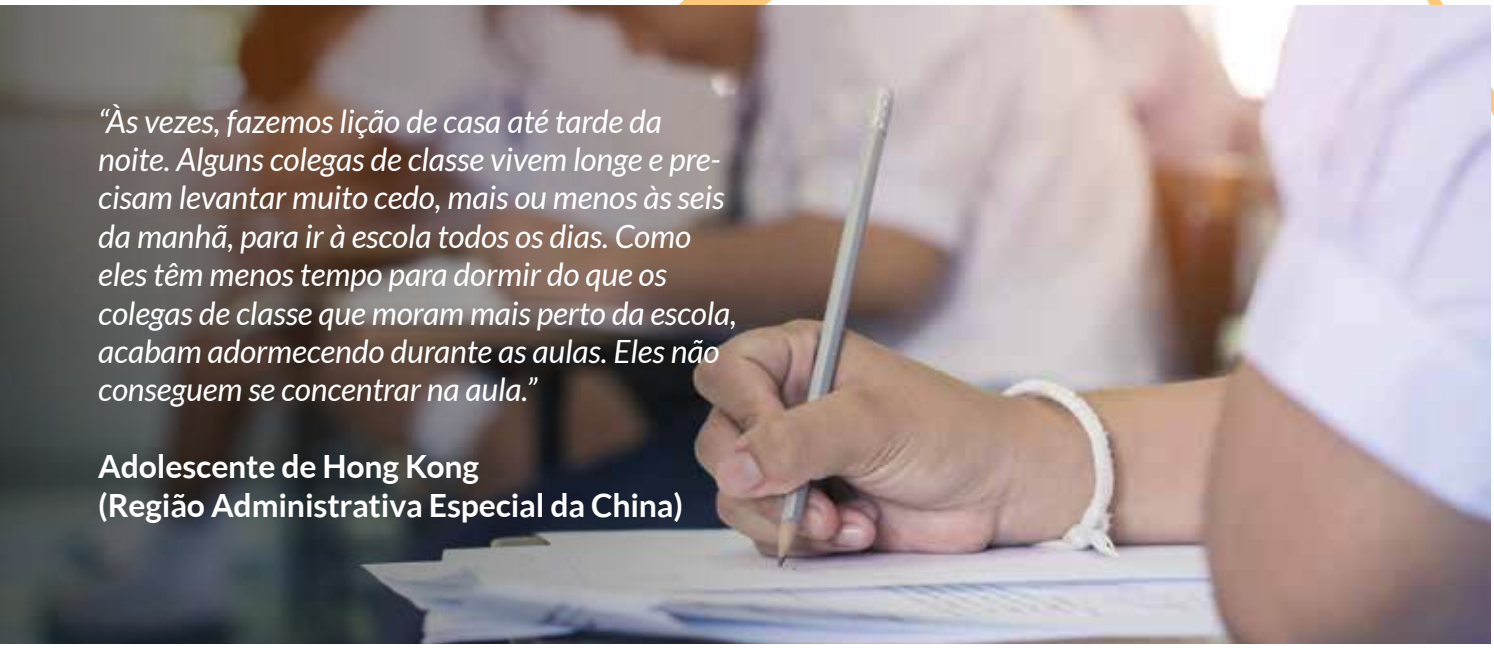
1. AA-HA! — um momento inédito para a saúde de adolescentes

1.3.
Adolescência — uma singular etapa formativa do desenvolvimento humano

Atualmente, os 1,2 bilhões de adolescentes do mundo representam mais de um sexto (18%) da população global (65). Eles são extremamente diversos, diferindo em cultura, nacionalidade, riqueza, educação, família e de muitas outras formas, o que pode ter um grande impacto na saúde e no bem-estar. No entanto, em todas as sociedades e contextos, os adolescentes compartilham as principais experiências de desenvolvimento à medida que transitam da infância à idade adulta. Essas incluem crescimento físico rápido, mudanças hormonais, desenvolvimento sexual, emoções novas e complexas, aumento das capacidades cognitivas e intelectuais, desenvolvimento moral e evolução das relações com seus pares e famílias (19).

O bem-estar de adolescente baseia-se em saúde e desenvolvimento físico, sexual, neurológico e psicossocial positivos (66); (68); (73); (318). A saúde física positiva na adolescência inclui passar pela puberdade (ou seja, o início biológico da adolescência), ter sono adequado, beber água limpa, respirar ar limpo, permanecer livre de lesões, ter uma alimentação nutritiva, estar em forma e estar livre de uso de substâncias e dependência. Durante a adolescência, os jovens também desenvolvem suas identidades sexuais. Alguns começam a ter relações sexuais, entram em relacionamentos e formam famílias, às vezes involuntariamente (69). A saúde sexual positiva tem componentes físicos, emocionais, mentais e sociais. Inclui prevenir a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis e evitar a gravidez precoce ou indesejada e o aborto inseguro, mas não é apenas a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. O bem-estar sexual envolve uma abordagem informada e respeitosa acerca das relações sexuais e, em indivíduos sexualmente ativos, que as experiências sexuais sejam seguras e com consentimento mútuo (70).

O desenvolvimento neurológico positivo na adolescência é facilitado por formas construtivas de comportamentos de risco, aprendizagem e experiências para estimular conexões cerebrais positivas. A saúde psicossocial positiva na adolescência inclui ter um senso positivo de identidade e autoestima; relacionamentos com familiares e pares; livre da violência e da discriminação; oportunidades de aprender e ser produtivo; capacidade de usar recursos culturais para maximizar o desenvolvimento; e oportunidades para tomar decisões, desenvolver valores e cultivar habilidades sociais e se preocupar com a justiça através de atividades grupais. Para adolescentes que já vivem com afecções físicas ou psicológicas crônicas ou deficiências, a saúde significa contar com estratégias de enfrentamento positivas, ser tão ativo quanto possível, aderir ao tratamento e permanecer conectado aos serviços de assistência e suporte.



"Às vezes, fazemos lição de casa até tarde da noite. Alguns colegas de classe vivem longe e precisam levantar muito cedo, mais ou menos às seis da manhã, para ir à escola todos os dias. Como eles têm menos tempo para dormir do que os colegas de classe que moram mais perto da escola, acabam adormecendo durante as aulas. Eles não conseguem se concentrar na aula."

Adolescente de Hong Kong (Região Administrativa Especial da China)

É fundamental ressaltar que os adolescentes não são simplesmente crianças crescidas ou jovens adultos. A gama de determinantes que influenciam a saúde humana assume formas particulares e tem impactos únicos na adolescência (71). A Figura 1.1 ilustra como esses determinantes podem influenciar a saúde de adolescentes nos níveis individual, interpessoal, comunitário, organizacional, ambiental, estrutural e macro de um modelo ecológico.

Figura 1.1 Exemplos de fatores em diferentes níveis ecológicos que têm impactos singulares na adolescência

Individuais	Rápidas mudanças físicas, neurocognitivas e psicossociais, por exemplo, mudanças hormonais e puberdade; sensações e emoções novas e complexas; conscientização sexual e identidade de gênero; explosão do desenvolvimento elétrico e fisiológico do cérebro; capacidade cognitiva aprimorada e em evolução; controle emocional e de impulsos influenciado pelo contexto
Interpessoais	Evolução das competências sociais; aumento na participação fora da família; questionamento da autoridade; tomada de decisão cada vez mais autônoma; maior importância das relações com pares; relacionamentos românticos
Comunitários	Aumento do interesse na justiça e equidade; influência de valores e normas comunitárias, por exemplo, relacionadas com gênero e idade
Organizacionais	Mais anos de educação e treinamento devido à ampliação da educação primária, secundária e terciária; início posterior do emprego e da formação de família; mais procura independente pelos serviços de saúde, que podem estar despreparados para atender às necessidades especiais de adolescentes
Ambientais	Infraestrutura de água e saneamento (por exemplo, para meninas menstruadas), viária (por exemplo, para pedestres sem acompanhamento de adultos); qualidade do ar e segurança contra incêndio (por exemplo, para meninas que precisam usar fogões inseguros para cozinhar)
Estruturais	Acesso limitado a recursos práticos (por exemplo, dinheiro, transporte); representação limitada nas instâncias de decisão e poucas oportunidades para exercer pressões políticas; políticas para proteger saúde e direitos, por exemplo, saúde sexual e reprodutiva
Macro	Maior vulnerabilidade em meios contextos e frágeis; maior vulnerabilidade a certos aspectos da globalização (por exemplo, jogos de azar, *bullying* na Internet, exposição às redes sociais)

1. AA-HA! — um momento inédito para a saúde de adolescentes

1.3.1.
Fatores determinantes no nível individual

Em nível individual, as mudanças físicas na adolescência começam com um estirão de crescimento que logo se segue ao desenvolvimento dos órgãos sexuais e das características sexuais secundárias. Isso pode ser uma fonte de ansiedade, excitação ou orgulho para o indivíduo cujo corpo está passando pela transformação (65). Nas meninas, as mudanças hormonais levam à primeira menstruação (menarca), enquanto os meninos terão sua primeira ejaculação (semenarca ou espermarca) (19). O crescimento físico da puberdade é acompanhado por sensações e emoções novas e complexas, inclusive preocupações sobre imagem corporal, desejo sexual e identidade de gênero (19). Todas essas mudanças significam que jovens adolescentes do sexo masculino e feminino devem ter acesso a conselhos, apoio e proteção oportunos e devem ser capacitados para fazer escolhas seguras, saudáveis e informadas à medida que passam pela puberdade.

O início da adolescência é também um período em que o cérebro sofre um enorme estímulo de desenvolvimento neurofisiológico (65). O volume cerebral total atinge seu máximo durante o início da adolescência, e as redes neurais são reorganizadas radicalmente de maneiras que têm impactos na capacidade emocional, física e mental (65); (72). As mudanças ocorrem mais rapidamente em certas regiões do cérebro, como o sistema límbico, que são responsáveis pela busca do prazer, processamento de recompensas, resposta emocional e regulação do sono (73). As mudanças ocorrem a um ritmo um pouco mais lento no córtex pré-frontal, a área responsável pela tomada de decisão, organização, controle de impulsos e planejamento para o futuro (73); (75). Esses desenvolvimentos começam mais tarde e levam mais tempo nos meninos do que nas meninas, de tal modo que as tendências dos meninos para agirem de forma impulsiva e serem acríticos em seus pensamentos geralmente dura mais do que nas meninas (65). Isso não significa que os jovens adolescentes sejam incapazes de tomar decisões ou planejar seu futuro (73). De fato, algumas das mudanças no processamento social e emocional que ocorrem na adolescência aumentam a capacidade de adolescentes de se adaptarem a contextos sociais em mudança (74).

©Edith Kachingwe

Os desenvolvimentos neurológicos da adolescência têm implicações para a propensão a exploração, experimentação e exposição a riscos que muitas vezes ocorre durante essa fase da vida. É importante notar que a maturidade biológica precede à maturidade psicossocial; em certa medida, isso contribui para um equilíbrio diferente entre as capacidades físicas de adolescentes, sua busca por sensações e sua capacidade de autocontrole em relação aos adultos (73). No entanto, a maioria de adolescentes é capaz de explorar e experimentar de forma a contribuir para o desenvolvimento positivo e não adotar comportamentos que prejudiquem a saúde. No final da adolescência, os jovens já possuem maior capacidade de pensamento, análise, reflexão e julgamento racional abstrato (65).

> *"Acho que ficar mais velho é meio divertido, porque te deixa fazer coisas novas, e te deixa aprender coisas novas."*
> Jovem adolescente nos EUA

A natureza em evolução das capacidades físicas, emocionais e cognitivas das crianças significa que o potencial de autonomia de adolescentes aumenta à medida que envelhecem, e isso tem implicações importantes para as políticas e legislações nacionais. Esses documentos orientadores devem ser informados pela compreensão dos estágios de desenvolvimento de adolescentes, para garantir que o direito à proteção de adolescentes não entre em conflito com seu direito emergente à autonomia (15); (73).

1.3.2.
Fatores determinantes em âmbito interpessoal e comunitário

Em âmbito interpessoal e comunitário, novas habilidades e competências sociais se desenvolvem durante a adolescência, e as relações com familiares e pares são transformadas. No início da adolescência, os adolescentes começam a definir seus próprios valores morais, têm interesse em justiça e equidade e podem testar limites (65); (73). Buscam uma maior independência e responsabilidade, e desejam se libertar do controle dos pais enquanto afirmam mais autonomia sobre suas decisões, emoções e ações. À medida que saem cada vez mais dos convívio de suas famílias e começam a tomar decisões independentes – desde com quem passam o tempo até quais alimentos comem – é importante dar-lhes informações sobre as mudanças pelas quais estão passando e como podem se proteger dos riscos. A consciência e a preocupação com as opiniões dos pares tendem a ser particularmente importantes no início da adolescência.

> *"Minha amiga é importante pra mim, porque ela me ajuda a lidar com tudo que passo, como o estresse. Fizemos um pacto que, mesmo com o que estamos passando na escola – tipo, eu e ela sofremos bullying – precisamos tentar levar pra casa somente boletins com notas A e B, porque nós duas queremos muito entrar em um bom colégio."*
>
> Jovem adolescente nos EUA

Mais adiante na adolescência, a importância da influência do grupo de pares começa a diminuir à medida que os indivíduos adquirem mais clareza e confiança em sua própria identidade (65); (76). Eles também começam a valorizar mais os relacionamentos íntimos. Os adolescentes mais velhos geralmente desenvolvem entendimentos mais complexos e filosóficos da ética, das questões sociais e dos direitos humanos. Os jovens podem se envolver em movimentos políticos nos últimos anos da adolescência, o que é compatível com o crescente desenvolvimento de valores e preocupação com suas comunidades. A adolescência tardia pode ser um momento de oportunidade, idealismo e promessa, à medida que os jovens ficam confortáveis com suas identidades e pontos de vista particulares sobre o mundo e começam a se empenhar ativamente na formação de suas comunidades e sociedades (73).

Com a rápida expansão da mídia digital em muitos países, as interações interpessoais e sociais na adolescência sofreram – e continuam a sofrer – mudanças profundas. Isso levanta questões a respeito de como o uso da Internet, das redes sociais, dos telefones celulares e de outras novas tecnologias de comunicação pode estar influenciando o desenvolvimento de adolescentes, de forma positiva e negativa (22); (77); (78); (79); (80). Por exemplo, os adolescentes podem obter muitos benefícios do acesso regular e confiável a meios de comunicação digitais, inclusive socializar com os amigos, encontrar colegas que partilham de suas opiniões e acessar redes e informações diversas e solidárias de maneira empoderadora, independente dos pais e outros adultos (80); (81).

> *"Muitas pessoas dizem que jogar videogame é só um esporte pra quem fica em casa. Mas na realidade, você está melhorando a sua coordenação motora quando joga com o controlador; aprendendo a lidar com uma situação que está mudando gradualmente e fica cada vez mais difícil; e tentando resolver um problema calmamente e sem se estressar."*
>
> Adolescente em Hong Kong (Região Administrativa Especial da China)

Em contrapartida, existem vários riscos importantes, inclusive os equivalentes eletrônicos de problemas tradicionais da vida fora das redes, como *bullying* e acesso a imagens violentas, degradantes ou antissociais (82); (83); (84); (85); (86); (87); (88); (89); (90); (91). As pressões sociais podem ser ampliadas online, pois há menor visibilidade e moderação por parte de adultos.

> *"Algumas coisas, como pornografia – não entro nesses sites de jeito nenhum, mas há crianças aqui na casa ao lado que os visitam, sim."*
>
> Jovem adolescente no Egito

A Seção A1.5 do Anexo 1 descreve pesquisas atuais sobre o impacto que a exposição à mídia digital tem sobre a saúde e bem-estar de adolescente, e a Seção A3.1.3 descreve intervenções baseadas em mídia digital.

1. AA-HA! — um momento inédito para a saúde de adolescentes

1.3.3.
Fatores determinantes nos diferentes âmbitos, de organizacional a macro

Em âmbito organizacional, as escolas – inclusive primárias, secundárias, terciárias e vocacionais – desempenham um papel de vital importância na promoção e proteção da saúde de adolescentes. Melhor escolaridade está associada a uma maior saúde e bem-estar em todo o curso da vida, inclusive em contextos socioeconômicos, culturais e políticos muito diferentes (92). Em particular, os benefícios para a saúde associados ao ensino secundário (por exemplo, redução da fertilidade, mortalidade e prevalência do HIV) podem ser ainda maiores do que os associados ao ensino primário, especialmente para mulheres e habitantes de países de baixa e média renda (93). Assim sendo, a expansão global do ensino primário e secundário nas últimas décadas tem sido importante, pois levou os adolescentes a passar mais anos em educação e treinamento do que nunca. Isso tem contribuído para uma lacuna maior entre a maturidade biológica (por exemplo, medida pela menarca) e o momento de assumir os papéis e responsabilidades da vida adulta (por exemplo, formação familiar e idade adulta) (73).

Os sistemas de saúde também têm uma influência crucial sobre o bem-estar na adolescência. Os adolescentes têm necessidades de cuidados de saúde diferentes das crianças e adultos mais jovens, devido ao seu desenvolvimento físico, sexual, cognitivo e emocional singular e em rápida evolução (73). No entanto, historicamente, a maioria dos sistemas de saúde tem se concentrado em serviços para mães, crianças e idosos, sem programas específicos para atender às necessidades de adolescentes.

©Edith Kachingwe

Os determinantes que operam no nível ambiental também podem afetar profundamente a saúde e o desenvolvimento de adolescentes. O ambiente biológico (por exemplo, prevalência de malária ou HIV), químico (por exemplo, poluentes como chumbo, mercúrio ou outros disruptores endócrinos) e físico (por exemplo, infraestrutura viária ou de água e saneamento) podem ter efeitos profundos em meninas e meninos na adolescência (94); (95); (96); (97). Por exemplo, a janela de exposição mais sensível aos disruptores endócrinos é durante os períodos críticos do desenvolvimento humano, como a puberdade. Tais exposições durante o desenvolvimento podem causar alterações que, embora não sejam tão evidentes como defeitos congênitos, são capazes de provocar mudanças permanentes que aumentam a incidência de doenças ao longo da vida adulta (96); (98); (99).

Em âmbito estrutural, as políticas e leis podem afetar o bem-estar de adolescentes de várias maneiras: por exemplo, utilizando a tributação, as advertências e as restrições ao acesso para proibir a exposição prejudicial às ações de marketing das indústrias do tabaco, álcool, alimentos e bebidas e moda (100); (101); (102); (103). Em nível macro, as políticas econômicas globais e os acordos comerciais podem ter impactos na saúde de adolescentes (73). Por exemplo, eles podem incentivar os adolescentes a permanecer na escola, e influenciar a disponibilidade de empregos gratificantes aos quais os adolescentes podem almejar depois que deixam a escola.

Notavelmente, alguns determinantes afetam a saúde e o bem-estar de adolescentes em vários níveis ecológicos. Por exemplo, as normas de gênero afetam as expectativas de adolescentes e seu senso do que é aceitável e apropriado em nível individual. No âmbito interpessoal, elas também podem influenciar as decisões familiares sobre alocação de recursos e a importância relativa da educação para meninos e meninas. Em nível organizacional e estrutural, essas normas se refletem em desigualdades e restrições ao emprego e à educação (73).

1.4
Carga de doença e lesão na adolescência

Além das necessidades de saúde e desenvolvimento que são características da adolescência, como descrito anteriormente, os adolescentes sofrem uma proporção considerável da carga de morbidade por doença e lesão da população global. Em 2015, mais de 3.200 adolescentes morreram todos os dias (16a). Em cada região da OMS, as populações de adolescentes apresentam uma série de problemas de saúde importantes, inclusive lesão acidental, violência interpessoal, saúde sexual e reprodutiva (SSR), doenças transmissíveis, doenças não transmissíveis (DNTs) e problemas de saúde mental.

A Seção 2 resume as principais causas de morbimortalidade em adolescentes, globalmente e por região, status de renda do país, gênero e faixa etária. Importante notar que o impacto global da carga de morbidade suportada pelos adolescentes difere muito entre as regiões. Em 2015, por exemplo, mais de dois terços de todas as mortes de adolescentes e mais de metade dos DALY perdidos ocorreram em países de baixa e média renda na África e no Sudeste Asiático (16a); (16b). Além disso, embora algumas causas de morbimortalidade na adolescência tenham grande impacto em todas as regiões (por exemplo, acidentes de trânsito, infecções das vias aéreas inferiores, afogamento e transtornos depressivos), a natureza e o impacto relativo dessas e outras cargas diferem muito dentro e entre as regiões. Por exemplo, as principais causas de morte na adolescência em países de baixa e média renda africanos são infecções das vias aéreas inferiores e doenças diarreicas; nos países de baixa e média renda das Américas, é a violência interpessoal; e nos países de baixa e média renda do Mediterrâneo Oriental, são a violência coletiva e as intervenções legais (16a). A adolescência também é um período em que muitos comportamentos de risco ou de proteção começam ou se consolidam. Exemplos incluem dieta e atividade física, uso de substâncias e comportamento sexual. . Estes terão efeitos importantes sobre a saúde dos adultos no futuro.

Dentro dos países, é importante considerar quais subpopulações sofrem maior exposição e vulnerabilidade aos riscos para a saúde, menor acesso aos serviços de saúde, piores desfechos de saúde e maiores consequências sociais como resultado da saúde. Desigualdades por gênero, renda, escolaridade e residência (rural ou urbana) são comumente observadas (59); (104); (105); (106). Os adolescentes mais vulneráveis incluem aqueles que vivem com deficiências ou doenças crônicas (por exemplo, anemia falciforme ou HIV), aqueles que vivem em áreas remotas ou afetadas por perturbações sociais provocadas por desastres naturais ou conflitos armados (por exemplo, refugiados) e aqueles que são estigmatizados ou marginalizados por sua orientação sexual, identidade de gênero ou etnia. Outros adolescentes vulneráveis são aqueles que são institucionalizados ou expostos a violência doméstica ou abuso de substâncias na família; aqueles que são explorados e abusados (por exemplo, meninas que trabalham como empregadas domésticas); aqueles que são casados ou que migram por motivo de emprego ou educação sem ter apoio familiar ou social; aqueles que sofrem discriminação racial ou étnica; aqueles que não estão na escola, empregados ou treinamento; e aqueles que não têm acesso a serviços de saúde ou proteção social (por exemplo, pobres urbanos e rurais ou adolescentes sem-teto).

"Meu pai abusava muito da minha mãe, fisicamente. Com o passar do tempo, ela se separou dele, mas ela ficava indecisa, e ele aparecia de novo mais ou menos uma vez por mês. Você cresce e amadurece com esse problema. É um problema da sua mãe, mas se ela está vivendo esse problema, você também está vivendo esse problema.

Quer dizer, você cresce absorvendo como ele age em relação à sua mãe, e você observa para que você não repita isso."

Jovem adolescente na Colômbia

1. AA-HA! — um momento inédito para a saúde de adolescentes

1.5. Conceitualização de intervenções para a saúde de adolescentes

Felizmente, hoje há um número considerável de intervenções baseadas em evidências com eficácia comprovada para abordar as principais condições de saúde de adolescentes. Essas intervenções são enumeradas na Seção 3, que descreve as 27 intervenções baseadas em evidências da Estratégia Global relacionadas à saúde de adolescentes, ilustradas com exemplos detalhados de intervenções da OMS e de outros parceiros. Ainda há muitas lacunas na base de evidências para intervenções de saúde dirigidas a adolescentes (*vide* Seção 6), mas os países já podem atuar com confiança agora mesmo para promover e proteger de maneira eficaz a saúde e o bem-estar de adolescentes.

As intervenções baseadas em evidências para a saúde de adolescentes assumem várias formas, dependendo dos determinantes ou condições que visam abordar; da população-alvo; das circunstâncias particulares e do contexto; e dos níveis e setores ecológicos nos quais a intervenção funciona melhor. Algumas intervenções focam principalmente a prevenção ou tratamento de doenças ou cargas de morbidade específicas na adolescência, ou seus fatores de risco. Estes últimos incluem os atributos, características ou exposições que aumentam a probabilidade de um indivíduo sofrer um resultado de saúde negativo imediatamente ou no futuro (13). Outras iniciativas podem ser categorizadas como intervenções de desenvolvimento positivas, pois promovem principalmente o desenvolvimento físico, sexual, cognitivo e psicossocial saudável na adolescência. As intervenções de desenvolvimento positivo visam principalmente os fatores de proteção. Estes são os fatores que incentivam e sustentam comportamentos positivos, reduzem o risco de comportamentos e resultados negativos para a saúde, diminuem o efeito e ajudam a se recuperar de efeitos negativos para a saúde (28). O glossário contém definições de outros termos-chaves usados neste documento. A abordagem de desenvolvimento positivo às intervenções de saúde para adolescentes é descrita em mais detalhes no Quadro 1.2. Na prática, muitos programas de intervenção em saúde para adolescentes combinam essas duas abordagens amplas.

Quadro 1.2. Uma abordagem de desenvolvimento positivo para intervenções e programas de saúde de adolescente

Uma abordagem de desenvolvimento positivo concentra-se no apoio a transições e crescimento saudáveis na adolescência, conforme descrito na Seção 1.3. Promovem um conjunto amplo de habilidades, comportamentos e qualidades pessoais para permitir que os adolescentes naveguem seu meio ambiente de forma eficaz, relacionem-se bem com os outros, tenham um bom desempenho e alcancem seus objetivos (109). Essa abordagem visa aumentar a capacidade de resiliência e os fatores de proteção de adolescentes (por exemplo, mediante um ambiente escolar positivo e pais que forneçam estrutura e limites), em vez de se concentrar principalmente na redução de fatores de risco (por exemplo, uso de tabaco e álcool). Representa uma importante mudança em relação a intervenções que abordam principalmente a adolescência como um período problemático e de alto risco devido a comportamentos não saudáveis ou inadaptados (por exemplo, uso de drogas ou álcool, sexo inseguro, crime ou violência) (20); (66); (110).

Alguns autores concentraram as intervenções de desenvolvimento positivo para a adolescência especificamente no bem-estar social e emocional, por exemplo, programas que buscam reforçar os cinco Cs (competência, confiança, conexão, caráter e compaixão) de adolescente (20); (111). No documento de orientação AA-HA!, no entanto, as intervenções de desenvolvimento positivo são definidas de forma mais ampla, abrangendo a promoção de saúde e desenvolvimento físico, sexual e neurocognitivo positivo em adolescentes.

Os exemplos incluem intervenções psicopedagógicas para os pais; serviços de saúde amigos de adolescentes (inclusive promoção da alfabetização em saúde e participação de adolescentes em seus próprios cuidados e na organização de serviços); e escolas promotoras da saúde (inclusive com serviços de saúde, nutrição e higiene, como instalações para a higiene menstrual segura).

É importante notar que uma abordagem de desenvolvimento positiva reconhece os adolescentes como ativos dentro de suas sociedades, não como problemas (112). Procura estimular sua participação de maneira ativa dentro de suas famílias e comunidades. De fato, a participação é um dos princípios fundamentais de uma abordagem da saúde baseada em direitos humanos, incluindo a participação de adolescentes de forma adequada à sua idade e maturidade (14); (106). Pesquisas sugerem que adolescentes que se envolvem em relacionamentos pró-sociais e estimulantes em atividades significativas e estruturadas com pares da mesma idade e com adultos obtêm benefícios protetores importantes (113). Além disso, o sentimento de propriedade e comprometimento de adolescentes em relação a um programa de saúde pode ser fortalecido – aumentando assim a adequação e a eficácia do programa – se os adolescentes estiverem envolvidos na conceituação, avaliação de necessidades, construção, implementação e avaliação do programa.

Muitas intervenções eficazes para abordar as principais afecções da adolescência são específicas para adolescentes, ou seja, são dirigidas exclusivamente ou principalmente aos adolescentes. Exemplos incluem imunização contra o papilomavírus humano (HPV), manejo da higiene menstrual, prestação de serviços de saúde escolar e educação sexual integrada.

É importante também reconhecer que adolescentes se beneficiarão substancialmente de muitas intervenções que visam faixas etárias mais amplas ou a população como um todo. Por exemplo, reduzir a poluição atmosférica urbana contribui significativamente para ambientes urbanos mais saudáveis para crianças e adolescentes. Um exemplo concreto é a melhoria dos sistemas de transportes público urbano, conectados a malhas viárias mais seguras para pedestres e ciclistas, o que será benéfico para todos, mas especialmente para crianças e adolescentes (114). Porém, se essas intervenções ignorarem as necessidades específicas de adolescentes, os adolescentes muitas vezes não se beneficiarão tanto delas como deveriam. Por exemplo, a aplicação de limites de alcoolemia para condutores é uma intervenção que deve levar em conta o fato de que o nível de concentração de álcool no sangue necessário para comprometer as habilidades de condução é mais baixo em adolescentes do que em adultos. As leis, portanto, devem estabelecer limites de alcoolemia mais rígidos para os motoristas adolescentes. E não são só as intervenções estruturais que precisam de adaptações para as necessidades específicas de adolescentes. Muitas intervenções em âmbito individual também precisam de adaptação apropriada à idade (por exemplo, ao proporcionar suporte adicional e amistoso à aderência ao tratamento e à divulgação da condição de soropositivo para adolescentes que vivem com HIV).

A Seção 3 resume tanto as intervenções que visam apenas adolescentes e aquelas que incluem adolescentes em um grupo-alvo mais amplo. O objetivo é colocar em evidência os aspectos das intervenções que são específicos para adolescentes e destacar a importância de abordar as necessidades especiais de adolescentes na concepção e implementação de intervenções em todos os níveis do marco ecológico – desde o estrutural ou ambiental até o individual.

1.6. Priorização, implementação e avaliação de programas nacionais

Os exemplos de diferentes cargas de morbidade e diferentes abordagens de intervenção acima apresentados ilustram a necessidade de cada país realizar uma análise criteriosa de suas circunstâncias particulares antes de desenvolver ou aprimorar um plano nacional de saúde para adolescentes. Isso é mais importante do que nunca, tendo em vista a mudança das tendências nacionais e globais em saúde, serviços de saúde, desenvolvimento econômico, emprego, migração, urbanização, conflitos, degradação ambiental e inovação tecnológica (55). É fundamental que os governos nacionais avaliem as necessidades particulares de saúde de seu país, determinem as intervenções mais adequadas e baseadas em evidências para abordá-las e depois decidam o que priorizar dentro de seus programas nacionais de saúde para adolescentes (69). A Seção 4 fornece orientações detalhadas sobre como realizar esse processo.

Estabelecer cuidadosamente as prioridades de saúde de adolescentes e selecionar intervenções baseadas em evidências para abordá-las não será suficiente; é preciso também criar programas nacionais eficazes e eficientes para a prestação dessas intervenções. A Seção 5 concentra-se em como planejar e implementar programas nacionais de saúde para adolescentes, abordando questões-chave como liderança multissetorial, recursos, sistemas de proteção financeira, força de trabalho, qualidade de serviço, sistemas de informação de gestão, políticas, participação de adolescentes, sigilo e equidade.

Finalmente, sistemas de monitoramento e avaliação bem planejados e implementados são essenciais para garantir que os programas nacionais atinjam seus objetivos. A pesquisa também é essencial para impulsionar a eficácia dos programas de saúde para adolescentes. A Seção 6 fornece orientações sobre essas questões, inclusive considerações específicas para adolescentes, como a necessidade ética e legal de obter permissões e que o envolvimento e participação de adolescentes sejam compatíveis com as suas capacidades em evolução.

2. Carga de doença e lesão e fatores de risco

Principais mensagens:

- Em 2015, mais de dois terços das mortes de adolescentes ocorreram nos países de baixa e média renda da África (45%) e do Sudeste Asiático (de 26%). Essas duas Regiões têm grandes populações de adolescentes e altos índices de mortalidade na adolescência.
- Adolescentes em todo o mundo compartilham algumas cargas comuns de doença e lesão. Acidentes de trânsito, afogamento, autolesão, infecções das vias aéreas inferiores, anemia ferropriva e transtornos depressivos estão entre as principais cargas na maioria das regiões.
- Algumas causas de morte ou DALYs perdidos são mais comuns em um sexo ou em determinada faixa etária. No sexo masculino, essas incluem acidentes de trânsito, afogamento, violência interpessoal e distúrbios comportamentais da infância; no sexo feminino, afecções maternas e transtornos de ansiedade; entre adolescentes mais jovens, infecções das vias aéreas inferiores e anemia ferropriva; e entre adolescentes mais velhos, acidentes de trânsito, autolesão, violência interpessoal e transtornos depressivos.
- O impacto das cargas de doença e lesão sobre as populações adolescentes varia em todas as regiões modificadas da OMS. Exemplos de índices elevados de mortalidade e/ou DALYs perdidos em regiões específicas incluem[1]:
  - Países de baixa ou média renda na África — infecções das vias aéreas inferiores, doenças diarreicas, meningite, infecção pelo HIV/Aids;
  - Países de baixa ou média renda nas Américas — violência interpessoal e asma;
  - Países de baixa ou média renda no Mediterrâneo Oriental — violência coletiva e intervenção legal;
  - Países de baixa ou média renda na Europa — autolesão e transtornos depressivos;
  - Países de baixa ou média renda no Sudeste Asiático — doenças diarreicas e tuberculose;
  - Países de baixa ou média renda no Pacífico Ocidental — leucemia e doenças de pele;
  - Países de alta renda — anomalias congênitas e transtornos depressivos, de ansiedade e de conduta da infância.
- Na faixa etária dos 10-14 anos, a água contaminada, o saneamento inseguro e a lavagem inadequada das mãos são os principais três fatores de risco para a saúde, tanto para meninos como para meninas.
- Na faixa etária dos 15-19 anos, os fatores de risco para a saúde como álcool e tabagismo, sexo sem proteção e uso de medicamentos também se tornam muito importantes, juntamente com a violência doméstica infligida por parceiros íntimos e os riscos ocupacionais.
- As necessidades de saúde de adolescentes se intensificam em contextos humanitários e frágeis, inclusive as cargas de morbidade correspondentes a: desnutrição; incapacidade; lesão não intencional; violência; necessidades de saúde sexual e reprodutiva (por exemplo, gravidez precoce, HIV e outras DSTs, aborto inseguro); água, saneamento e necessidades de saúde relacionadas (por exemplo, higiene menstrual); e saúde mental.

Essa Seção descreve as principais cargas de doença e lesão[2] que afetam o bem-estar de adolescentes. A Seção 2.1 começa com uma visão geral das cargas suportadas pelos adolescentes, globalmente e por Região da OMS, status de renda do país, sexo e idade. As Seções 2.2 a 2.7 fornecem mais detalhes sobre cada uma das principais cargas em seis amplas áreas de saúde. Finalmente, a Seção 2.8 descreve em detalhes a natureza particular das cargas suportadas por adolescentes em contextos humanitários e frágeis.

Os dados mostrados aqui são provenientes das Estimativas Globais de Saúde da OMS de 2015[3] para mortalidade e carga de doença (16a); (16b). As mudanças entre as Estimativas Globais de 2012 e as de 2015 podem refletir ou uma alteração subjacente na taxa real de mortalidade/DALYs perdidos específica para cada causa, ou uma alteração nos métodos e premissas utilizados para o cálculo. Em alguns casos, as mudanças devidas a diferenças nos métodos ou modelos utilizados fazem uma grande diferença para o grau relativo de determinadas causas de morte e DALYs perdidos. Um exemplo notável é a mortalidade por Aids, que foi estimada como a principal causa global de óbito na faixa etária dos 10-19 anos nas Estimativas Globais de 2012, mas ficou em oitavo lugar nas Estimativas de 2015. Esse resultado deve-se em grande parte a mudanças nos métodos utilizados para estimar a carga de Aids específica para idade e sexo. A Aids continua sendo a quarta principal causa de morte na faixa etária dos 10-19 anos em países de baixa e média renda africanos, apesar das melhorias na detecção, tratamento e atenção.

Esses rankings relativos de causa de morte e carga de doença refletem nossa melhor compreensão nesse momento, considerando a disponibilidade e qualidade dos dados sobre causa de morte e a prevalência e incidência de doenças em todo o mundo. À medida que a qualidade dos dados melhora, as estimativas se tornarão mais robustas e a conjuntura pode mudar para certas regiões. No entanto, existem medidas importantes que podem ser tomadas agora para melhorar a sobrevivência, a saúde e o bem-estar de todos adolescentes.

[1] Observe que isso não impede que uma taxa seja maior em outra região, mesmo que não esteja nas cinco maiores para a região. O ranking reflete o impacto de uma causa de morte ou DALYs perdidos em relação a outras causas na população regional.
[2] Todos os números absolutos, taxas e classificações citados nessa Seção são provenientes das Estimativas Globais de Saúde de 2015. A Seção 1.2.1 do Anexo 1 descreve a metodologia e a análise das Estimativas de Saúde Global, enquanto a Tabela 3.1 lista as 27 estratégias para saúde de adolescentes da Estratégia Global.
[3] Essas diferem substancialmente das estimativas de 2012 que foram informadas no Relatório Saúde de Adolescentes no Mundo (2014), e não são diretamente equivalentes a estimativas anteriores produzidas pela OMS.

2.1.
Ônus globais e fatores de risco

Estima-se que 1,2 milhão de adolescentes de 10 a 19 anos morreram em 2015. A Tabela 2.1 lista as cinco principais causas de morte de adolescentes globalmente por sexo e faixa etária (apresentadas graficamente na Figura 2.1). Os acidentes de trânsito são a principal causa de morte no sexo masculino em ambos os grupos de idade, no sexo feminino, a principal causa de morte muda de infecções das vias aéreas inferiores em adolescentes mais jovens para afecções maternas em adolescentes mais velhas. Algumas causas são particularmente importantes apenas no sexo masculino (por exemplo, afogamento) ou feminino (por exemplo, afecções maternas), ou entre adolescentes mais jovens (por exemplo, infecções das vias aéreas inferiores) ou mais velhos (por exemplo, violência interpessoal e autolesão).

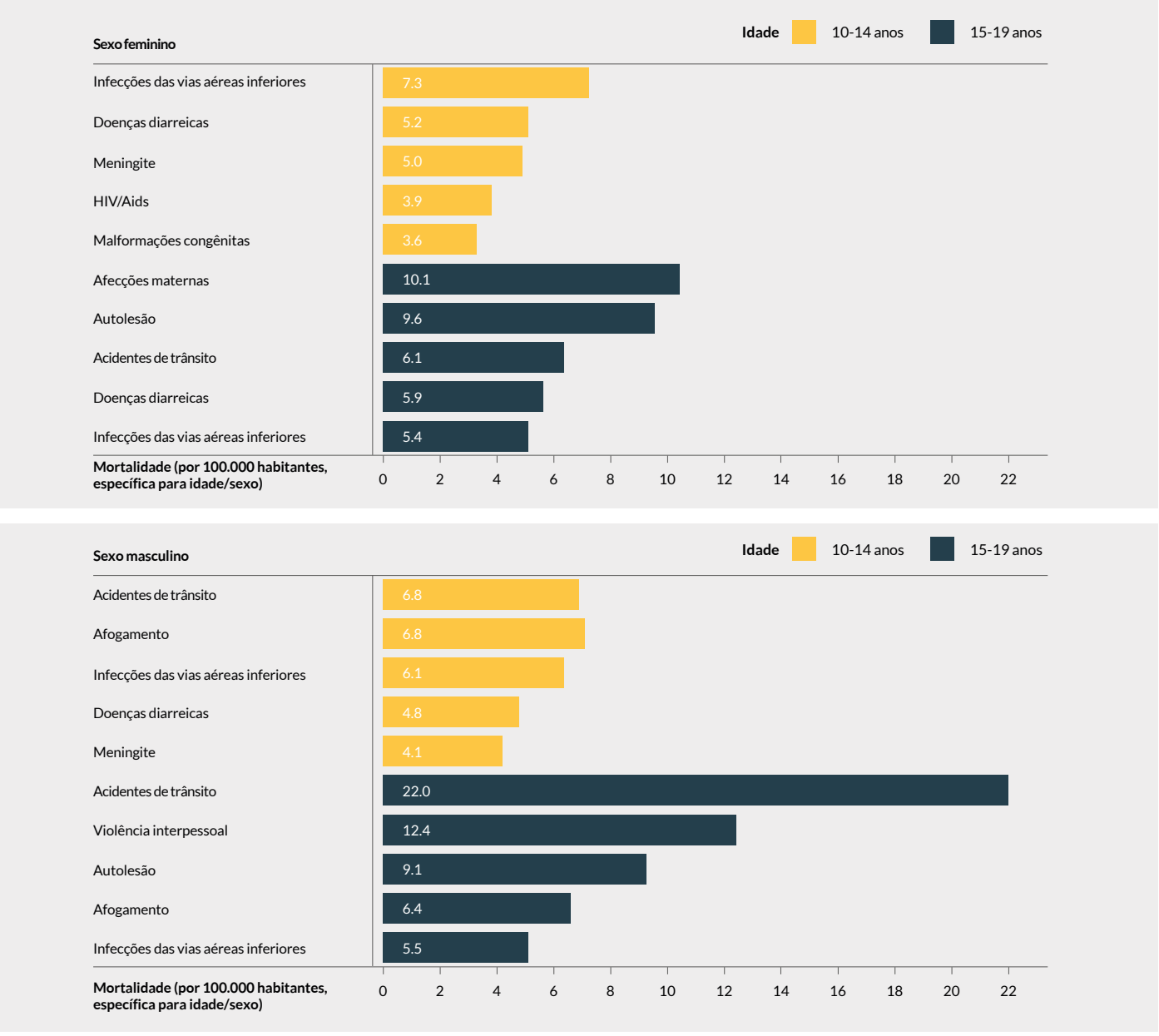
Tabela 2.1 Principais causas de morte na adolescência em escala global, por sexo e faixa etária, 2015

Causas globais de morte (mortalidade por 100.000 habitantes, específica para idade/sexo)									
Ranking	10-14 anos de idade			15-19 anos de idade			10-19 anos de idade		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
1	Acidente de trânsito (6,8)	Infecções das vias aéreas inferiores (7,3)	Infecções das vias aéreas inferiores (6,7)	Acidente de trânsito (22,0)	Afecções maternas (10,1)	Acidente de trânsito (14,4)	Acidente de trânsito (14,3)	Infecções das vias aéreas inferiores (6,3)	Acidente de trânsito (9,6)
2	Afogamento (6,8)	Doenças diarreicas (5,2)	Afogamento (5,2)	Violência interpessoal (12,4)	Autolesão (9,6)	Autolesão (9,4)	Violência interpessoal (6,8)	Autolesão (5,6)	Infecções das vias aéreas inferiores (6,1)
3	Infecções das vias aéreas inferiores (6,1)	Meningite (5,0)	Acidente de trânsito (5,1)	Autolesão (9,1)	Acidente de trânsito (6,1)	Violência interpessoal (7,6)	Afogamento (6,6)	Doenças diarreicas (5,6)	Autolesão (5,6)
4	Doenças diarreicas (4,8)	AIDSa (3,9)	Doenças diarreicas (5,0)	Afogamento (6,4)	Doenças diarreicas (5,9)	Doença diarreica (5,6)	Infecções das vias aéreas inferiores (5,8)	Afecções maternas (5,0)	Doenças diarreicas (5,3)
5	Meningite (4,1)	Malformações congênitas (3,6)	Meningite (4,5)	Infecções das vias aéreas inferiores (5,5)	Infecções das vias aéreas inferiores (5,4)	Infecções das vias aéreas inferiores (5,5)	Autolesão (5,6)	Acidente de trânsito (4,6)	Afogamento (4,8)

[a] As estimativas de 2015 indicam uma menor mortalidade por Aids do que nas estimativas anteriores, devido a uma reavaliação pela UNAIDS dos dados inseridos no modelo Spectrum usado para produzir as estimativas. Uma reavaliação das estimativas de 2012 sugeriu que o ranking elevado da Aids como segunda causa de mortes de adolescentes globalmente foi superestimado. Porém, a Aids continua sendo uma das principais causas de morte na adolescência, principalmente nos países de baixa e média renda da África.
Fonte: (16a); (16c).

2. Carga de doença e lesão e fatores de risco

Figura 2.1 Estimativa das cinco principais causas da morte na adolescência, por sexo e idade, 2015



A Tabela 2.2 mostra o tamanho da população adolescente e as taxas globais de mortalidade e DALYs perdidos[4], globalmente e para as sete regiões da OMS modificadas[5] (dados apresentados graficamente na Figura 2.2). Quase dois terços das mortes e DALYs perdidos na adolescência ocorreram nos países de baixa e média renda da África e Sudeste Asiático – regiões que têm 19% e 30% da população mundial de adolescentes, respectivamente.

A maior taxa regional de mortalidade na adolescência foi constatada nos países de baixa e média renda africanos (243 mortes por 100.000), seguidos dos países de baixa e média renda do Mediterrâneo Oriental (115 mortes por 100.000). As taxas mais baixas foram de um sexto a um décimo daquelas encontradas nos países de baixa e média renda africanos: 40 por 100.000 nos países de baixa e média renda do Pacífico Ocidental e 24 por 100.000 nos países de alta renda.

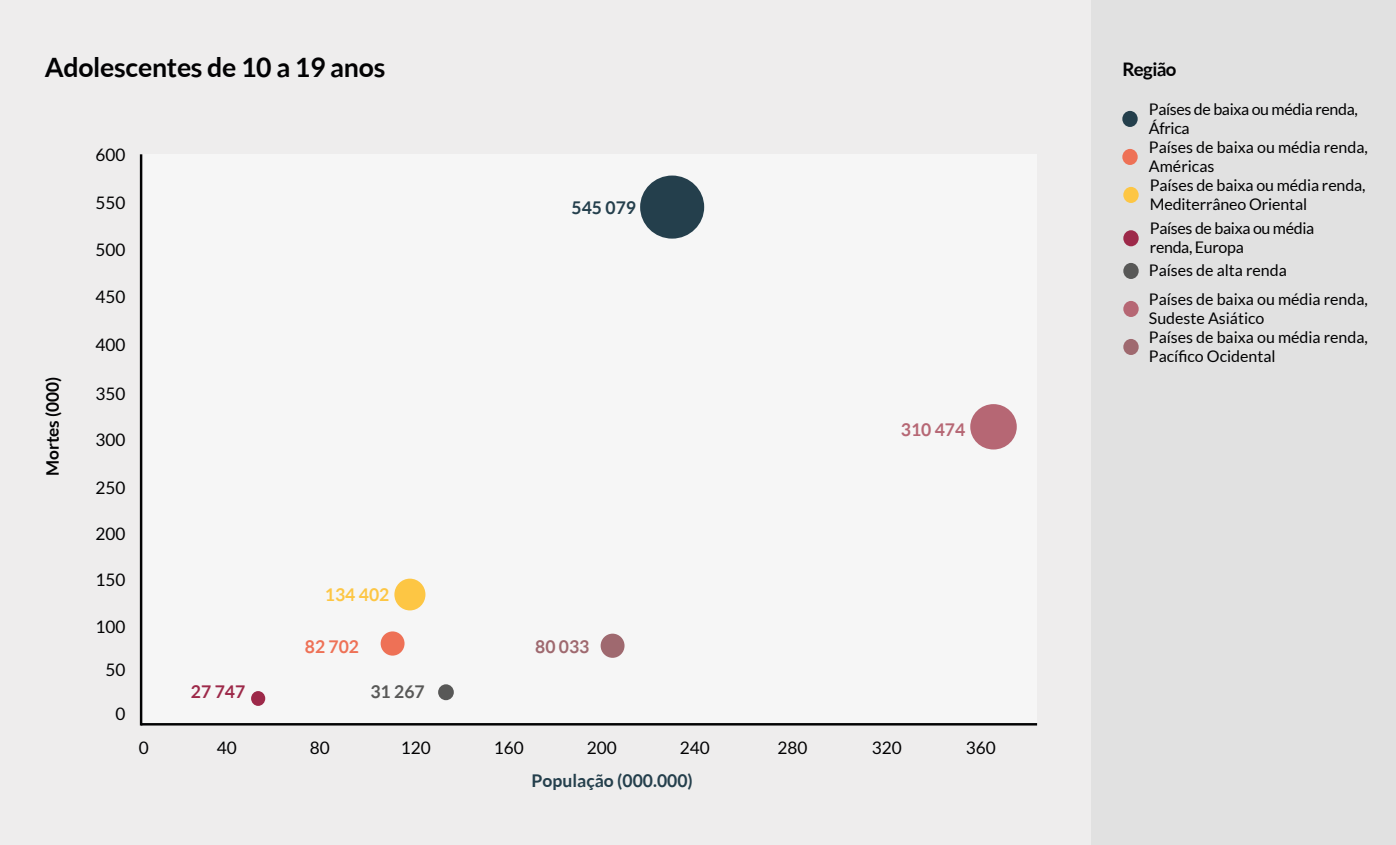
[4] O ano de vida perdido ajustado por incapacidade (DALY, da sigla em inglês) é uma medida que combina os anos estimados de vida de um indivíduo perdidos por morte prematura e os anos de vida estimados em estados de saúde inferior ao ideal (3). A soma de DALYs em toda a população é uma forma de medir a diferença entre o estado de saúde atual e uma situação de saúde ideal em que toda a população vive até uma idade avançada, livre de doenças e incapacidade.
[5] Para construir as sete regiões modificadas da OMS, todos os países de alta renda foram extraídos de cada uma das seis regiões da OMS e colocados em um grupo separado de países de alta renda. Os dados das Estimativas Globais de Saúde de 2015 foram então analisados para esse grupo, bem como para os demais países de baixa e média renda agrupados em cada uma das seis regiões da OMS. Consulte o Anexo 1, Seção A1.2.1 para mais informações.

Tabela 2.2 Tamanho da população adolescente e taxas gerais de mortalidade e DALYs perdidos, globalmente e por região da OMS modificada, 2015

Adolescentes (10-19 anos)	Global	Países de baixa ou média renda da África	Países de baixa ou média renda das Américas	Países de baixa ou média renda do Mediterrâneo Oriental	Países de baixa ou média renda da Europa	Países de baixa ou média renda do Sudeste Asiático	Países de baixa ou média renda do Pacífico Ocidental	Países de alta renda
População em milhões (%)	1.197 (100)	225 (19)	108 (9)	117 (10)	50 (4)	362 (30)	201 (17)	130 (11)
Mortes em milhares (%)	1.213 (100)	545 (45)	83 (7)	134 (11)	28 (2)	310 (26)	80 (7)	31 (3)
Taxa de mortalidade (mortes por 100.000 adolescentes)	101	243	77	115	55	86	40	24
DALYs perdidos em milhões (%)	168 (100)	58 (35)	13 (8)	18 (11)	5 (3)	47 (28)	17 (10)	10 (6)
Taxa de DALY (por 100.000 adolescentes)	14.078	25.936	11.784	15.713	9.770	13.112	8.276	7.545

[a] As estimativas de 2015 indicam uma menor mortalidade por Aids do que nas estimativas anteriores, devido a uma reavaliação pela UNAIDS dos dados inseridos no modelo Spectrum usado para produzir as estimativas. Uma reavaliação das estimativas de 2012 sugeriu que o ranking elevado da Aids como segunda causa de mortes de adolescentes globalmente foi superestimado. Porém, a Aids continua sendo uma das principais causas de morte na adolescência, principalmente nos países de baixa e média renda da África. Fonte: (16a); (16c)

Figura 2.2. Estimativa de mortes na adolescência por tamanho da população e região da OMS modificada, 2015



2. Carga de doença e lesão e fatores de risco

Estima-se que as taxas globais de mortalidade de adolescentes caíram aproximadamente 17% desde 2000 (16a). O declínio nas taxas de mortalidade foi refletido na maioria das regiões da OMS modificadas, com as maiores reduções relativas nos países de baixa e média renda do Sudeste Asiático, países de alta renda, países de baixa e média renda europeus e países de baixa e média renda do Pacífico Ocidental (30-37%), seguidos dos países de baixa e média renda africanos (25%). Os países de baixa e média renda das Américas e do Mediterrâneo Oriental não apresentaram a mesma magnitude das reduções de mortalidade, com quedas de 5% e 2%, respectivamente.

Algumas das principais condições que contribuem para as grandes diferenças regionais na carga de doença na adolescência são mostradas na Tabela 2.3 e na Figura 2.3, que enumeram as cinco principais causas de morte de adolescentes em cada uma das sete regiões da OMS modificadas.

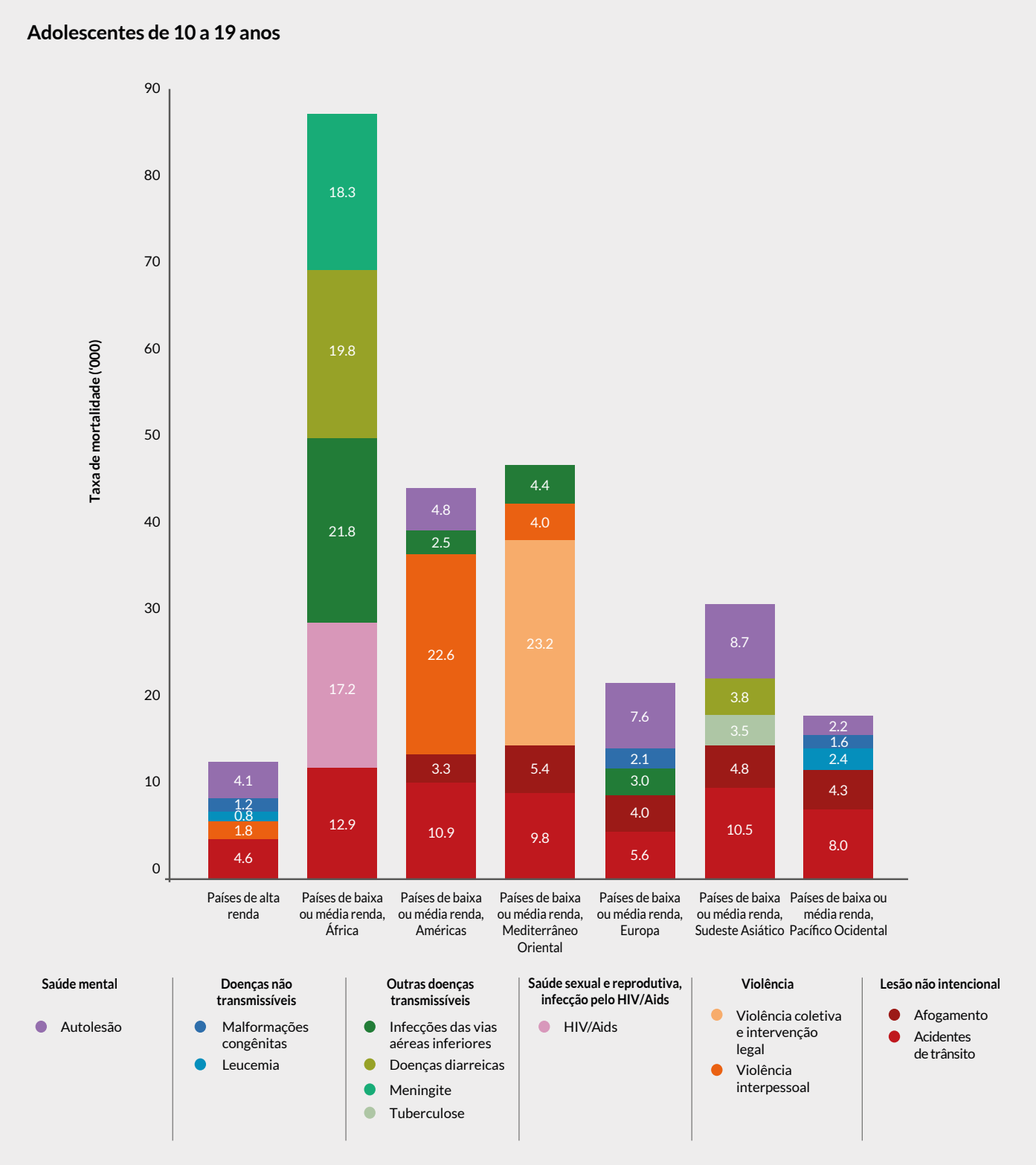
A Tabela 2.3 demonstra que algumas condições são importantes causas de morte na maioria ou todas as regiões, como os acidentes de trânsito, a autolesão e o afogamento. A Tabela também mostra condições que só são expressivas em regiões modificadas da OMS específicas, quais sejam: meningite e Aids nos países de baixa ou média renda africanos; doenças diarreicas e tuberculose nos países de baixa ou média renda do Sudeste Asiático; violência interpessoal nos países de alta renda e nos países de baixa ou média renda das Américas e do Mediterrâneo Oriental; violência coletiva e intervenção legal nos países de baixa ou média renda do Mediterrâneo Oriental; malformações congênitas nos países de baixa ou média renda europeus, países de alta renda e países de baixa ou média renda de Pacífico Ocidental; e leucemia nos países de baixa ou média renda do Pacífico Ocidental.

Tabela 2.3. Principais causas da morte na adolescência por região modificada da OMS, faixa etária dos 10-19 anos (taxa de mortalidade por 100.000 adolescentes), 2015

Ranking	Países de baixa ou média renda da África	Países de baixa ou média renda das Américas	Países de baixa ou média renda do Mediterrâneo Oriental	Países de baixa ou média renda da Europa	Países de baixa ou média renda do Sudeste Asiático	Países de baixa ou média renda do Pacífico Ocidental	Países de alta renda
1	Infecções das vias aéreas inferiores (21,8)	Violência interpessoal (22,6)	Violência coletiva e intervenção legal (23,2)	Autolesão (7,6)	Acidente de trânsito (10,5)	Acidente de trânsito (8,0)	Acidente de trânsito (4,6)
2	Doenças diarreicas (19,8)	Acidente de trânsito (10,9)	Acidente de trânsito (9,8)	Acidente de trânsito (5,6)	Autolesão (8,7)	Afogamento (4,3)	Autolesão (4,1)
3	Meningite (18,3)	Autolesão (4,8)	Afogamento (5,4)	Afogamento (4,0)	Afogamento (4,8)	Leucemia (2,4)	Violência interpessoal (1,8)
4	Aids[a] (17,2)	Afogamento (3,3)	Infecções das vias aéreas inferiores (4,4)	Infecções das vias aéreas inferiores (3,0)	Doenças diarreicas (3,8)	Autolesão (2,2)	Mal formações congênitas (1,2)
5	Acidente de trânsito (12,9)	Infecções das vias aéreas inferiores (2,5)	Violência interpessoal (4,0)	Malformações congênitas (2,1)	Tuberculose (3,5)	Mal formações congênitas (1,6)	Leucemia (0,8)

[a] As estimativas de 2015 indicam uma menor mortalidade por Aids do que nas estimativas anteriores, devido a uma reavaliação pela UNAIDS dos dados inseridos no modelo Spectrum usado para produzir as estimativas. Uma reavaliação das estimativas de 2012 sugeriu que o ranking elevado da Aids como segunda causa de mortes de adolescentes globalmente foi superestimado. Porém, a Aids continua sendo uma das principais causas de morte na adolescência, principalmente nos países de baixa e média renda da África. Fonte: (16a); (16c)

Figura 2.3. Estimativa das cinco principais causas de morte na adolescência por região modificada da OMS, 2015



2. Carga de doença e lesão e fatores de risco

A Tabela 2.4 e a Figura 2.4 mostram as principais cinco causas de DALYs perdidos na adolescência globalmente, por sexo e faixa etária. Notavelmente, a anemia ferropriva é principal causa de DALYs perdidos para meninas e meninos de 10 a 14 anos, bem como para meninas de 15 a 19 anos.

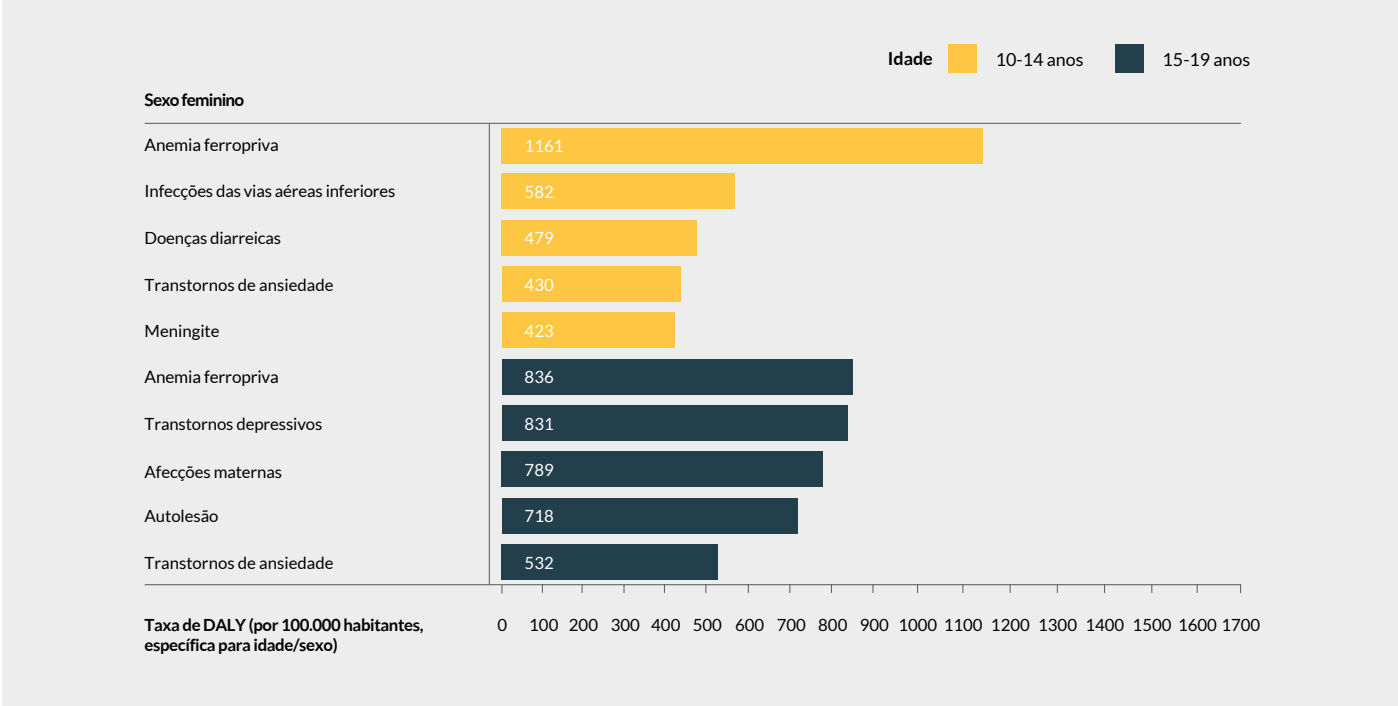
Algumas causas de DALYs perdidos são particularmente expressivas apenas no sexo masculino (por exemplo, acidentes de trânsito, afogamento) ou feminino (por exemplo, ansiedade e afecções maternas), ou entre adolescentes mais jovens (por exemplo, infecções das vias aéreas inferiores) ou mais velhos (por exemplo, autolesão e transtornos depressivos).

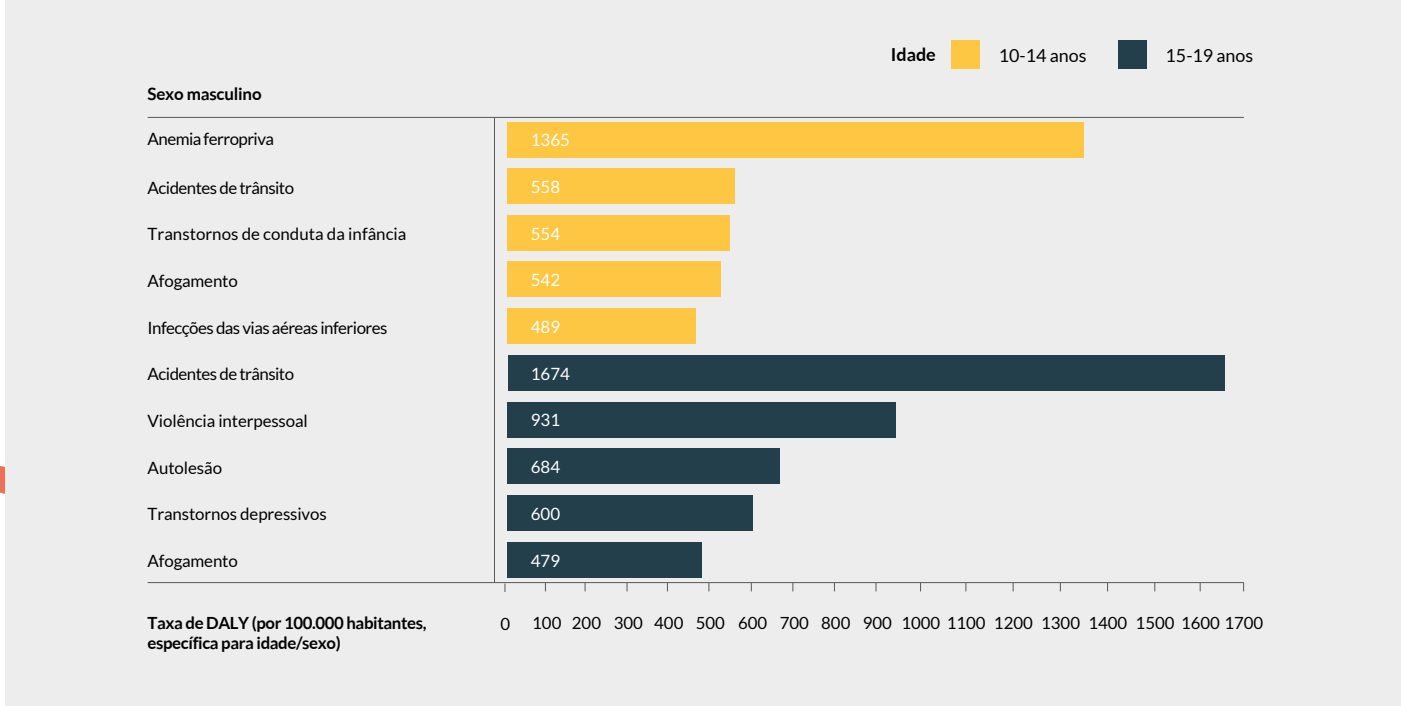
Tabela 2.4. Principais causas de DALYs perdidos na adolescência em escala global, por sexo e faixa etária, 2015

Causas globais de DALYs perdidos (por 100.000 habitantes)									
Ranking	10-14 anos de idade			15-19 anos de idade			10-19 anos de idade		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
1	Anemia ferropriva (1365)	Anemia ferropriva (1161)	Anemia ferropriva (1267)	Acidente de trânsito (1674)	Anemia ferropriva (836)	Acidente de trânsito (1094)	Acidente de trânsito (1108)	Anemia ferropriva (1001)	Anemia ferropriva (958)
2	Acidente de trânsito (558)	Infecções das vias aéreas inferiores (582)	Infecções das vias aéreas inferiores (534)	Violência interpessoal (931)	Transtornos depressivos (831)	Transtornos depressivos (712)	Anemia ferropriva (917)	Transtornos depressivos (572)	Acidente de trânsito (749)
3	Transtornos de conduta da infância (554)	Doenças diarreicas (479)	Doenças diarreicas (457)	Autolesão (684)	Afecções maternas (789)	Autolesão (701)	Violência interpessoal (518)	Infecções das vias aéreas inferiores (495)	Transtornos depressivos (491)
4	Afogamento (542)	Transtornos de ansiedade (430)	Transtornos de conduta da infância (451)	Transtornos depressivos (600)	Autolesão (718)	Anemia ferropriva (640)	Afogamento (511)	Doenças diarreicas (489)	Infecções das vias aéreas inferiores (473)
5	Infecções das vias aéreas inferiores (489)	Meningite (423)	Acidente de trânsito (415)	Afogamento (479)	Transtornos de ansiedade (532)	Violência interpessoal (568)	Transtornos de conduta da infância (494)	Transtornos de ansiedade (480)	Doenças diarreicas (467)

Fonte: (16b).

Figura 2.4. Estimativa das cinco principais causas de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY) em adolescentes, por sexo e idade, 2015





2. Carga de doença e lesão e fatores de risco

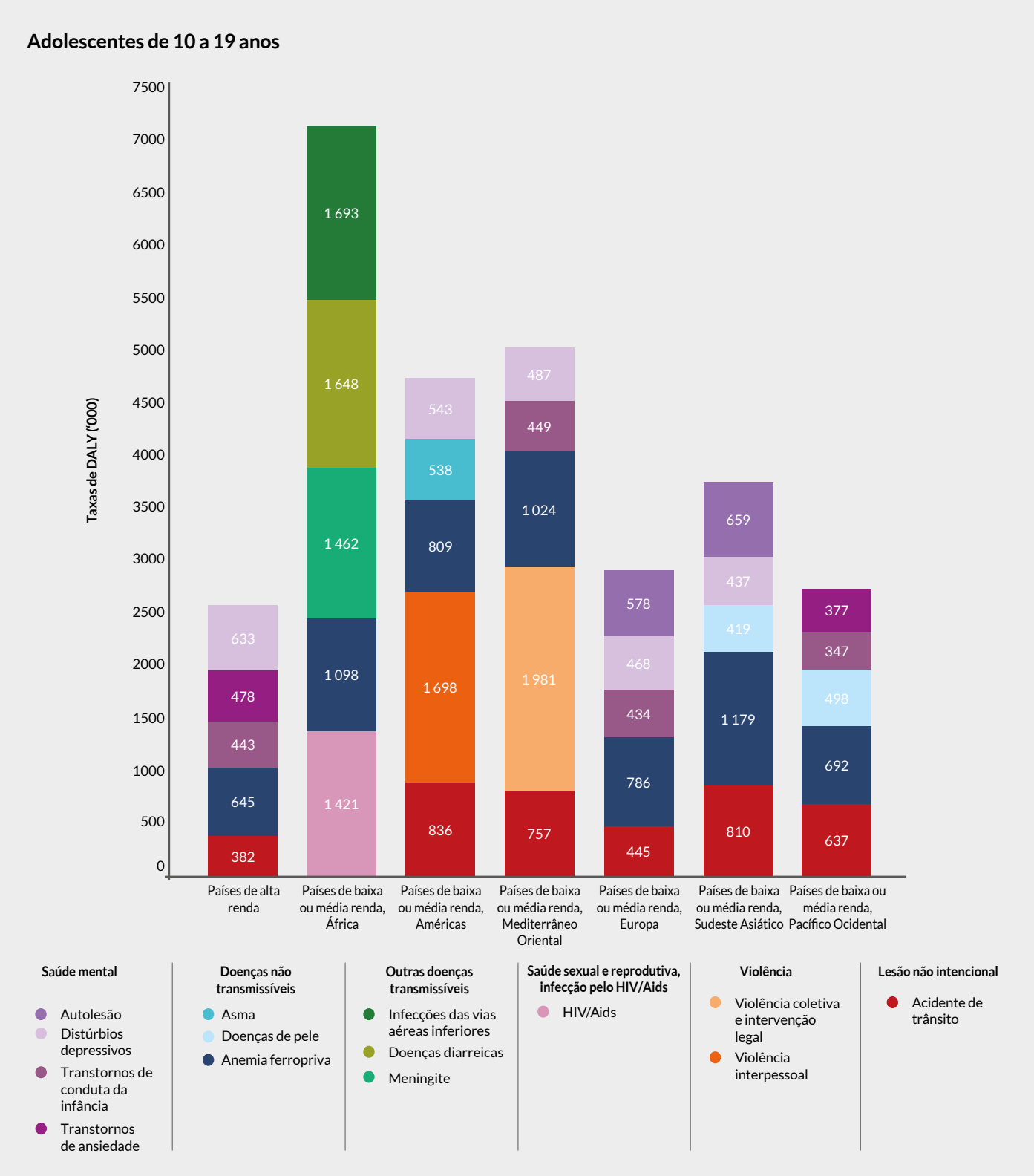
A Tabela 2.5 e a Figura 2.5 mostram as principais cinco causas de DALYs perdidos na adolescência para as sete regiões da OMS modificadas. Novamente, essa tabela destaca que algumas causas de DALYs perdidos estão entre as cinco principais causas na maioria das regiões modificadas ou em todas (anemia ferropriva, transtornos depressivos e acidentes de trânsito). Além disso, várias condições que foram causas de alto índice de morte na adolescência em regiões específicas (Tabela 2.3) também foram causas de alto nível de DALYs perdidos nessas regiões (Tabela 2.5) (por exemplo, doenças infecciosas coletivamente nos países de baixa e média renda africanos, violência interpessoal nos países de baixa e média renda das Américas, violência coletiva e intervenção legal nos países de baixa e média renda do Mediterrâneo Oriental e autolesão nos países de baixa e média renda da Europa e do Sudeste Asiático). Outras causas expressivas de DALYs perdidos na adolescência específicas a determinadas regiões da OMS modificadas incluem asma nos países de baixa e média renda das Américas; transtornos de conduta da infância nos países de alta renda e países de baixa e média renda do Mediterrâneo Oriental, Europa e Pacífico Ocidental; e transtornos de ansiedade nos países de alta renda e países de baixa e média renda do Pacífico Ocidental.

Tabela 2.5. Principais causas de DALYs perdidos na adolescência por região modificada da OMS, faixa etária dos 10-19 anos (DALY por 100.000 adolescentes), 2015

Ranking	Países de baixa ou média renda da África	Países de baixa ou média renda das Américas	Países de baixa ou média renda do Mediterrâneo Oriental	Países de baixa ou média renda da Europa	Países de baixa ou média renda do Sudeste Asiático	Países de baixa ou média renda do Pacífico Ocidental	Países de alta renda
1	Infecções das vias aéreas inferiores (1693)	Violência interpessoal (1698)	Violência coletiva e intervenção legal (1981)	Anemia ferropriva (786)	Anemia ferropriva (1179)	Anemia ferropriva (692)	Anemia ferropriva (645)
2	Doenças diarreicas (1648)	Acidente de trânsito (836)	Anemia ferropriva (1024)	Autolesão (578)	Acidente de trânsito (810)	Acidente de trânsito (637)	Transtornos depressivos (633)
3	Meningite (1462)	Anemia ferropriva (809)	Acidente de trânsito (757)	Transtornos depressivos (468)	Autolesão (659)	Doenças da pele (498)	Transtornos de ansiedade (478)
4	HIV/Aids (1421)	Transtornos depressivos (543)	Transtornos depressivos (487)	Acidente de trânsito (445)	Transtornos depressivos (437)	Transtornos de ansiedade (377)	Transtornos de conduta da infância (443)
5	Anemia ferropriva (1098)	Asma (538)	Transtornos de conduta da infância (449)	Transtornos de conduta da infância (434)	Doenças de pele (419)	Transtornos de conduta da infância (347)	Acidente de trânsito (382)

Fonte: (16b).

Figura 2.5. Estimativa das cinco principais causas de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY) em adolescentes, por região modificada da OMS, 2015



2. Carga de doença e lesão e fatores de risco

As Tabelas 2.6 e 2.7 fornecem rankings estimados de fatores de risco globais para mortalidade e DALYs perdidos na adolescência, com base no Estudo sobre a Carga Global de Doença 2013 (17). Esse estudo constatou que problemas relacionados com água, higiene e saneamento (por exemplo, água e saneamento inseguros e lavagem inadequada das mãos) estavam entre os principais fatores de risco para a carga de doenças entre adolescentes de 10 a 14 anos em todo o mundo. Outros fatores de risco ambientais – poluição do ar doméstico, exposição a particulados e exposição ao chumbo – também foram fatores de risco importantes para adolescentes mais jovens. Além disso, a anemia ferropriva foi o principal fator de risco para DALYs perdidos entre jovens adolescentes.

O Estudo sobre a Carga Global de Doença 2013 também estimou que todos esses problemas seriam fatores de risco globais para adolescentes de 15 a 19 anos de idade. No entanto, os principais fatores de risco na faixa etária mais velha foram os comportamentos de risco (ou seja, uso de álcool, sexo inseguro e, em menor grau, uso de drogas); esses apresentaram rankings relativamente baixos entre adolescentes mais jovens. Outros principais fatores de risco estimados entre os 15 maiores para adolescentes mais velhos, e não para os mais jovens, relacionaram-se com riscos ocupacionais (ergonomia, ruído e lesões). É importante lembrar que alguns tipos de fatores de risco ou de proteção – como a regulação parental ou a conexão com a escola, família ou pares – podem ser significativos, mas não foram incluídos nos modelos.

Finalmente, dois padrões importantes constatados nas estimativas de fatores de risco para adolescentes do Estudo sobre a Carga Global de Doença de 2013 referem-se a doenças não transmissíveis e violência. Especificamente, estima-se que todos os quatro grupos de adolescentes estratificados por idade/sexo tenham uma alta prevalência de fatores de risco relacionados a má alimentação e pouca atividade física (por exemplo, glicemia elevada e pressão arterial elevada); esses foram particularmente expressivos entre adolescentes mais jovens de ambos os sexos. Além disso, o abuso sexual na infância foi considerado um importante fator de risco para todos adolescentes, enquanto a violência entre parceiros íntimos foi um fator de risco proeminente para adolescentes mais velhas e mulheres jovens. A Seção A2.1 do Anexo 2 fornece exemplos de fatores de risco para cada uma das cargas de doença e lesão específicas descritas na Seção 2.

Tabela 2.6. Principais fatores de risco associados à morte na adolescência, por sexo e faixa etária, 2013

Fatores de risco globais associados com mortalidade na adolescência						
Ranking	10-14 anos de idade			15-19 anos de idade		
	Sexo masculino	Sexo feminino	Geral	Sexo masculino	Sexo feminino	Geral
1	Água contaminada	Água contaminada	Água contaminada	Uso de álcool	Sexo sem proteção	Uso de álcool
2	Saneamento inseguro	Saneamento inseguro	Saneamento inseguro	Sexo sem proteção	Água contaminada	Sexo sem proteção
3	Lavagem inadequada das mãos	Lavagem inadequada das mãos	Lavagem inadequada das mãos	Água contaminada	Violência doméstica infligida pelo parceiro íntimo	Água contaminada
4	Uso de álcool	Poluição do ar doméstica	Poluição do ar doméstica	Saneamento inseguro	Uso de álcool	Saneamento inseguro
5	Poluição do ar doméstica	Filtração glomerular baixa	Uso de álcool	Lesão ocupacional	Saneamento inseguro	Lavagem inadequada das mãos
6	Filtração glomerular baixa	Deficiência de ferro	Filtração glomerular baixa	Lavagem inadequada das mãos	Lavagem inadequada das mãos	Lesão ocupacional
7	Exposição ambiental a particulados	Uso de álcool	Deficiência de ferro	Uso de medicamentos	Deficiência de ferro	Violência doméstica infligida pelo parceiro íntimo
8	Deficiência de ferro	Exposição ambiental a particulados	Exposição ambiental a particulados	Filtração glomerular baixa	Uso de medicamentos	Uso de medicamentos
9	Glicemia de jejum elevada	Glicemia de jejum elevada	Glicemia de jejum elevada	Abuso sexual na infância	Abuso sexual na infância	Filtração glomerular baixa
10	Abuso sexual na infância	Hipertensão	Abuso sexual na infância	Poluição do ar doméstica	Filtração glomerular baixa	Abuso sexual na infância
11	Hipertensão	Abuso sexual na infância	Hipertensão	Hipertensão	Lesão ocupacional	Deficiência de ferro
12	Sexo sem proteção	Sexo sem proteção	Sexo sem proteção	Deficiência de ferro	Poluição do ar doméstica	Poluição do ar doméstica
13	n.d.	n.d.	n.d.	Exposição ambiental a particulados	Glicemia de jejum elevada	Glicemia de jejum elevada
14	n.d.	n.d.	n.d.	Glicemia de jejum elevada	Hipertensão	Hipertensão
15	n.d.	n.d.	n.d.	Exposição ocupacional a particulados	Exposição ambiental a particulados	Exposição ambiental a particulados

Fonte: (17). n.d. = dados não disponíveis

Tabela 2.7. Principais fatores de risco associados a DALYs perdidos na adolescência, por sexo e faixa etária, 2013

Fatores de risco globais associados a DALYs perdidos na adolescência						
Ranking	10-14 anos de idade			15-19 anos de idade		
	Sexo masculino	Sexo feminino	Geral	Sexo masculino	Sexo feminino	Geral
1	Deficiência de ferro	Deficiência de ferro	Deficiência de ferro	Uso de álcool	Deficiência de ferro	Uso de álcool
2	Água contaminada	Água contaminada	Água contaminada	Sexo sem proteção	Sexo sem proteção	Sexo sem proteção
3	Saneamento inseguro	Saneamento inseguro	Saneamento inseguro	Água contaminada	Água contaminada	Deficiência de ferro
4	Lavagem inadequada das mãos	Lavagem inadequada das mãos	Lavagem inadequada das mãos	Uso de medicamentos	Violência doméstica infligida pelo parceiro íntimo	Água contaminada
5	Filtração glomerular baixa	Filtração glomerular baixa	Filtração glomerular baixa	Deficiência de ferro	Uso de álcool	Uso de medicamentos
6	Uso de álcool	Glicemia de jejum elevada	Glicemia de jejum elevada	Saneamento inseguro	Saneamento inseguro	Saneamento inseguro
7	Glicemia de jejum elevada	Poluição do ar doméstica	Uso de álcool	Lesão ocupacional	Uso de medicamentos	Lavagem inadequada das mãos
8	Poluição do ar doméstica	Abuso sexual na infância	Poluição do ar doméstica	Filtração glomerular baixa	Lavagem inadequada das mãos	Violência doméstica infligida pelo parceiro íntimo
9	Abuso sexual na infância	Uso de álcool	Abuso sexual na infância	Lavagem inadequada das mãos	Abuso sexual na infância	Filtração glomerular baixa
10	Exposição ambiental a particulados	Exposição ambiental a particulados	Exposição ambiental a particulados	Abuso sexual na infância	Filtração glomerular baixa	Abuso sexual na infância
11	Exposição ao chumbo	Hipertensão	Exposição ao chumbo	Ergonomia ocupacional	Glicemia de jejum elevada	Lesão ocupacional
12	Hipertensão	Exposição ao chumbo	Hipertensão	Glicemia de jejum elevada	Ergonomia ocupacional	Glicemia de jejum elevada
13	Sexo sem proteção	Sexo sem proteção	Sexo sem proteção	Ruído ocupacional	Lesão ocupacional	Ergonomia ocupacional
14	Uso de medicamentos	Uso de medicamentos	Uso de medicamentos	Hipertensão	Hipertensão	Hipertensão
15	Deficiência de vitamina A	Deficiência de vitamina A	Deficiência de vitamina A	Poluição do ar doméstica	Poluição do ar doméstica	Poluição do ar doméstica

Fonte: (17).

2. Carga de doença e lesão e fatores de risco

2.2.
Lesão não intencional

Os acidentes de trânsito foram a principal causa de morte de adolescentes de 10 a 19 anos (Tabela 2.1), ocasionando aproximadamente 115.000 mortes de adolescentes em 2015. Todos os sexos, idades e subgrupos regionais de adolescentes foram afetados, mas adolescentes mais velhos e os jovens sofreram a maior carga. Os acidentes de trânsito também foram a primeira ou segunda maior causa de morte de adolescentes em seis das sete regiões modificadas da OMS. A única exceção foram os países de baixa e média renda da África, onde outras cargas de doença (Aids, infecções das vias aéreas inferiores, meningite e doenças diarreicas) foram tão expressivas que os acidentes de trânsito foram só a quinta causa de morte na adolescência, mesmo que a taxa de mortalidade por tais acidentes nos países de baixa e média renda da África (13 por 100.000) tenha sido maior do que em qualquer outra região da OMS modificada. As próximas taxas mais altas de mortalidade por acidentes de trânsito mais altas foram nos países de baixa e média renda das Américas (11 por 100.000), do Sudeste Asiático (10 por 100.000) e do Mediterrâneo Oriental (10 por 100.000), respectivamente (Tabela 2.3). A maioria dos jovens mortos em acidentes de trânsito são usuários vulneráveis da malha viária, ou seja, pedestres, ciclistas, motociclistas e passageiros (118).

Os acidentes de trânsito também foram uma causa expressiva de DALY perdidos entre adolescentes, seguindo um padrão semelhante ao descrito para a mortalidade. As lesões cerebrais traumáticas são a principal causa de morte e lesão relacionadas com trânsito, embora outros traumatismos cranianos e das extremidades também sejam comuns em jovens feridos no trânsito (118).

O **afogamento** esteve entre as cinco principais causas de morte na adolescência em quase todas as regiões modificadas da OMS em 2015 (Tabela 2.3). As exceções foram os países de alta renda e os países de baixa e média renda da África. Esses últimos tiveram a maior taxa de mortalidade por afogamento (8/100.000) entre todas as regiões da OMS modificadas, mas o afogamento não se classificou entre as principais causas porque outras cargas de doença tiveram impactos ainda maiores. O afogamento foi a segunda principal causa de morte na adolescência nos países de baixa e média renda do Pacífico Ocidental, onde a taxa de 4,3 mortes por 100.000 habitantes resultou em quase 9.000 óbitos.

As **queimaduras** também contribuem expressivamente à carga global de morbidade na adolescência (73); (119). Em 2015, os países de baixa ou média renda africanos, do Sudeste Asiático e do Mediterrâneo Oriental apresentaram as maiores taxas de mortalidade de adolescentes devido ao fogo, ao calor e às substâncias quentes, com 3, 2 e 1 mortes por 100.000 adolescentes, respectivamente. Entre as mulheres com idade entre 15 e 29 anos, as taxas mais altas de óbitos relacionados ao fogo foram registradas no Sudeste Asiático, onde as taxas foram estimadas em 16,9 óbitos por 100.000 mulheres entre 15 e 29 anos em 2008 (172).

©Palash Khatri

2.3. Violência

A **violência interpessoal** é o uso intencional da força física ou poder contra outra pessoa com alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, retardo do desenvolvimento ou privação. Inclui os maus-tratos contra crianças, a violência juvenil e a violência de gênero (67). A violência juvenil é um termo comumente usado para descrever a violência interpessoal envolvendo crianças de 10 a 29 anos, que atinge picos no final da adolescência e início da idade adulta. Inclui homicídio, agressão, lutas, *bullying*, violência contra parceiros íntimos e abuso emocional (121). De acordo com as estatísticas oficiais, a maioria das vítimas e dos perpetradores da violência interpessoal na adolescência são do sexo masculino (12). Porém, algumas formas de violência são mais prontamente relatadas ou documentadas do que outras. Por exemplo, os homicídios, a violência de gangues e as lutas em via pública – que afetam desproporcionalmente adolescentes e jovens do sexo masculino – podem ser mais visíveis do que outras formas de violência, como agressão sexual ou violência por parceiros íntimos. Na última, a maioria das vítimas são meninas adolescentes e mulheres jovens (67).

Além das formas gerais de violência (por exemplo, abuso infantil), muitas adolescentes sofrem violência de gênero, ou seja, violência por parte de um parceiro íntimo ou familiar; violência sexual; tráfico; ataques com ácido; mutilação genital feminina; casamento infantil, precoce e forçado; e assédio sexual em escolas, locais de trabalho, lugares públicos e, cada vez mais, online, através da Internet ou das mídias sociais (121). As consequências da violência de gênero podem durar toda a vida. A violência sexual pode ocorrer em qualquer idade, mas acredita-se que tenha maior prevalência logo após o início da puberdade (12). A Estratégia Global estima que cerca de uma em cada 10 meninas menores de 20 anos (120 milhões) já foi vítima de violência sexual (11). Conforme observado acima, tanto a violência sexual quanto a violência por parceiros íntimos são perpetradas principalmente por homens e meninos contra mulheres e meninas, mas meninos e homens também podem ser vítimas, embora mais raramente (73). Globalmente, a prevalência de abuso sexual infantil é estimada em 18% das meninas e 8% dos meninos (67).

A violência interpessoal foi classificada como a segunda principal causa de morte em adolescentes de 15-19 anos de idade em 2015. Regionalmente, a violência interpessoal foi a principal causa de morte e DALYs perdidos nos países de baixa e média renda das Américas, causando 23 óbitos por 100.000 adolescentes em geral e extraordinárias 73 mortes por 100.000 adolescentes mais velhos do sexo masculino, representando 43% de todas as mortes nesse subgrupo. Também foi uma causa importante de morte nos países de baixa e média renda do Mediterrâneo Oriental (4 por 100.000 adolescentes em geral e 10 por 100.000 em adolescentes mais velhos) e a terceira principal causa de morte na adolescência nos países de alta renda (2 por 100.000 adolescentes em geral e 5 por 100.000 em adolescentes mais velhos) (Tabela 2.3).

A **violência coletiva** se refere ao uso instrumental da violência pelos membros de um grupo contra outro grupo, para atingir objetivos políticos, econômicos ou sociais. Inclui golpes, rebeliões, revoluções, terrorismo e guerra.

A **intervenção legal** refere-se às lesões provocadas por agentes da lei durante a detenção ou prisão de criminosos, repressão a transtornos, manutenção da ordem pública e cumprimento de ações judiciais. A violência coletiva e a intervenção legal são motivos importantes de preocupação em regiões específicas e nos contextos humanitários e frágeis. Em 2015, a violência coletiva e intervenção legal combinadas foram as principais causas de morte na adolescência (aproximadamente 27.000 mortos) nos países de baixa ou média renda do Mediterrâneo Oriental (Tabela 2.3), e também a principal causa de DALYs perdidos na adolescência (Tabela 2.5). A taxa de mortalidade específica por esta causa em meninos de 15 a 19 anos nesta região foi altíssima, seguidos em meninos de 10 a 14 anos e nas adolescentes em geral (33, 22, e 18,5 mortos por 100.000, respectivamente). A taxa de mortalidade específica por essa causa na população adolescente em geral nos países de baixa ou média renda do Mediterrâneo Oriental foi de 23 mortes por 100.000 adolescentes, contra apenas 3 mortes por 100.000 adolescentes em escala mundial.

"Ontem à noite, era minha vez de buscar água. Fico muito cansada quando vou buscar água, mas minha mãe diz, 'é seu dever, você precisa terminá-lo e não fazer coisas inúteis'. Mesmo assim, fui ao circo e não terminei nenhuma das minhas tarefas. Quando voltei, apanhei muito da minha mãe."

Jovem adolescente na Índia

2.4. Saúde sexual e reprodutiva, inclusive o HIV

A **Aids** foi a oitava principal causa de morte entre adolescentes em 2015, provocando aproximadamente 44.000 óbitos (16a). Foi também a quarta causa de mortes e DALYs perdidos na adolescência em países de baixa e média renda africanos (Tabelas 2.3 e 2.5). Esses números incluem a tuberculose relacionada à Aids, que será descrita na próxima Seção. A morbimortalidade global relacionada à Aids é fortemente influenciada pelo grande impacto que a doença continua tendo na África Subsaariana. A taxa de mortalidade de adolescentes devido à Aids em países de baixa e média renda africanos é de aproximadamente 17 mortes por 100.000 adolescentes (Tabela 2.3). Em termos globais e na África, a mortalidade associada à Aids entre adolescentes mais velhos tem aumentado, enquanto a mortalidade em todas as outras faixas etárias tem diminuído (123).

Cerca de dois terços de adolescentes que vivem com HIV em 2015 adquiriram o HIV de suas mães, durante a gestação, parto ou nos primeiros meses de vida (330). O terço restante de adolescentes vivos com HIV foram infectados na adolescência. Estima-se que mais de 250.000 jovens de 15 a 19 anos haviam sido recém diagnosticados com HIV em 2015 (123) (aidsinfo.unaids.org). Nessa faixa etária, as meninas representam duas de cada três novas infecções por HIV globalmente. Na África Subsaariana, esse número é quase 8 em cada 10. Adolescentes são menos propensos do que os adultos a fazer o exame de HIV e têm menor probabilidade de retornar aos serviços, seja o resultado positivo ou negativo (124).

Outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) podem facilitar a transmissão sexual do HIV, causar alterações celulares que precedem alguns tipos de câncer, reduzir a fertilidade masculina e feminina e ter efeitos adversos sobre o bem-estar geral dos indivíduos. No entanto, os dados sobre DSTs são limitados e inconsistentes entre e dentro das regiões e países, principalmente os dados desagregados por idade e sexo. Isso torna difícil obter uma imagem clara de quem é mais afetado e onde eles estão localizados para permitir uma resposta global apropriada. Estima-se que, na população de 15-49 anos, ocorram a cada ano 357 milhões de novos casos de quatro DSTs curáveis: clamídia (131 milhões), gonorréia (78 milhões), sífilis (6 milhões) e tricomoníase (142 milhões) (137).

A prevalência de algumas DSTs virais incuráveis é igualmente alta: cerca de 417 milhões de pessoas que vivem com o herpes simples tipo 2 (HSV-2) e aproximadamente 291 milhões de mulheres vivem com o papilomavírus humano (HPV). Globalmente, existem grandes diferenças regionais nas prevalências de DSTs. Por exemplo, em 2012, a prevalência de HSV-2 genital em mulheres de 15 a 49 anos foi maior na África (31%), contra apenas 8% no Sudeste Asiático (126); (137).

Por razões múltiplas, adolescentes sexualmente ativos têm um risco particularmente alto de contrair DSTs em comparação com outras faixas etárias. Esses incluem maior exposição, suscetibilidade biológica a infecções e acesso e/ou utilização relativamente baixa de serviços de saúde (128). Por exemplo, a idade de pico para contrair infecção pelo HPV ou HSV-2 tanto para homens quanto para mulheres é pouco depois da primeira relação sexual, que geralmente acontece na adolescência (127); (129); (137).

As **afecções maternas** incluem hemorragia, sepse, distúrbios hipertensivos, trabalho de parto obstruído, complicações do aborto, mortalidade materna indireta, óbitos maternos tardios e óbitos maternos agravadas pela Aids, tuberculose e outras infecções ou doenças não transmissíveis. As adolescentes têm altas taxas de gravidez indesejada, o que pode levar a uma série de resultados físicos, sociais e econômicos adversos. Mundialmente, 11% de todos os partos ocorrem em meninas de 15 a 19 anos (130). As afecções maternas foram a principal causa de morte nesse grupo em 2015, causando 10 óbitos por 100.000 adolescentes (Tabela 2.1). A taxa de mortalidade materna entre as meninas de 19 anos é muito alta nos países de baixa e média renda da África (36 por 100.000), seguida pelos países de baixa e média renda do Mediterrâneo Oriental, do Sudeste Asiático e das Américas (9, 7 e 3 óbitos por 100.000 habitantes, respectivamente).

Geralmente, três tipos de atraso no atendimento contribuem para a mortalidade materna: atraso em decidir buscar atenção (por parte da mulher, da família ou de ambos); demora em chegar a um centro de saúde adequado; e demora em receber atendimento adequado já no centro de saúde (133). Além disso, as adolescentes grávidas enfrentam desafios de saúde materna específicos à sua imaturidade física e psicológica e autonomia limitada. São mais propensas a ter outra gravidez no primeiro ano após o parto, o que pode colocá-las e seus filhos em risco (131); (393).

Comparadas às mulheres adultas, as adolescentes também sofrem uma parcela significativa e desproporcional da mortalidade e incapacidade devida a práticas de aborto inseguras (132); (133). Nos países em desenvolvimento, o número de abortos entre adolescentes é estimado entre 2,2 milhões e 4 milhões por ano. Devido às restrições legais e sociais sobre o acesso ao aborto seguro em muitas partes do mundo, as adolescentes frequentemente recorrem a procedimentos inseguros realizados por prestadores não qualificados e/ou em condições inseguras. As estimativas indicam que 14% de todos os abortos inseguros em países em desenvolvimento envolvem adolescentes de 15 a 19 anos (133), enquanto 11% de todos os nascimentos ocorrem nessa faixa etária (393). Desses abortos inseguros realizados em adolescentes nos países em desenvolvimento, a África responde por 26%, enquanto a América Latina e o Caribe juntos respondem por mais 15% (133).

A **mutilação genital feminina** compreende procedimentos para remover a genitália externa, parcialmente ou totalmente, ou mutilar os órgãos genitais femininos de qualquer outra maneira por razões não médicas (135). Nenhuma forma de MGF traz benefícios para a saúde. Pelo contrário, a remoção ou lesão do tecido genital saudável interfere no funcionamento natural do corpo e pode causar várias consequências de saúde imediatas e a longo prazo (252). A MGF é realizada sobretudo em meninas de 0 a 15 anos. A prática é predominante em 30 países da África e em vários da Ásia e do Oriente Médio, mas agora também está presente em todo o mundo devido à migração internacional. Na África, estima-se que 12 milhões de meninas de 10 a 14 anos tenham sofrido complicações de saúde relacionadas à MGF, principalmente na Etiópia, Quênia, Nigéria e Uganda (136); (252).

Outras questões importantes de saúde reprodutiva e sexual com grande impacto na saúde de adolescentes incluem o casamento forçado e/ou precoce e acesso inadequado à contracepção (125); (138); (315). Esses serão descritos na Seção 2.8 e na Seção 3.

2. Carga de doença e lesão e fatores de risco

2.5. Doenças transmissíveis

As **infecções das vias aéreas inferiores**, como a gripe (influenza), a pneumonia pneumocócica e a infecção pelo Haemophilus influenzae tipo B, foram uma das principais causas da morte de adolescentes tanto em nível mundial como na maioria das regiões da OMS modificadas em 2015 (Tabela 2.3). As infecções das vias aéreas inferiores foram uma causa particularmente importante de óbito em adolescentes jovens, tendo provocado mais de 40.000 óbitos mundialmente em jovens de 10-14 anos em 2015 (Tabela 2.1). Essa foi a principal causa de morte em adolescentes mais jovens em países de baixa e média renda na África, causando mais de 27.000 óbitos – mais de metade de todas as mortes por essa causa em adolescentes jovens em todo o mundo.

As **doenças diarreicas**[6] são principalmente causadas por infecções que apresentam uma via de transmissão fecal-oral – ou seja, os organismos causadores geralmente são ingeridos através de alimentos ou água contaminados. Trata-se uma causa particularmente importante de morte em adolescentes jovens (Tabela 2.1). Globalmente, as doenças diarreicas ocuparam o quarto e segundo lugar em 2015 como causa de óbito entre meninos e meninas adolescentes, respectivamente (Tabela 2.1). A definição de doenças diarreicas utilizadas aqui inclui a febre tifoide. Em 2008, a OMS estimou de forma conservadora a incidência global anual de febre tifoide em 21 milhões de casos, dos quais 1 a 4% tiveram desfecho letal (139). Estima-se que 90% dessas mortes ocorreram na Ásia, e as crianças em idade escolar (de 5 a 15 anos) foram afetadas desproporcionalmente em comparação com as crianças menores de 5 anos de idade. Em 2015, as doenças diarreicas tiveram o maior impacto na saúde de adolescentes nos países de baixa e média renda da África e Sudeste Asiático, onde foram as segunda e quarta principais causas de morte de adolescentes, ocasionando mais de 44.000 e 13.000 óbitos de adolescentes, respectivamente (Tabela 2.3). As doenças diarreicas também foram a segunda e nona principais causas de DALYs perdidos na adolescência nas mesmas regiões modificadas da OMS em 2015 (Tabela 2.5). Nos países de baixa e média renda do Sudeste Asiático, as adolescentes sofreram maior carga de doenças diarreicas do que adolescentes – embora, em cada sexo, adolescentes mais jovens sejam afetados desproporcionalmente

©Palash Khatri

A **meningite** foi a terceira principal causa de morte mundial de adolescentes jovens em 2015 (Tabela 2.1). Também ficou em terceiro lugar como causa geral de morte entre todos adolescentes em países de baixa e média renda africanos (causando mais de 41.000 óbitos) e foi a terceira causa principal de DALYs perdidos nessa região da OMS modificada (Tabelas 2.3 e 2.5). Os casos de meningite meningocócica ocorrem em todo o mundo. No entanto, grandes epidemias recorrentes constituem um enorme fardo para a saúde pública nos 26 países africanos do chamado Cinturão da Meningite, que abrange desde a Mauritânia, o Senegal, a Gâmbia e a Guiné-Bissau no oeste da África até o Sudão, Eritreia, Etiópia, Quênia e Tanzânia no leste (140).

A **malária** ocorre em grande parte na região da África, que respondeu por 394.000 óbitos (92% de todas as mortes globais por malária) em 2015 (142). Quase todos os casos restantes de malária ocorreram na Região do Sudeste Asiático (26.200 ou 7%) e na Região do Mediterrâneo Oriental (7.300 ou 2%). Em áreas de transmissão muito alta, as taxas de mortalidade por malária começam a diminuir por volta dos 2 anos de idade; a incidência de malária febril aguda decai posteriormente na infância ou na adolescência, com a aquisição da imunidade parcial decorrente de exposição repetida à malária (122). Acredita-se que o sucesso recente em reduzir a transmissão da malária em áreas nas quais era altamente endêmica deverá resultar em menos crianças – incluindo adolescentes – adquirindo imunidade à malária do que no passado.. Portanto, estes adolescentes serão mais vulneráveis à infecção por malária (144).

A **tuberculose**, inclusive a tuberculose relacionada à Aids, ocorre principalmente na África, no Sudeste Asiático e no Pacífico Ocidental, com incidência de 275, 246 e 86 casos por 100.000 habitantes na população geral respectivamente (145). A adolescência é um período em que o risco de contrair tuberculose aumenta, especialmente a doença do tipo adulto (ou seja, a tuberculose com baciloscopia positiva, altamente infecciosa) (146). Acredita-se que a tuberculose em adolescentes seja inadequadamente reconhecida e subestimada nos programas de saúde infantil e da adolescência, especialmente aqueles que atendem pacientes de alto risco (por exemplo, adolescentes desnutridos ou com HIV).

[6] Aqui, as doenças diarreicas são definidas como aquelas causadas por bactérias, vírus e protozoários patogênicos, inclusive cólera, shigelose, infecções por E. coli, enterite por Campylobacter, criptosporidiose, enterite rotaviral, Aeromonas, Clostridium difficile, norovírus, febre tifoide, febre paratifoide e outras bactérias transmitidas por alimentos.

2.6.
Doenças não transmissíveis e desnutrição

A **anemia ferropriva** foi classificada como a principal causa de DALYs perdidos na adolescência em 2015. Exceto em adolescentes mais velhos do sexo masculino, foi a principal causa de DALYs perdidos em ambos os sexos e todas as faixas etárias. Em 2015, a taxa mais alta de DALYs perdidos por anemia ferropriva na adolescência foi observada nos países de baixa e média renda do Sudeste Asiático (1.179/100.000) e nos países de baixa e média renda africanos (1.098/100.000) (Tabela 2.5).

As **malformações congênitas**, tais como defeitos do tubo neural (por exemplo, espinha bífida), anomalias cardíacas, síndrome de Down e anemia falciforme, geralmente têm seus maiores efeitos em lactentes e crianças mais novas, mas também têm grande impacto na saúde de adolescentes (147). Em 2015, as anomalias congênitas causaram 1-2 óbitos por 100.000 adolescentes na maioria das regiões modificadas da OMS, com taxas mais elevadas nos países de baixa e média renda africanos (7/100.000) e do Mediterrâneo Oriental (4/100.000). Essa foi a quarta principal causa de morte em países de alta renda e a quinta principal causa nos países de baixa e média renda europeus e do Pacífico Ocidental (Tabela 2.3). Muitos países africanos têm uma prevalência de doença falciforme de 2%, e adolescentes são um dos grupos mais vulneráveis a complicações e morbimortalidade (148); (254). Aproximadamente 11% dos pacientes com doença falciforme sofrem AVCs clinicamente aparentes antes dos 21 anos de idade (149).

A **leucemia** também causou 1-2 mortes por 100.000 adolescentes em todas as regiões modificadas da OMS em 2015, representando a terceira principal causa de morte entre adolescentes nos países de baixa ou média renda do Pacífico Ocidental. Adolescentes do sexo masculino, especialmente os mais velhos, são o grupo que mais morre de leucemia.

As taxas de mortalidade por **acidente vascular cerebral (AVC)** foram mais elevadas entre adolescentes de países de baixa ou média renda na África e no Mediterrâneo Oriental em 2015, com cerca de 4 óbitos por 100.000 habitantes em ambas as regiões. Como destacado anteriormente, a anemia falciforme é uma causa importante de AVC em adolescentes; os distúrbios imunitários, lesões arteriais preexistentes e doença cerebrovascular são outras causas prováveis.

A **asma** é uma doença respiratória crônica que foi a quinta principal causa de DALYs perdidos na adolescência nos países de baixa e média renda das Américas (Tabela 2.5). Em países de alta renda, a asma muitas vezes é mais bem controlada do que outras doenças respiratórias crônicas (150). Porém, ainda se acredita que a asma é subdiagnosticada nesses países, particularmente em crianças e adolescentes, e a asma de muitos pacientes não está bem controlada (150). Nos países de baixa e média renda, a maioria dos casos de asma são subdiagnosticados e tratados inadequadamente, causando morbimortalidade significativa.

As **doenças de pele**, inclusive dermatite, psoríase, sarna, micoses, infecções virais da pele e acne vulgaris, foram estimadas como as terceira e quinta causas de DALYs perdidos na adolescência nos países de baixa e média renda do Pacífico Ocidental e do Sudeste Asiático em 2015, respectivamente. A acne é a doença de pele mais prevalente nas populações adolescentes, e é quase universal; pode variar de formas leves a graves e pode provocar angústia emocional e cicatrizes físicas (151); (152).

Outras doenças não transmissíveis importantes que afetam adolescentes incluem o diabetes, a cardiopatia isquêmica, as doenças de pele e tecidos subcutâneos, a enxaqueca e as doenças dos órgãos dos sentidos, como aquelas que causam perda de visão e audição (143).

> *"Eu acho que os mais velhos do que eu não gostam de se mexer. Eles ficam sentados o tempo todo. Eles comem, bebem e ficam onde estão. Eles não se mexem. Eles não brincam. Se eles brincassem, conseguiriam digerir o que eles comem. Eles preferem ficar sentados."*
>
> **Adolescente jovem na Cisjordânia/Faixa de Gaza**

2.7. Saúde mental, uso de substâncias e autolesão

A **autolesão** foi a terceira principal causa de morte em adolescentes em 2015, resultando em aproximadamente 67.000 óbitos (Tabela 2.1). Essa cifra engloba tanto o suicídio como a morte acidental resultante de autolesões sem intenção suicida. Quase metade das mortes de adolescentes por autolesão ocorreu nos países de baixa e média renda do Sudeste Asiático, onde a grande população de adolescentes e alta taxa de mortalidade específica (9 por 100.000) resultaram em quase 32.000 óbitos. A autolesão também foi uma causa importante de DALYs perdidos em países de baixa e média renda da Europa e do Sudeste Asiático (Tabela 2.5). Pesquisas nacionais recentes de adolescentes de 13-15 anos no Sudeste Asiático encontraram taxas de planejamento de suicídio de até 19% e 13% nas Maldivas e 15% e 14% na Tailândia, respectivamente; as taxas eram semelhantes em meninos e meninas (153). A autolesão também foi uma causa importante de morte nos países de alta renda e nos países de baixa e média renda europeus, do Pacífico Ocidental e das Américas. A autolesão ocorreu em grande parte entre adolescentes mais velhos. Em adolescentes mais velhas, foi a segunda principal causa de morte. Embora tanto as tentativas de suicídio quanto a autolesão não suicida sejam agrupadas na categoria de "autolesão" acima, suas motivações e formas geralmente diferem, como mostra a Tabela 2.8. Adolescentes são a faixa etária com maior risco de autolesão deliberada sem intenção suicida (154). Embora existam variações internacionais, muitos estudos baseados na comunidade descobriram que aproximadamente 10% de adolescentes se machucam intencionalmente (155). Os métodos de autolesão variam. Por exemplo, uma pesquisa europeia constatou que cortar-se é o método mais comum de autolesão em adolescentes na comunidade, enquanto o envenenamento é, de longe, o método mais comum usado por adolescentes que chegam a um hospital (155).

Tabela 2.8. Diferenças entre tentativa de suicídio e autolesão não suicida

Tentativa de suicídio	Autolesão não suicida
A intenção é acabar com a própria vida.	Nenhuma intenção suicida.
Pode ser impulsiva, mas na maioria dos casos há um sentimento crônico de desesperança ou solidão.	O estado emocional é de raiva, desesperança ou angústia aguda e intolerável.
Formas mais graves e potencialmente mortais de comportamentos autodestrutivos são características (por exemplo, intoxicação exógena, enforcamento, pular de altura, uso de armas de fogo).	Formas menos graves de comportamentos autodestrutivos que geralmente não ameaçam a vida são características (por exemplo, morder-se, cortar a pele, queimar ou congelar a pele). Geralmente, a pessoa está ciente que o comportamento pode causar lesões graves, mas não ameaça a vida em si.
Há um risco claro de tentativas de suicídio repetidas, mas com menor frequência do que autolesão sem intenção suicida.	A autolesão recorrente é comum.

Fonte: (156)

Os **transtornos depressivos** são a terceira principal causa de DALYs perdidos na adolescência em escala mundial, e os **transtornos de ansiedade** são a quinta (Tabela 2.4). Os transtornos depressivos estão entre as cinco principais causas de DALYs perdidos em todas as regiões modificadas da OMS, exceto nos países de baixa ou média renda do Pacífico Ocidental e da África. Nestes últimos, apesar de não estar entre as cinco principais causas, a taxa de DALYs perdidos por transtornos depressivos é maior do que na maioria das regiões restantes. Os transtornos de ansiedade, inclusive transtorno de ansiedade generalizada, fobia social e transtorno de estresse pós-traumático, são a terceira causa de DALYs perdidos por adolescentes nos países de alta renda, e a quarta principal causa nos países de baixa ou média renda do Pacífico Ocidental (Tabela 2.5).

Os **transtornos do espectro autista** consistem em uma série de condições caracterizadas por certo grau de deficiência no comportamento social, comunicação e linguagem, e uma gama restrita de interesses e atividades que são únicas ao indivíduo e realizadas de forma repetitiva (107). Estimativas regionais da prevalência de distúrbios do espectro autista só estão disponíveis para as regiões da OMS da Europa e das Américas, onde são semelhantes (62 e 65 por 10.000 crianças, respectivamente) (157). Poucos estudos sobre distúrbios do espectro autista foram realizados em países de baixa e média renda. No entanto, com base nos estudos epidemiológicos existentes, a prevalência relatada desses distúrbios deve aumentar globalmente (107).

Transtorno de conduta da infância é um termo genérico que inclui transtornos de conduta, que são caracterizados por comportamento repetidamente agressivo, desobediente ou desafiador que é persistente, grave e inapropriado para o nível do desenvolvimento de adolescente (37). Estima-se que esses transtornos sejam uma causa importante de DALYs perdidos na adolescência em todas as regiões modificadas da OMS, especialmente em adolescentes de 10-14 anos do sexo masculino onde em 2015, estiveram entre as cinco principais causas de DALYs perdidos nesse grupo em todas as regiões modificadas da OMS, exceto nos países de baixa ou média renda da África.

2.8.
Cargas em contextos humanitários e frágeis

Os contextos humanitários e frágeis incluem os conflitos armados ou situações pós-conflito, desastres naturais, epidemias, fome e instabilidade socioeconômica ou política prolongada (11). Os desafios de saúde nessas situações são particularmente agudos nas populações móveis, nas comunidades deslocadas internamente e nas pessoas que estão vivendo em campos de refugiados ou assentamentos temporários (11). A Tabela A2.1 do Anexo 2 resume as principais formas em que os conflitos em larga escala ou desastres naturais influenciam a saúde das populações em geral.

Em escala mundial, as piores taxas de morbimortalidade evitável entre mulheres, adolescentes e crianças ocorrem em contextos humanitários e frágeis (50). Muitas cargas de saúde aumentam em tais contextos porque as infraestruturas de governança e saúde se desmoronam, e os serviços sociais e de proteção da saúde tornam-se muito menos acessíveis (50). Embora muitas vezes ainda sejam crianças, adolescentes assumem responsabilidades de adultos em situações de emergências, inclusive cuidar de irmãos ou gerar receita para sustentar suas famílias (158). Aqueles que são separados de suas famílias durante uma emergência perdem os meios de subsistência, segurança e proteção oferecidos pelas estruturas familiares. Eles podem ser obrigados a abandonar a escola, se casar antes da hora ou fazer relações sexuais para atender às suas necessidades básicas de sobrevivência. Adolescentes especialmente vulneráveis em contextos humanitários e frágeis incluem aqueles que são ou estão: jovens (10 a 14 anos); deficientes; membros de minorias étnicas ou religiosas; crianças-soldados ou outras crianças associadas a forças de combate; mães; órfãos; chefes de família; sobreviventes de violência sexual, tráfico humano ou outras formas de violência de gênero; envolvidos em sexo transacional; em relações homossexuais; ou portadores do HIV (47).

Em tais crises, as preocupações mais importantes com a saúde de adolescentes incluem:

- **desnutrição (por exemplo, caquexia, baixo peso inferior ou carência de micronutrientes);**
- **assistência, tratamento e atenção inadequada a adolescentes com deficiências ou lesões;**
- **violência, por exemplo, aquela sofrida pelas crianças-soldados (predominantemente do sexo masculino) e pelos sobreviventes de exploração e abuso sexual (inclusive casamento precoce ou forçado e mutilação genital feminina), que são principalmente meninas e mulheres;**
- **HIV e outras DSTs, gravidez precoce, afecções maternas, aborto perigoso e necessidades de SSR gerais, por exemplo, acesso a preservativos e outras formas de contracepção;**
- **necessidades de água, saneamento e higiene, por exemplo, materiais e instalações para higiene menstrual; e**
- **problemas de saúde mental, por exemplo, ansiedade ou trauma (12); (39); (41); (46); (48); (50); (158); (159); (161); (268).**

Algumas dessas condições estão intimamente inter-relacionadas. Por exemplo, a violência sexual pode resultar em múltiplas cargas de morbidade, inclusive lesões físicas, DSTs, gravidez não intencional, sofrimento não patológico (por exemplo, medo, raiva, culpa, vergonha, tristeza), transtornos de ansiedade (por exemplo, transtorno de estresse pós-traumático), depressão, queixas somáticas medicamente inexplicáveis, distúrbios de uso do álcool e outras substâncias e ideias suicidas e autolesão. O trauma social pode incluir o estigma, que pode levar à exclusão social, discriminação e rejeição por parte da família e da comunidade (161).

As adolescentes têm um risco particularmente elevado de abuso e exploração durante crises humanitárias, aumentando a sua vulnerabilidade a iniciação sexual precoce, gravidez indesejada e DSTs, inclusive o HIV (158). Elas são facilmente alvo de abuso porque têm experiência, opções e habilidades de vida limitadas para negociar seus direitos. Em muitos contextos afetados por conflitos, a violência sexual e de gênero – inclusive o casamento forçado – é uma arma de guerra usada contra meninas (162).

Mesmo dentro de um ambiente familiar relativamente protegido, a escassez de recursos, as oportunidades de emprego limitadas para os cuidadores e a falta de mecanismos de proteção durante crises humanitárias podem contribuir para que as famílias organizem casamentos para suas filhas, a fim de aliviar a carga doméstica e garantir pagamentos de dote. As famílias podem encarar o casamento de suas filhas como uma forma de proteger as meninas e preservar sua honra contra violações e vulnerabilidades externas, como violência sexual e assédio. Na Jordânia, por exemplo, a proporção de casamentos registrados entre a comunidade de refugiados sírios nos quais a noiva tinha menos de 18 anos aumentou de 12% em 2011 (aproximadamente o mesmo índice que na Síria antes da guerra) para 18% em 2012, chegando a 25% até 2013 (134); (163). O número de meninos sírios registrados como casados em 2011 e 2012 na Jordânia foi de 1%, sugerindo que as meninas estão casando com homens mais velhos (134). O casamento infantil entre os refugiados sírios também aumentou no Iraque e no Líbano (194).

Uma maneira importante pela qual os meninos adolescentes podem ser afetados pela violência em ambientes de conflito é como crianças-soldados, que podem sofrer lesões relacionadas ao combate, como perda de audição, visão ou membros (12). Essas lesões refletem em parte a maior sensibilidade dos corpos das crianças, e em parte as formas em que podem estar envolvidas em conflitos – é comum que as crianças sejam forçadas a assumir tarefas particularmente perigosas, como colocar e detectar minas terrestres. As crianças recrutas também estão propensas a riscos para a saúde não diretamente relacionados ao combate, inclusive lesões causadas pelo porte de armas e outras cargas pesadas, desnutrição, infecções respiratórias e de pele e outras doenças infecciosas, como a malária. As meninas e, embora mais raramente, os meninos recrutas são muitas vezes obrigados a ter relações sexuais além de lutar. Além disso, as crianças recrutas às vezes recebem drogas ou álcool para incentivá-las a lutar, criando problemas de dependência de substâncias. Adolescentes recrutados para exércitos governamentais regulares são geralmente submetidos à mesma disciplina militar que os soldados adultos, incluindo ritos de iniciação, exercícios severos, punições e degradação projetados para quebrar sua vontade. O impacto dessa disciplina em adolescentes pode ser altamente prejudicial do ponto de vista mental, emocional e físico.

3. Intervenções baseadas em evidência

Principais mensagens:

- Embora existam lacunas importantes na base de evidência das intervenções para promover e proteger a saúde de adolescentes, muitas intervenções têm uma base substancial de evidências. Os países podem tomar medidas eficazes agora para promover e proteger saúde de adolescentes.
- O setor de educação pode ser particularmente importante para influenciar o comportamento, a saúde e o bem-estar de adolescentes através de iniciativas intensivas, a longo prazo e em grande escala implementadas por profissionais.
- • Muitas intervenções eficazes de saúde de adolescente são específicas para adolescentes. Esses se dirigem ou a todas as populações adolescentes (por exemplo, educação sobre sexualidade integral ou serviços de saúde amigáveis à adolescentes) ou a subpopulações específicas que são particularmente vulneráveis (por exemplo, suplementação de ferro, circuncisão masculina médica voluntária, vacinação antimeningocócica, prevenção de suicídio ou prevenção da mutilação genital feminina).
- Para reduzir algumas importantes cargas da adolescência, é necessário adaptar as intervenções aplicadas à população geral às necessidades específicas de adolescentes. Isso inclui a necessidade de limites de alcoolemia mais rígidos para condutores adolescentes e suporte adicional à aderência ao tratamento e à divulgação da condição de soropositivo para adolescentes que vivem com HIV.
- Para reduzir outras importantes cargas e fatores de risco da adolescência, é importante assegurar que intervenções que atendam todas as faixas etárias sejam prestadas com qualidade e cobertura universal, por exemplo, fazer cumprir as leis e políticas de trânsito; fornecer infraestrutura adequada de saneamento e de água; e implementar políticas e leis que reduzam a acessibilidade do tabaco, das bebidas alcoólicas e dos alimentos e bebidas não saudáveis.

Há lacunas importantes na base de evidência das intervenções para promover e proteger o desenvolvimento, saúde e bem--estar de adolescentes.[1] Todavia, muitas intervenções foram implementadas, avaliadas e tiveram sua eficácia demonstrada. Essa Seção descreve as intervenções de saúde de adolescentes que possuem base em evidências.

Especificamente:

- A Seção 3.1 apresenta um resumo das intervenções positivas para a saúde e desenvolvimento de adolescentes;
- As Seções 3.2 a 3.7 descrevem cada uma das 27 intervenções para saúde de adolescentes da Estratégia Global, organizadas sob seis categorias amplas de saúde; e
- A Seção 3.8 aborda as intervenções para saúde de adolescentes em contextos humanitários e frágeis.

Cada uma das 27 intervenções de saúde para adolescentes da Estratégia Global (Tabela 3.1, coluna 1) descrita nessa Seção é ilustrada por exemplos que visam as áreas-chave de saúde e desenvolvimento de adolescentes identificadas nas Seções 1 e 2 (Tabela 3.1, coluna 2). Os exemplos de intervenção foram selecionados principalmente a partir de uma revisão de diretrizes recentes e relevantes de todos os departamentos da OMS. No entanto, quando essas fontes se revelaram insuficientes, a revisão foi ampliada para outras publicações da ONU relacionadas ao tema e, se necessário, para outras publicações importantes de agência internacionais e/ou artigos de revisão publicados em revistas acadêmicas. É importante notar que os exemplos de intervenção fornecidos aqui não são exaustivos. A metodologia utilizada para selecionar os exemplos específicos de intervenções apresentados é descrita em maior detalhe na Seção A1.2.2 do Anexo 1.

No Anexo 3, para ilustrar ainda mais a variedade de possíveis recursos e abordagens que os governos nacionais podem empregar, as intervenções baseadas em evidências são descritas em maior detalhe para determinadas condições importantes da adolescência – ou para fatores de risco ou de proteção importantes – dentro de cada uma das oito principais categorias, como segue:

- A3.1. Desenvolvimento positivo;
- A3.2. Lesão não intencional: acidentes de trânsito;
- A3.3. Violência: violência juvenil;
- A3.4. Saúde sexual e reprodutiva, inclusive HIV: gravidez precoce e/ou indesejada, HIV/Aids;
- A3.5. Doenças transmissíveis: Condições relacionadas à água, saneamento e higiene;
- A3.6. Doenças não transmissíveis, nutrição e atividade física: doenças não transmissíveis relacionadas à desnutrição, sedentarismo, excesso de peso e tabagismo;
- A3.7. Saúde mental, uso de substâncias e autolesão: suicídio;
- A3.8. Condições em contextos humanitários.

[1] A Estratégia Global lista muitas intervenções baseadas em evidências separadamente para mulheres, crianças e adolescentes. No entanto, como faixa etária, adolescentes (10-19 anos) sobrepõem-se às crianças (0-17 anos) e mulheres (18-19 anos). De fato, muitas das intervenções da Estratégia Global identificadas como sendo especificamente para crianças (por exemplo, relacionadas à diarreia) ou para mulheres (por exemplo, relacionadas à saúde materna) também abordam as principais condições de saúde de adolescente. As 27 intervenções da Estratégia Global aqui descritas sintetizam: (a) 26 intervenções para crianças e adolescentes que são diretamente relevantes para a saúde de adolescentes; e (b) uma intervenção composta adicional que representa as 48 intervenções de saúde materna da Estratégia Global.

Tabela 3.1. Intervenções de saúde para adolescentes baseadas em evidências e as condições que visam (incluindo as áreas de intervenção recomendadas na Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e de Adolescentes)

ÁREA DE INTERVENÇÃO COM BASE CIENTÍFICA [a]	EXEMPLO DE CONDIÇÃO IMPORTANTE VISADA
3.1. Desenvolvimento positivo	
Serviços de saúde amigáveis à adolescentes; intervenções escolares de saúde, higiene e nutrição; iniciativas multissetoriais.	Desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial (ver também Anexo A3.1)
3.2. Lesão não intencional	
EG 1. Prevenção das lesões.	(a) Acidente de trânsito (ver também Anexo A3.2)
	(b) Afogamento
EG 2. Avaliação e manejo de adolescentes que apresentam lesão não intencional, inclusive lesão relacionada ao álcool.	Queimaduras
3.3. Violência	
EG 3. Prevenção da violência.	Violência juvenil (ver também Anexo A3.3)
EG 4. Prevenção e resposta ao abuso infantil.	Abuso de adolescentes
EG 5. Prevenção e resposta à violência sexual e outros tipos de violência de gênero.	Violência sexual e/ou de gênero
3.4 Saúde sexual e reprodutiva, inclusive HIV	
EG 6. Educação sexual integral.	Sexo desprotegido
EG 7. Serviços integrais de informação, aconselhamento e saúde sexual e reprodutiva, inclusive contracepção.	Gravidez precoce e/ou indesejada (ver também Anexo A3.4.1)
EG 8. Prevenção e resposta a práticas prejudiciais, como mutilação genital feminina (MGF) e casamento precoce e forçado.	(a) Mutilação genital feminina
	(b) Casamento precoce e/ou forçado
EG 9. Atenção pré-gravidez, pré-natal, no parto, pós-parto, aborto (quando legal) e pós-aborto (todas as 48 intervenções baseadas em evidências), conforme relevante para adolescentes.[b]	Afecções maternas
EG 10. Prevenção, detecção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e do aparelho reprodutivo, inclusive HIV e sífilis.	HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)
EG 11. Circuncisão masculina médica voluntária em países com epidemias de HIV generalizadas.	HIV e outras DSTs
EG 12. Atenção integral a crianças que vivem com ou estão expostas ao HIV.	HIV e Aids (ver também Anexo A3.4.2)
3.5. Doenças transmissíveis	
EG 13. Prevenção, detecção e tratamento de doenças transmissíveis, inclusive tuberculose.	Tuberculose
EG 14. Vacinas de rotina, por exemplo, HPV, hepatite B, difteria/tétano, rubéola, sarampo.	DSTs
EG 15. Prevenção e manejo de doenças da infância, inclusive malária, pneumonia, meningite e diarreia.	(a) Malária
	(b) Infecções das vias aéreas inferiores
	(c) Doenças diarreicas (ver também Anexo A3.5)
EG 16. Gerenciamento de casos de meningite.	Meningite
3.6. Doenças não transmissíveis, nutrição e atividade física	
EG 17. Promoção de comportamentos saudáveis (por exemplo, nutrição, atividade física, evitar tabaco, álcool ou drogas).	Má alimentação, sedentarismo, tabagismo e acidente vascular cerebral (ver também Anexo A3.6.1)
EG 18. Prevenção, detecção e tratamento de doenças não transmissíveis.	(a) Leucemia
	(b) Asma
	(c) Doenças de pele
EG 19. Prevenção, detecção e tratamento da anemia, principalmente para as adolescentes. Suplementação de ferro onde convenha.	Anemia ferropriva (ver também Anexo A3.6.2)
EG 20. Tratamento e reabilitação de crianças com anomalias congênitas e deficiências.	Malformações e deficiências congênitas
3.7. Saúde mental, uso de substâncias e autolesão (ver também Anexo A3.7.1)	
EG 21. Atenção a crianças com atrasos no desenvolvimento.	Transtornos do desenvolvimento, inclusive os transtornos do espectro autista
EG 22. Atenção responsiva e estimulação.	Fatores de risco relacionados à criação
	(por exemplo, pouca supervisão, negligência, rejeição, aspereza)
EG 23. Apoio psicossocial e serviços relacionados para saúde mental e bem-estar de adolescentes.	(a) Transtornos depressivos unipolares
	(b) Transtornos de ansiedade
EG 24. Capacitação dos pais, se apropriado, para manejo de transtornos de conduta em adolescentes.	Transtornos de conduta
EG 25. Prevenção do abuso de substâncias.	Transtornos de uso de álcool e drogas
EG 26. Detecção e controle do uso perigoso e nocivo de substâncias.	Transtornos de uso de álcool e drogas
EG 27. Prevenção do suicídio e manejo dos riscos de autolesão/suicídio.	Suicídio (ver também Anexo A3.7.2)
3.8. Condições com prioridade particularmente alta em meios humanitários e frágeis	
Nutrição; lesão e incapacidade; violência; saúde sexual e reprodutiva; água, saneamento e higiene; intervenções de saúde mental.	As taxas mais elevadas de morbimortalidade passível de prevenção ocorrem em contextos humanitários e frágeis (50) (ver também Anexo A3.8)

Fonte: (11).

Legenda: Aids = síndrome da imunodeficiência adquirida; MGF = mutilação genital feminina; EG = Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e de Adolescentes (2016-2030) (11); HIV = vírus da imunodeficiência humana; DST = doença sexualmente transmissível.

[a] A fonte principal é a Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e de Adolescentes.

[b] A Estratégia Global identifica 48 intervenções com base científica que se relacionam à saúde materna e talvez sejam relevantes para adolescentes e mulheres. Essas são consolidadas na intervenção de saúde de adolescente nº 9 da Estratégia Global, como apresentado anteriormente.

3. Intervenções baseadas em evidência

3.1. Intervenções positivas de desenvolvimento e saúde

As intervenções para promover e garantir o desenvolvimento positivo de adolescentes abrangem muitos setores e visam diferentes aspectos físicos e psicossociais do desenvolvimento da adolescência. Os principais determinantes da saúde de adolescente estão, em grande parte, fora do sistema de saúde; por exemplo, normas familiares e comunitárias, educação, mercados de trabalho, políticas econômicas, sistemas legislativos e políticos, sistemas alimentares e ambiente urbano (132).

Trabalhar com pais, famílias e comunidades é especialmente importante devido ao seu grande potencial para influenciar positivamente o comportamento e a saúde de adolescentes. O setor de educação também oferece uma oportunidade crítica para iniciativas intensivas, de longo prazo e em grande escala implementadas por profissionais.

"Boas instalações na escola podem melhorar a sua saúde e a sua felicidade. Se você tem todos os instrumentos e equipamentos no seu laboratório, você se sente feliz em fazer muitas experiências todos os dias. E se temos uma biblioteca onde podemos ir a qualquer dia para levar qualquer livro que quisermos ler, aprendemos mais do que nós sabíamos antes, e isso pode nos deixar felizes e melhorar nossa saúde."

Jovem adolescente na Nigéria

A Tabela 3.2 fornece exemplos das principais intervenções de desenvolvimento positivo nos serviços de saúde, no setor educacional e na comunidade em geral (uma descrição mais detalhada encontra-se na Seção A3.1 do Anexo 3). É importante notar que as Tabelas 3.2-3.8 resumem as intervenções pelos principais níveis ecológicos em que funcionam. Porém, algumas intervenções funcionam em múltiplos níveis ecológicos (por exemplo, a participação de adolescentes).

Tabela 3.2. Intervenções para promover o desenvolvimento positivo de adolescentes

NÍVEL ECOLÓGICO	INTERVENÇÃO	EXPLICAÇÃO
Estrutural e organizacional	Serviços de saúde amigáveis para adolescentes	Os cuidados de saúde devem ser acessíveis e aceitáveis, promover a alfabetização em saúde e fornecer um pacote apropriado de serviços, inclusive consultas de rotina adequadas à idade (por exemplo, vacinas) (18). Serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) amigos de adolescentes são especialmente importantes, uma vez que o estigma e a discriminação proíbem adolescentes de acessá-los em muitas situações. *Vide* também Anexo A3.1.1.
	Escolas promotoras de saúde, inclusive educação em saúde	Tornar cada escola uma escola promotora de saúde conforme orientação da OMS. A educação em saúde baseada em competências, inclusive a educação sexual abrangente (ESI), centra-se no desenvolvimento de conhecimentos, atitudes, valores e habilidades para a vida necessários para tomar e agir sobre as decisões mais apropriadas e positivas em matéria de saúde. Veja também o Anexo A3.1.2.
	Serviços integrais de nutrição escolar	Estabelecer e implementar padrões para refeições fornecidas nas escolas, ou alimentos e bebidas vendidos nas escolas, que atendem a diretrizes nutricionais saudáveis. Implementar programas de alimentação escolar conforme necessário. *Vide* também Anexo A3.1.2.
	Intervenções escolares de higiene	Das muitas mudanças que ocorrem durante a puberdade, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) considera a menstruação como a que tem o efeito mais pronunciado sobre a frequência escolar, a qualidade do aprendizado e o aproveitamento da educação (19). Assegurar que as meninas tenham os materiais de que necessitam para a higiene menstrual. Instalações seguras de água e saneamento incluem sanitários individuais, com tranca, privada, água e sabão para lavagem, bem como um espaço privado adequado ao ar livre onde as meninas possam secar panos menstruais molhados e/ou um compartimento fechado ou incinerador para absorventes usados (*vide*, por exemplo, Estudo de caso 1). *Vide* também Anexo A3.1.2.
	Proteção de crianças online	Desenvolver e implementar uma estratégia nacional para proteção de crianças na Internet, inclusive um marco legal, recursos para aplicação da lei e mecanismos de notificação, recursos educacionais e de conscientização. *Vide* também Anexo A3.1.3.
	Intervenções de e-Saúde e saúde móvel para educação em saúde e participação de adolescentes em sua própria atenção	Explorar o potencial das intervenções de e-saúde e saúde móvel para adolescentes, focadas em temas específicos (por exemplo, manejo de doenças crônicas, educação de SSR, prevenção de DSTs) e empregando uma variedade de abordagens (por exemplo, aprendizagem online, videogames ativos, mensagens de texto e aplicativos para celular ou tablet). *Vide* também Anexo A3.1.3.
	Iniciativas para participação de adolescentes	A facilitação da participação de adolescentes inclui envolvê-los na concepção, implementação, governança e monitoramento e avaliação de programas. *Vide* também Anexo A3.1.3.
Comunitário e interpessoal	Intervenções para promover os 5 Cs	Intervenções para promover a competência, confiança, conexão, caráter e cuidado de adolescentes envolvem abordagens diversas, inclusive aquelas focadas em (a) aumentar a resiliência de adolescentes (por exemplo, mentoria); e (b) construção de conhecimentos, habilidades e recursos (por exemplo, programas educacionais para jovens em risco, treinamento vocacional). *Vide* também Anexo A3.1.3.
	Intervenções para pais ou cuidadores	Trabalhar com os pais para promover conexões emocionais positivas e estáveis com seus filhos adolescentes, promovendo conexão, regulação, autonomia psicológica, modelagem e provisão/proteção. *Vide* Orientação para profissionais de saúde em ambientes de saúde não especializados para intervenções psicopedagógicas dirigidas aos pais para promover bem-estar na adolescência (Seção A3.7.1.1 no Anexo 3). Os pais também podem ser encorajados a se comunicar com seus filhos sobre SSR, como complemento à ESI escolar. *Vide* também Seção 3.7.
Individual	Avaliação HEADSSS	A avaliação HEADSSS na atenção primária avalia o domicílio, educação, emprego, alimentação, atividade, drogas, sexualidade, segurança, ideação suicida e depressão no adolescente para prevenir e responder a problemas relacionados. *Vide* também Anexo A3.1.1.
	Comunicação breve sobre sexualidade	Profissionais de saúde capacitados devem fornecer uma breve comunicação sobre sexualidade para promover o bem-estar sexual de adolescentes, ajudá-los a estabelecer metas pessoais claras e abordar o descompasso entre intenção e comportamento. *Vide* também Anexo A3.1.1.

Fontes: (18); (19); (20); (21); (22); (23); (24); (25); (26); (27); (29); (30); (31); (32); (33); (34); (35); (36); (37); (70); (223).

"Participei de uma oficina da UNICEF para jovens onde nos ensinaram a ajudar os mais novos. E isso me deixou muito feliz porque eu pude ajudar muitas crianças da vizinhança, tipo dizer para eles não se envolverem com coisas erradas. E depois eles me encontraram e eles me agradeceram. Isso me deixou super feliz e muito satisfeita."

Adolescente mais velha na Colômbia

Um tema abrangente nas intervenções de desenvolvimento positivas é abordar as normas, papéis e relações de gênero que podem ser prejudiciais (59); (165). Por exemplo, a promoção equitativa de escolaridade, habilidades de subsistência, bens sociais, proteção contra a violência, comportamentos favoráveis à busca de saúde e acesso à educação em SSR para meninas adolescentes pode contribuir para a postergação do casamento, melhores resultados de saúde materna e infantil e maior disposição para investir na saúde e educação de seus filhos. As intervenções de desenvolvimento positivo também devem abordar como as normas de gênero afetam negativamente os meninos adolescentes. Por exemplo, embora haja alguma evidência de vínculos biológicos ou temperamentais ao comportamento agressivo e de risco, a maioria dos comportamentos violentos dos meninos é atribuída a fatores sociais e ambientais durante a infância e adolescência (165).

Os programas que envolvem modelos masculinos positivos (por exemplo, homens adultos que são carinhosos, flexíveis e envolvidos na criação dos filhos) e que expõem os meninos adolescentes a formas não violentas de expressar frustração e raiva podem ajudá-los a resolver conflitos de forma pacífica e construtiva e expressar suas emoções.

Estudo de caso 1

Programa nacional da Índia de higiene menstrual para adolescentes rurais.

Em 2012, em resposta às preocupações de que as meninas rurais indianas tinham acesso muito limitado a produtos sanitários e instalações sanitárias seguras, o Governo da Índia introduziu um programa nacional objetivando:

- aumentar a conscientização das adolescentes sobre a higiene menstrual, construir sua autoestima e empoderá-las;
- aumentar o acesso e uso de absorventes higiênicos de alta qualidade por adolescentes em áreas rurais; e
- garantir o descarte seguro de absorventes higiênicos de forma ecologicamente correta

Para gerar demanda por absorventes higiênicos de qualidade, foram realizadas atividades educacionais por agentes comunitários de saúde, através de outros mecanismos comunitários e em cursos escolares de habilidades para a vida. Por exemplo, os agentes comunitários de saúde devem realizar reuniões mensais para meninas adolescentes nas comunidades e acompanhar visitas domiciliares a meninas que não puderem comparecer a essas reuniões.

Para assegurar a disponibilidade regular de absorventes higiênicos de alta qualidade e preço razoável para meninas e mulheres, o Governo da Índia também desenvolveu uma estrutura de distribuição. Foram identificadas responsabilidades para os âmbitos estadual, distrital, de bloco, sub-bloco e povoado. Além disso, são realizadas distribuições especiais de produtos de higiene para adolescentes durante as reuniões comunitárias mensais anteriormente mencionadas e também nas escolas.

Fontes: (21); (166)

Os estudos de caso A3.1-A3.5 no Anexo 3 fornecem exemplos adicionais de intervenções de desenvolvimento positivas: serviços de saúde amigáveis aos jovens e educação em saúde nas escolas no Egito; serviços de saúde amigáveis aos jovens no Zimbábue para reduzir o índice de gestação não planejada; um projeto de promoção da saúde mental nas escolas na República Islâmica do Irã; o programa nacional da Suécia para fornecer refeições escolares a todos os alunos; e a experiência do Brasil com educação sexual baseada no currículo escolar.

3. Intervenções baseadas em evidência

3.2.
Intervenções contra a lesão não intencional

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 1: Prevenção de lesões

Exemplos: Acidentes de trânsito e afogamento

De trânsito: Embora os acidentes de trânsito sejam a principal ou segunda principal causa de morte na adolescência em quase todas as regiões da OMS, as intervenções com mais probabilidade de reduzi-los efetivamente podem diferir muito dependendo do contexto. Por exemplo, nos países em que as principais vítimas de acidentes de trânsito são motoristas adolescentes e seus passageiros, intervenções específicas para adolescentes (por exemplo, limites mais restritivos de alcoolemia e outras restrições sobre os jovens condutores) podem ser as intervenções mais eficazes para reduzir a carga de morbimortalidade.
Em contrapartida, em países onde poucos adolescentes são motoristas, mas as taxas de acidentes de trânsito entre pedestres, ciclistas e passageiros de transporte público adolescentes são altas, uma melhor implementação de intervenções em nível populacional (por exemplo, desincentivos jurídicos à condução arriscada, limites de velocidade e medidas de moderação de tráfego) pode ser aquelas mais eficazes para reduzir as lesões de trânsito em adolescentes. Tais condições são mais propensas a ocorrer em países de renda média e especialmente em países de baixa renda, nos quais 51% e 57% das mortes por acidentes de trânsito, respectivamente, envolvem usuários vulneráveis da malha viária (motociclistas, pedestres e ciclistas). Na prática, é provável que uma combinação de múltiplas intervenções de ambos os tipos, adaptadas ao contexto específico, maximize o impacto positivo.

As intervenções para reduzir as lesões de trânsito em adolescentes, estratificadas por nível ecológico, são resumidas na Tabela 3.3. Informações adicionais sobre essas intervenções se encontram na Seção A3.2 do Anexo 3.

©Hanalie Albiso

Tabela 3.3. Intervenções para prevenir e mitigar as lesões de trânsito em adolescentes

NÍVEL ECOLÓGICO	INTERVENÇÃO	EXPLICAÇÃO
Estrutural	Restrição da idade mínima para consumo de álcool	Aumentar a idade legal de beber para 21 anos reduz o consumo de álcool, a direção após consumo de álcool e os acidentes e lesões relacionados com álcool entre os jovens.
	Lei de alcoolemia	Definir um limite de alcoolemia mais baixo (0,02 g/dl) para motoristas jovens do que o recomendado para motoristas mais velhos (0,05 g/dl). Fazer cumprir esses limites, por exemplo, mediante blitze com bafômetro para todos os motoristas ou somente para os que aparentam estar alcoolizados.
	Lei de cinto de segurança	Quando as leis que exigem o uso do cinto de segurança são aplicadas, as taxas de uso aumentam e as taxas de mortalidade diminuem. Embora a maioria dos países já tenha tais leis, metade ou mais de todos os veículos em países de baixa renda não possuem cintos de segurança que funcionem adequadamente.
	Lei do capacete	Criar leis de uso obrigatório de capacete para veículos de duas rodas e fazer cumpri-las. Estabelecer um padrão de segurança mínimo para capacetes de modo que sejam eficazes na redução de traumatismos cranianos.
	Lei do telefone celular	Há poucas informações sobre a eficácia dessas intervenções relativamente novas para motoristas. No entanto, 142 países proíbem o uso de telefones celulares, 34 proíbem o uso mesmo com viva-voz e 42 proíbem mensagens de texto.
	Limites de velocidade	As vias com alto tráfego de pedestres, crianças ou ciclistas devem permitir velocidades não superiores a 30 km/h. Os limites devem ser aplicados de tal forma que os motoristas acreditem que há uma grande chance de ser pego se estiver acima do limite.
	Restrições a motoristas jovens ou sem experiência	Um sistema de habilitação graduada libera gradativamente os privilégios de condução a motoristas jovens, por exemplo, com um período de aprendizado prolongado envolvendo treinamento e direção supervisionada de baixo risco, seguido de uma habilitação com restrições temporárias e, finalmente, habilitação completa (*vide* estudo de caso 2).
	Restrição da disponibilidade de álcool a motoristas jovens	Reduzir as horas, dias ou locais de venda de álcool e reduzir a demanda através de mecanismos adequados de tributação e precificação são uma maneira custo-efetiva de reduzir o consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens.
	Dissuasão da direção insegura	Tornar os comportamentos de risco menos atrativo, por exemplo, ao colocar pontos na habilitação ou mesmo cassá-la em caso de direção sob efeito de substâncias.
Ambiental	Medidas de moderação de tráfego e segurança de trânsito	Exemplos incluem medidas de engenharia de tráfego (por exemplo, lombadas, minirrotatórias, faixas de pedestres); mudanças visuais (por exemplo, iluminação viária ou tratamento de superfície); redistribuição do tráfego (por exemplo, ruas de mão única); e promoção de transporte público seguro.
Organizacional	Atenção pré-hospitalar	Padronizar os serviços médicos de urgência formais, inclusive equipando ambulâncias com equipamentos para atendimento a crianças, não só para adultos. Onde não houver sistema formal de atendimento pré-hospitalar ao trauma: ensinar noções básicas de primeiros socorros a membros interessados da comunidade; basear-se em e expandir os sistemas informais de atenção e transporte pré-hospitalar já existentes; e implantar serviços de emergência em estradas movimentadas com pontos de alta frequência de acidentes.
	Atenção hospitalar	Melhorar a organização e o planejamento dos serviços de atenção ao trauma de forma acessível e sustentável para melhorar a qualidade e os resultados do atendimento.
	Reabilitação	Melhorar os serviços de reabilitação em estabelecimentos de saúde e reabilitação baseada na comunidade, para minimizar a gravidade da incapacidade após o trauma e ajudar adolescentes com incapacidades persistentes a alcançar seu maior potencial.
Comunitário	Campanhas contra o álcool	Tornar a direção sob efeito do álcool menos socialmente aceitável; alertar as pessoas para o risco de ser pego, ser preso e suas consequências; e aumentar o apoio público para fazer cumprir a lei.
	Campanhas de condutor designado	Os condutores designados, ou "motoristas escolhidos", escolhem não beber para que possam dirigir com segurança e levar aqueles que consumiram álcool. Tais iniciativas só devem ser dirigidas a jovens acima da idade mínima de consumo, de modo a não promover o consumo de álcool por menores.
	Campanhas de cinto de segurança	Campanhas públicas sobre as leis de uso do cinto de segurança podem ser dirigidas à adolescentes para aumentar a conscientização e mudar as normas sociais relativas a comportamentos de risco.
	Campanhas de uso de capacete	Educar adolescentes sobre os benefícios do uso de capacetes em veículos de duas rodas, usando a pressão dos pares para mudar as normas da população jovem em relação à aceitação do uso de capacete e reforçar as leis de uso de capacetes.
	Projetos nas comunidades	Projetos comunitários podem usar os pais e pares para incentivar adolescentes a usarem cintos de segurança.
Individual	Distribuição de capacetes	Os programas que fornecem capacetes a custo reduzido ou sem custo permitem que adolescentes com pouca renda disponível os utilizem. A distribuição pode ser dimensionada através do sistema escolar.
	Intervenções para veículos motorizados de duas rodas	Promover o uso diurno de faróis baixos; de vestuário refletivo ou fluorescente; roupas e capacetes de cor clara; e refletores na traseira dos veículos para reduzir lesões.
	Intervenções para ciclistas	Promover o uso de refletores frontais, traseiros e nas rodas; promover o uso de faróis/lanternas de bicicleta, jaquetas/coletes refletivos e capacetes para reduzir a incidência de lesão.
	Intervenções para pedestres	Promover o uso de roupa branca ou de cores claras para maior visibilidade; uso de faixas refletivas na roupa ou em artigos como mochilas; caminhada somente em locais com boa iluminação; e o hábito de caminhar na contramão do trânsito para reduzir a incidência de lesão.

Fontes: (118); (168); (250).

Estudo de caso 2

Programas de educação de trânsito e capacitação para jovens motociclistas na Tailândia

Na Tailândia, as motocicletas são o modo de transporte mais amplamente utilizado e a principal fonte de risco de acidentes de trânsito. Dados de vigilância de 26 centros de trauma tailandeses em 2004 mostraram que 66% da morbidade e 68% da mortalidade relacionada ao trânsito em indivíduos com menos de 15 anos estavam relacionados a motocicletas. Quarenta e oito por cento dos casos fatais eram motociclistas, e 52% eram passageiros.

A Tailândia implementou leis que proíbem crianças com menos de 15 anos de operar motocicletas. Adolescentes de 15 a 18 anos só podem dirigir motocicletas com cilindrada inferior a 110 cc.

O país também está implementando um programa de treinamento de 15 horas para todas as idades elegíveis para ensinar os motociclistas a operar motocicletas com segurança. Inclui cinco horas de instrução em sala de aula sobre leis e regulamentos de trânsito, inspeção das motocicletas, estrutura básica de pilotagem, teste de percepção de perigo (simulador de pilotagem) e princípios de técnicas de pilotagem. Também envolve 10 horas de desenvolvimento de habilidades de pilotagem.

Fonte: (169).

Os estudos de caso A3.6-A3.8 no Anexo 3 fornecem exemplos adicionais de exemplos de intervenções sobre lesões de trânsito: o melhoramento da legislação de segurança viária no Brasil, os inovadores serviços de atendimento pré-hospitalar do Iraque pós-conflito e a promoção do uso de capacete de motocicleta por crianças no Vietnã.

Afogamento: O afogamento de adolescentes pode ser evitado através de estratégias visando a população em geral, incluindo melhorias na infraestrutura da comunidade (por exemplo, barreiras ao abastecimento de água, pontes e diques), conscientização pública e políticas e legislação adequadas (170). Políticas e legislação efetivas que são exequíveis em ambientes de baixa renda incluem: configuração e aplicação de regulamentos seguros de navegação, inclusive transporte hidroviário de cargas e balsas; construção de resiliência às enchentes e gerenciamento dos riscos de enchentes em nível local e nacional; coordenação de esforços de prevenção de afogamento com os de outros setores e agendas; e desenvolvimento de um plano nacional de segurança aquática.

Algumas medidas de prevenção de afogamento baseadas na comunidade também são facilmente alcançáveis em ambientes de baixa renda, inclusive a instalação de barreiras que controlam o acesso à água; ensino de natação básica, segurança aquática e habilidades resgate seguro a crianças em idade escolar; capacitação de membros da comunidade em resgate seguro e ressuscitação; e fortalecimento da conscientização pública sobre a vulnerabilidade de adolescentes ao afogamento (pois tendem a ser menos supervisionados do que crianças pequenas e são mais propensos a consumir álcool e ter outros comportamentos de risco perto da água). Por exemplo, em Bangladesh, o Centro de Prevenção e Pesquisa de Lesões criou várias intervenções para reduzir o afogamento entre crianças de todas as idades, inclusive teatro de rua e programas de vídeo sobre temas de segurança aquática; folhetos e cartazes distribuídos nas escolas; colaboração com agências relevantes para implementar um currículo de natação de sobrevivência; e reuniões em aldeias após qualquer fatalidade por afogamento para identificar a causa e preveni-la no futuro (171).

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 2: Avaliação e tratamento de adolescentes que apresentam lesões não intencionais, inclusive relacionadas ao álcool

Exemplo: Queimaduras

A avaliação e tratamento de adolescentes que relatam lesões não intencionais são necessários não somente para fornecer cuidados médicos adequados, mas também para identificar com precisão a causa da lesão para garantir que não ocorra novamente. Por exemplo, as queimaduras são uma das poucas formas de lesão que apresentam maior carga de morbidade em adolescentes do sexo feminino do que no sexo masculino, porque, em todo o mundo, cerca de 2 bilhões de pessoas em países de baixa e média renda – em sua grande maioria mulheres – cozinham sobre fogo aberto ou em fogões tradicionais muito básicos e inseguros (172); (173). Em muitos países de baixa e média renda, as meninas adolescentes cozinham para suas próprias famílias ou como empregadas domésticas nas casas de outras pessoas. Devido à sua juventude, elas são, em média, menos habilidosas e mais propensas a sofrer queimaduras do que mulheres adultas (119). A maioria das intervenções de prevenção de queimaduras foram desenvolvidas em países de alta renda e são específicas para esses contextos (por exemplo, detectores de fumaça e *sprinklers* residenciais). Relativamente poucas foram concebidas e implementadas para abordar os fatores de risco comuns de queimadura em países de baixa e média renda, e menos ainda foram avaliadas quanto a evidências de eficácia. Algumas abordagens promissoras incluem a promoção de fogões a lenha aprimorados com chaminé na Guatemala e fogareiros a parafina mais seguros na África do Sul (175).

A avaliação cuidadosa da causa das lesões na adolescência também é importante porque alguns adolescentes ou seus responsáveis podem declarar que uma lesão foi causada por um acidente, quando realmente foi devida à autolesão ou violência interpessoal. Em alguns países, por exemplo, os chamados homicídios de honra e a imolação representam um número significativo dos casos relatados de violência familiar ou íntima contra adolescentes, e as sobreviventes de tais agressões podem ser obrigadas pelos perpetradores a alegar que as lesões foram acidentais (67); (172). Da mesma forma, o uso de álcool é um fator de risco importante para muitas formas de lesão, tanto quando o adolescente é o usuário de álcool como quando um usuário de álcool (por exemplo, um pai ou um parceiro íntimo) causa lesão a um adolescente (102); (388). Nesses casos, intervenções adicionais relacionadas com a saúde mental e transtorno do uso do álcool, e/ou intervenções jurídicas, podem ser justificadas; alguns exemplos serão discutidos mais adiante nessa Seção.

©Jacob Han

3. Intervenções baseadas em evidência

3.3.
Intervenções contra a violência

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 3: Prevenção da violência

Exemplo: violência juvenil

As intervenções para prevenir a violência juvenil são resumidas por nível ecológico de atuação na Tabela 3.4; informações adicionais sobre essas intervenções encontram-se no Anexo 3, Seção A3.3.

Tabela 3.4. Intervenções para prevenir a violência juvenil

NÍVEL ECOLÓGICO	INTERVENÇÃO	EXPLICAÇÃO
Estrutural	Reduzir o acesso a e uso indevido de armas de fogo	Os programas podem exigir nova legislação, policiamento adicional para supervisionar a implementação, campanhas de conscientização pública e sistemas de monitoramento mais elaborados.
	Reduzir o acesso a e uso nocivo de álcool	Regulamentar a comercialização de álcool à adolescentes; restringir a disponibilidade de álcool; reduzir a demanda por meio de tributação e precificação; aumentar a conscientização e apoio às políticas; implementar intervenções contra o uso nocivo do álcool.
	Incentivos financeiros para frequentar a escola	Transferência de dinheiro por aluno ou por família, vinculada a uma frequência escolar de 80% ou superior. As transferências podem cobrir os custos diretos (por exemplo, mensalidades e materiais escolares) e os custos de oportunidade (por exemplo, quando as famílias perdem a renda do trabalho infantil).
Ambiental	Modificações espaciais e melhora urbana	Para áreas com altos níveis de violência, a prevenção situacional da criminalidade inclui avaliação de segurança, análise dos interessados diretos e um processo de planejamento que envolve as comunidades, governo, e os setores de moradia, transporte e outros em âmbito local.
	Desconcentração da pobreza	Essas estratégias oferecem vales ou outros incentivos para que os residentes de complexos habitacionais empobrecidos se mudem para vizinhanças menos pobres.
	Policiamento de "hot spots"	Os recursos de policiamento são alocados a áreas onde a criminalidade é particularmente prevalente. Tecnologias de mapeamento e análise geográfica ajudam a identificar áreas perigosas com base em estatísticas de criminalidade, registros da emergência de hospitais e dados sobre vandalismo, furto e outras fontes.
Organizacional	Exigir intervenções do lado da oferta para controle de drogas	O controle de drogas pode se concentrar na redução da demanda, da oferta ou ambas. A maioria das intervenções requer capacidade técnica substancial dentro dos serviços de saúde e da força policial.
	Prevenção do *bullying* nas escolas	Os professores são treinados para reconhecer e explicar o *bullying* aos alunos, o que fazer quando ocorre, ensinar habilidades eficazes de relacionamento e habilidades para os que presenciam o *bullying*. Especialistas trabalham com alunos envolvidos em *bullying*. Políticas e procedimentos escolares também podem ser estabelecidos, e os pais podem ser capacitados.
Comunitário	Intervenções de prevenção de violência de gangues e de rua	Podem se concentrar em reduzir a entrada de jovens em gangues, ajudar membros a deixar gangues e/ou em reprimir atividades de gangues. Os líderes comunitários devem ser envolvidos para transmitir uma mensagem forte de que a violência de gangues é inaceitável. Envolvimento da polícia, capacitação profissional e atividades de desenvolvimento pessoal também podem ser incluídos.
	Policiamento comunitário e orientado ao problema	O uso sistemático de parcerias polícia-comunidade e técnicas de resolução de problemas identifica e visa problemas subjacentes para aliviar a violência (por exemplo, estudo de caso 3). As pré-condições necessárias são: um sistema de policiamento legítimo, responsável, não repressivo, não corrupto e profissional; e boas relações entre a polícia, o governo local e o público.
Interpessoal	Programas de puericultura	Os objetivos são promover a compreensão dos pais sobre o desenvolvimento de adolescentes e fortalecer a capacidade dos pais para ajudar seus filhos adolescentes a moderar seu comportamento.
	Visitas a domicílio	Os programas de visitas domiciliares monitoram e apoiam as famílias onde há alto risco de maus-tratos (por exemplo, famílias que vivem em ambientes de alta privação).
	Mediação por pares	"Mediadores pares" podem ser indicados pela classe ou sala de aula e receber 20-25 horas de treinamento sobre como mitigar conflitos entre os pares e buscar ajuda, se necessário. Outros alunos também podem ser treinados em habilidades de resolução de conflitos.
	Prevenção de violência íntima	Atividades participativas baseadas na escola ou extracurriculares podem abordar as características de relações carinhosas x abusivas; como desenvolver uma estrutura de apoio de amigos; habilidades de comunicação; e onde e como procurar ajuda em caso de agressão sexual.
Individual	Desenvolvimento de habilidades para a vida e aprendizagem social e emocional	Esses programas específicos para a idade ajudam adolescentes a entender e gerenciar a raiva e outras emoções, demonstrar empatia para com os outros e formar relacionamentos. Envolvem 20 a 150 sessões em sala de aula ao longo de vários anos.
	Atividades extracurriculares e outras atividades estruturadas de lazer	As atividades de lazer estruturadas podem incluir o desenvolvimento de habilidades cognitivas e acadêmicas; artes, artesanato, culinária, esporte, música, dança e teatro; atividades relacionadas à saúde e nutrição; e envolvimento da comunidade e dos pais.
	Enriquecimento acadêmico	Adolescentes são visados através dos meios de comunicação de massa, aulas fora da escola ou aulas particulares para ajudá-los a acompanhar o conteúdo curricular e impedir que abandonem a escola.
	Treinamento vocacional	O treinamento vocacional para jovens em risco pode ter um impacto significativo na prevenção da violência se integrado ao desenvolvimento econômico e à criação de emprego. Deve-se garantir a capacidade das instituições de treinamento, a disponibilidade de equipamentos técnicos, fortalecer a cooperação existente com empresas e assegurar modelos de financiamento sustentável.
	Mentoria	Mentores voluntários recebem treinamento sobre desenvolvimento de adolescentes, construção de relacionamentos, resolução de problemas, comunicação e problemas específicos (por exemplo, uso de álcool e drogas). Um mentor compartilha conhecimento, habilidades e perspectivas para promover o desenvolvimento positivo de um adolescente em risco.
	Abordagens terapêuticas	Especialistas capacitados em saúde mental ou assistentes sociais trabalham com adolescentes individuais para desenvolver habilidades sociais e de conduta, técnicas de gerenciamento de raiva e autocontrole e elementos cognitivos (por exemplo, raciocínio moral, visão pela perspectiva do outro para compreender os impactos negativos da violência sobre as vítimas). As famílias e redes sociais de adolescentes em risco também podem ser alvo.

Fontes: (45); (176).

Essas e outras intervenções para prevenir e responder à violência juvenil serão detalhadas na Seção A3.3 do Anexo 3.

Estudo de caso 3

Um programa para reduzir a violência relacionada ao álcool entre jovens de alto risco no Brasil

Em Diadema, Brasil, foi implementada uma estratégia para reduzir a violência relacionada ao álcool em toda a comunidade. Foram fornecidos treinamento vocacional e colocações de trabalho para jovens de alto risco, e foi criado um clube que organizou atividades durante as férias escolares (um período de pico para a criminalidade juvenil) e um programa de capacitação para a vida que visa reduzir o uso de drogas ilícitas. Além disso, a cidade aprovou uma nova lei que exigia que os bares fechassem às 23:00 e criou o Programa Operação Integrada, que responsabilizou a Guarda Municipal de Diadema e a Polícia Militar do Estado de São Paulo pela vigilância e fiscalização de veículos, bares, áreas desertas e outros espaços de alto risco. Foram instaladas câmeras de segurança para monitorar áreas específicas com altas taxas de criminalidade. A combinação dessas iniciativas diminuiu o índice de homicídios de 389 casos em 1999 para 167 em 2003, e os assaltos de 5.192 casos em 1999 para 4.368 em 2003.

Fonte: (176).

Os estudos de caso A3.9-A3.11 no Anexo 3 fornecem exemplos adicionais de intervenções pelos países para combater a violência juvenil, como a modernização de bairros urbanos de baixa renda na Colômbia, o programa de mentoria da Federação Russa e a estrita regulamentação do álcool na antiga URSS.

3. Intervenções baseadas em evidência

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 4: Prevenção e resposta aos maus-tratos na infância

Exemplo: Abuso de adolescentes

Adolescentes apresentam maior risco de maus-tratos por um dos pais ou cuidadores do que as crianças com idade entre 5-9 anos (177), mas a maioria das intervenções contra maus-tratos e abuso infantil são direcionadas a crianças pré-adolescentes em sua concepção e implementação (178). A OMS recomenda que as intervenções contra o abuso infantil sejam multifacetadas para atender às necessidades específicas de adolescentes de forma mais eficaz, inclusive com aprimoramento da formação profissional e educação sobre o caráter e impacto dos maus-tratos contra adolescentes; desenvolvimento e extensão de serviços de prevenção e tratamento para adolescentes vítimas e suas famílias; e sistemas que avaliem e interajam melhor com adolescentes vítimas de abuso (178). A Seção A3.7.1.2 do Anexo 3 enumera sinais de maus-tratos em adolescentes aos quais os clínicos em ambientes não especializados de saúde devem estar alertas e responsivos.

Os programas de visitas domiciliares para famílias em risco e os programas de treinamento para pais podem ser eficazes na redução do abuso físico e emocional de adolescentes de várias maneiras, inclusive ao aumentar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento de adolescentes; mudar atitudes indesejáveis dos pais; modificar positivamente a interação entre pais e adolescentes; e aumentar a fiscalização da família, levando à detecção precoce de problemas ou impedindo que tais problemas ocorram (180). No entanto, recursos (humanos e outros) para esses programas muitas vezes não estão presentes em muitos países de baixa e média renda, e quase todas as evidências sobre a eficácia desses programas são provenientes de países de alta renda.

Os países também devem desenvolver normas para a assistência à saúde e serviços de proteção para adolescentes maltratados, por exemplo, normas para a documentação das lesões; avaliação pericial; apoio psicossocial; gerenciamento de casos coordenado; atas judiciais com testemunhas adolescentes; intervenções de serviço social com as famílias; e recolocação de adolescentes (180).

"Tenho uma amiga com excesso de peso. Ela sofre bullying de outras crianças; tem muito bullying. Mas a mãe dela é igual. Olhar para ela é como olhar para a mãe dela. E a mãe dela bate nela. E o pai... o pai bate nas duas, e quer abandoná-las. Por isso, minha amiga chora muito, e diz que não ama sua família."

Adolescente mais velha na Colômbia

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

N°5: Prevenção e resposta à violência sexual e outros tipos de violência de gênero

Exemplos: Violência sexual e/ou de gênero

As estratégias de prevenção primária para a violência doméstica infligida pelo parceiro íntimo e/ou violência sexual em adolescentes incluem:

Adolescentes mais jovens (10-14 anos)

- intervenções especificamente para crianças expostas a tal violência, como tratamento psicológico, para melhorar resultados cognitivos, emocionais, e de conduta;
- treinamento na escola para ajudar as crianças a reconhecer e evitar situações potencialmente sexualmente abusivas;
- iniciativas na escola para desenvolver habilidades sociais e emocionais;
- identificação e tratamento de transtornos de conduta e emocionais.

Adolescentes mais velhos (15-19 anos)

- programas na escola para prevenir a violência íntima;
- programa multicomponente de prevenção da violência.

Todos adolescentes

- estratégias para reduzir o acesso e uso nocivo do álcool;
- intervenções com base na teoria de normas sociais visando modificar normas sociais e culturais de gênero;
- campanhas de sensibilização na mídia;
- trabalho dirigido com homens e meninos.

(45); (181); (182); (183).

Intervenções efetivas para prevenir a perpetração primária ou secundária de violência entre parceiros adolescentes e a vitimização são baseadas em múltiplos contextos (ou seja, escola e comunidade); focadas em adultos-chave no ambiente de adolescentes (por exemplo, professores e pais); devem abordar as habilidades de relacionamento; e medir mais de um tipo de violência (por exemplo, física e sexual) (184). As intervenções que comprovadamente não são eficazes são as de duração relativamente curta (ou seja, 1-3 horas em comparação com 8 a 28 horas) e aquelas com um componente apenas curricular, sem um componente que envolva a comunidade.

O Quadro 3.1 resume os serviços de saúde que devem ser fornecidos a adolescentes sobreviventes de violência sexual e/ou perpetrada por parceiros íntimos.

Quadro 3.1. Serviços de saúde para sobreviventes adolescentes de violência sexual e/ou perpetrada por parceiros íntimos

Os profissionais de saúde que entram em contato com adolescentes sobreviventes de violência sexual desempenham um papel central no reconhecimento e resposta a casos individuais de violência sexual. Em geral, os serviços que são necessários após violência sexual incluem prestação de cuidados integrais pós-estupro, o que inclui:

- apoio inicial;
- exame e prevenção da gravidez (ou seja, contracepção de emergência);
- serviços de aborto (ao máximo permitido pela lei), profilaxia do HIV, profilaxia de outras DSTs e tratamento de traumatismos físicos;
- assistência de saúde mental de acordo com as diretrizes da OMS; e
- referência para outros serviços (jurídicos, psicossociais, abrigos). (185)

As diretrizes clínicas e políticas da OMS de 2013 para Respostas à Violência Sexual e Violência pelo Parceiro Íntimo Contra a Mulher (185) fornecem recomendações mais detalhadas. Além disso, as necessidades específicas de sobreviventes adolescentes devem ser levadas em consideração.

Por exemplo, as adolescentes frequentemente sentem-se tímidas ou envergonhadas quando precisam falar sobre questões sexuais, e podem falar mais livremente se os pais não estiverem presentes. É essencial perguntar – idealmente na ausência do pai ou mãe – se querem que o pai ou mãe esteja presente durante a anamnese. A idade da vítima também determinará a natureza do exame clínico (por exemplo, coleta de amostra cervical) e do tratamento (por exemplo, dosagem de medicação contra DST); portanto, devem-se consultar orientações apropriadas para a idade (186).

Fontes: (185); (186).

3. Intervenções baseadas em evidência

3.4.
Intervenções de saúde sexual e reprodutiva, inclusive para o HIV

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 6: Educação sexual integral

Exemplo: Sexo desprotegido

Segundo a UNESCO, a educação sexual integral (ESI), ou educação integral em sexualidade (EIS), é "uma abordagem apropriada para a idade e culturalmente relevante para o ensino sobre sexo e relacionamentos, fornecendo informações cientificamente exatas, realistas e sem julgamentos" (187); (376). As características de um currículo eficaz de ESI referem-se ao desenvolvimento, conteúdo e implementação; essas características estão resumidas na Seção A3.1.2 no Anexo 3. As evidências científicas mais recentes demonstram que a ESI, inclusive a educação sobre sexo seguro e uso de preservativos, pode ajudar a atrasar a iniciação e frequência da atividade sexual, reduzir o número de parceiros sexuais, aumentar o uso de preservativos e reduzir os comportamentos sexuais de risco (188); (189). Os programas de ESI com base escolar também têm grande potencial para ampliação, porque a maioria de adolescentes frequenta a escola e esses programas podem usar a infraestrutura e a capacidade existentes.

Em todos os países, independentemente da prevalência do HIV, a ESI deve ser integrada aos currículos escolares e deve incluir a promoção da igualdade de gênero e o respeito pelos direitos humanos (265). Os representantes apropriados do setor da saúde devem ser informados sobre a ESI eficaz e devem apoiar ativamente sua implementação em múltiplos níveis ecológicos.

- Na esfera política: os setores de saúde e educação devem promover a ESI nas escolas, defendendo políticas claras, consistentes e baseadas em evidências para ambientes seguros e capacitantes, e para a inclusão da educação em SSR baseada em habilidades e apropriada para a idade nos currículos escolares.
- Na esfera comunitária: a experiência coletiva e forte credibilidade do setor da saúde tornam-se aliadas valiosas para mobilizar parceiros, dissipar percepções erradas, fornecer argumentos baseados em evidências e encorajar o desenvolvimento de políticas e práticas sólidas para a promoção da SSR com estudantes nas escolas e jovens fora da escola em contextos comunitários.
- Na esfera escolar: em colaboração com o setor da educação, o setor da saúde pode promover a ESI mediante:
  - facilitação do treinamento e reciclagem de professores através de organizações profissionais;
  - revisão conjunta da precisão da informação transmitida e adequação do treinamento baseado em habilidades nos currículos do ensino primário e secundário;
  - proporcionar insumos para o desenvolvimento de educação em SSR apropriada para a idade, baseada em habilidades e com base em evidências nos currículos do ensino primário e secundário;
  - fomentar o desenvolvimento, adaptação e uso de normas curriculares para a educação em SSR para adolescentes; e
  - apoiar a ESI através de serviços de saúde sediados nas escolas ou vinculados a elas, e referenciamento quando apropriado.

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 7: Serviços integrais de informação, aconselhamento e saúde sexual e reprodutiva, inclusive contracepção

Exemplos: Gravidez precoce e/ou indesejada

Em 2011, uma análise da OMS avaliou a eficácia do impacto de várias intervenções sobre resultados críticos para a saúde materna em adolescentes (190). Com base nessa análise, a OMS fez as seguintes recomendações para reduzir a gravidez antes dos 20 anos de idade:

- oferecer intervenções que combinam educação curricular sobre sexualidade com promoção da contracepção a adolescentes para reduzir as taxas de gravidez; e
- oferecer e promover contracepção pós-parto e pós-aborto a adolescentes através de visitas domiciliares múltiplas e/ou consultas ambulatoriais para diminuir a possibilidade de segunda gestação na adolescência (190).

A análise da OMS de 2011 recomendou também que, para aumentar o uso da contracepção por adolescentes, os interessados diretos devem:

- implementar intervenções para melhorar a prestação de serviços de saúde para adolescentes, incluindo aumentar a competência dos prestadores e abordar seus vieses, como forma de facilitar o acesso e uso de informações e serviços de contracepção;
- implementar intervenções em larga escala que forneçam informações precisas e educação sobre contraceptivos, principalmente educação curricular, para aumentar o uso de anticoncepcionais entre adolescentes; e
- implementar intervenções para reduzir o custo financeiro da contracepção para adolescentes (por exemplo, *vide* Estudo de caso 4) (190).

A Seção A3.4.1 no Anexo 3 fornece uma descrição detalhada das intervenções para prevenir e responder a gravidez precoce e/ou indesejada na adolescência, inclusive o estudo de caso A3.12, que descreve uma intervenção de visitas domiciliares nos EUA para promover a captação de anticoncepcionais e para prevenir a gestação recorrente na adolescência.

Estudo de caso 4

Programa de vales da Nicarágua para aumentar o acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes desatendidas

Em áreas desfavorecidas de Manágua, Nicarágua, a organização não-governamental (ONG) Instituto CentroAmericano de la Salud fez parceria com várias outras ONGs para financiar e distribuir vales ou *vouchers* destinados a reduzir os obstáculos à atenção à saúde sexual e reprodutiva (SSR) entre adolescentes desatendidas.

Esses vales ofereciam acesso gratuito a tais cuidados em 20 centros de saúde selecionados. Os vales foram distribuídos em vários locais em 221 bairros pobres, com foco em pessoas fora da escola, pois o comparecimento no ensino médio entre adolescentes do sexo feminino é relativamente baixo em Manágua e a gravidez pode ser motivo de abandono. Cada vale dava direito a uma consulta inicial e uma consulta de retorno para aconselhamento, planejamento familiar, exame de gravidez, cuidados pré-natais, tratamento de doenças sexualmente transmissíveis ou uma combinação desses serviços. Além disso, as equipes das clínicas receberam sessões de treinamento sobre aconselhamento, sexualidade na adolescência e abuso sexual.

As adolescentes que receberam um *voucher* apresentaram maior probabilidade de utilizar os serviços de SSR, utilizar métodos anticoncepcionais modernos e ter usado preservativo em sua relação sexual mais recente.

Fontes: (190); (191).

[Primeira menina] "Se algo está acontecendo comigo emocionalmente, e não me sinto amada, procuro um namorado. E talvez ele não seja ideal para mim, mas ele me faz companhia. Assim, consigo um tipo de atenção que eu estava procurando mas não conseguindo dos meus pais."

Adolescentes mais velhas na Colômbia

[Segunda menina] "É, isso acontece em muitos casos. Por exemplo, meninas como eu que estão em relacionamentos por causa disso, não porque elas realmente querem estar. Mas outras meninas estão com alguém porque elas realmente querem ficar com esse menino."

Adolescentes mais velhas na Colômbia

3. Intervenções baseadas em evidência

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 8: Prevenção e resposta a práticas prejudiciais, como a mutilação genital feminina e casamento precoce e forçado

Exemplos: Mutilação genital feminina e casamento precoce/forçado

Mutilação genital feminina (MGF): Em um âmbito nacional, a introdução de leis anti-MGF e a aplicação de tais leis reduziram a prática da MGF (138); (192). As iniciativas em massa na mídia através de rádio, músicas, histórias e poemas também contribuíram para mudanças de comportamento positivos relacionadas à MGF (390). Em nível comunitário, outras intervenções de mudança de comportamento também estão sendo bem-sucedidas, inclusive projetos de comunicação para mudança e rituais de ritos de passagem alternativos (138).

Adolescentes e mulheres vítimas de MGF passaram por uma prática prejudicial e devem receber cuidados de saúde de qualidade (193). As diretrizes da OMS de 2016 sobre o manejo das complicações de saúde por mutilação genital feminina incluem recomendações relacionadas à desinfibulação, saúde mental e saúde sexual feminina. Por exemplo, para meninas e mulheres que passaram por MGF de tipo 3, recomenda-se a desinfibulação para: prevenir e tratar complicações obstétricas; facilitar o parto; e prevenir e tratar complicações urológicas (por exemplo, infecções recorrentes do trato urinário e retenção urinária). Para as meninas e mulheres que passaram por qualquer forma de MGF, a terapia comportamental cognitiva deve ser considerada se estiverem apresentando sintomas compatíveis com transtornos de ansiedade, depressão ou transtorno de estresse pós-traumático; recomenda-se também aconselhamento sexual para prevenir ou tratar a disfunção sexual feminina (193) .

Casamento precoce e/ou forçado: As ações para prevenir e reduzir o casamento antes dos 18 anos incluem: encorajar líderes políticos, gestores e líderes comunitários para formular e fazer cumprir leis e políticas para proibí-lo; implementar intervenções para informar e empoderar as meninas e para influenciar práticas familiares e normas comunitárias; e aumentar as oportunidades educacionais para as meninas através de meios formais e informais (190). Uma abordagem multissetorial e multilateral provavelmente será mais eficaz para acabar com o casamento infantil do que mudar só leis e políticas; por exemplo, uma combinação de proteção social sensível às crianças; maior escolaridade; mudanças jurídicas; campanhas de conscientização sobre igualdade de gênero e empoderamento; e capacitação financeira e profissional para meninas (162). A proteção social inclui potencialmente transferências, seguros e serviços para melhorar a resiliência e prevenir estratégias negativas de enfrentamento em casa, como o casamento infantil. Estas intervenções devem abordar os padrões específicos de pobreza e vulnerabilidade das crianças e reconhecer os benefícios de desenvolvimento a longo prazo de investir na educação e habilidades vocacionais das meninas.

As adolescentes casadas muitas vezes enfrentam barreiras ao acesso à contracepção devido a normas sociais e de gênero que favorecem a gravidez imediata após o casamento, ação e poder limitados em suas relações conjugais e, em alguns casos, pouca mobilidade. Muitas vezes, por exemplo, uma menina casada é confinada ao lar de seu marido, e a perda de sua rede social e apoio familiar pode ser extremamente isolante (195). As responsabilidades da vida adulta, as relações sexuais forçadas, a negação de liberdade e a perda do desenvolvimento educacional e pessoal podem ter profundos impactos físicos, intelectuais, psicológicos e emocionais. Portanto, o apoio psicológico para adolescentes casadas é importante, assim como a assistência emergencial para aquelas que estão sofrendo estresse matrimonial extremo.

As adolescentes casadas também podem sofrer especial risco quando a idade mínima para o casamento é inferior à idade mínima para acesso aos serviços de contracepção e planejamento familiar. Além disso, os serviços de saúde materno-infantil muitas vezes não dão a devida atenção às mães de primeira viagem. As adolescentes casadas não exigem serviços especiais de saúde materna, mas precisam de serviços amigáveis para jovens e ações positivas para obter igualdade de acesso. Alguns países com altas taxas de casamento entre adolescentes desenvolveram serviços especiais de divulgação para abordar isso. Por exemplo, no Rajastão, na Índia, o Action Research and Training for Health Programme desenvolveu um programa de divulgação envolvendo voluntárias das aldeias. Eles conhecem todas as mães que estão grávidas pela primeira vez, a maioria das quais são adolescentes, e depois as acompanham à primeira consulta a uma clínica. O Programa também oferece um serviço de parto 24 horas domiciliar e no centro de saúde, inclusive uma equipe obstétrica composta por uma enfermeira obstetriz e um agente de saúde em uma moto (138); (164); (196).

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 9: Atenção pré-gravidez, pré-natal, no parto, pós-parto, aborto (quando legal) e pós-aborto [as 48 intervenções baseadas em evidências da Estratégia], conforme relevante para adolescentes

Exemplos: Afecções maternas

Intervenções amplas de saúde materna que abordam os atrasos na busca e recebimento de cuidados de saúde adequados podem reduzir as afecções maternas nas adolescentes, inclusive as que constam das Recomendações da OMS sobre Intervenções de Promoção da Saúde para a Saúde Materna e Neonatal de 2015 e as Diretrizes 2013 sobre Saúde Materna, Neonatal, Infantil e Adolescente: recomendações sobre saúde materna e perinatal (392); (395).

Podem ser tomadas medidas para melhorar o uso de atenção pré-natal, perinatal e pós-natal por adolescentes através da expansão da disponibilidade de tais serviços e dos cuidados obstétricos de emergência; informar adolescentes e membros da comunidade sobre sua importância; e realizar acompanhamento para assegurar que as adolescentes, suas famílias e comunidades estejam bem preparadas para o parto e emergências relacionadas (190). A atenção a uma adolescente grávida deve incluir: aconselhamento sobre a opção de abortar durante a primeira consulta (onde o aborto for legal); apoio social (inclusive visitas domiciliares); suporte nutricional (inclusive aconselhamento e suplementação); conselhos para evitar a poluição do ar doméstica; avaliação sistemática da violência; um plano de parto; manejo da anemia e da malária (onde é endêmica); e orientações sobre amamentação e contracepção pós-parto (133). Os serviços contraceptivos pós-parto são especialmente importantes para apoiar o espaçamento saudável dos filhos e evitar gestações recorrentes (131); (393).

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 10: Prevenção, detecção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e do aparelho reprodutivo, inclusive HIV e sífilis

Exemplos: HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis

Os componentes dos programas eficazes de prevenção do HIV para adolescentes e jovens adultos incluem: promoção e distribuição de preservativos; programas intensivos de comunicação social e de mudança de comportamento; prevenção de HIV de base escolar (inclusive ESI); profilaxia pré-exposição; e implementação acelerada de serviços de teste de HIV, terapia antirretroviral (TARV), serviços de redução de danos e circuncisão masculina médica voluntária. Para cada uma dessas intervenções de prevenção, o documento de orientação da UNAIDS para 2016, Prevenção do HIV entre adolescentes e mulheres jovens, delineia questões a considerar e marcos para a implementação (265).

Como uma grande proporção das populações de adolescentes corre alto risco de DSTs, serviços de prevenção de DSTs eficazes para populações em geral são tão urgentes ou mais urgentes para as populações adolescentes, inclusive a ampliação do tratamento de casos de DST e aconselhamento; exame de sífilis e tratamento de todas as meninas e mulheres grávidas; e aplicação de vacinas contra o HPV (199). A Estratégia Global do Setor de Saúde sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (2016-2021) concentra-se em três DSTs que requerem ação imediata para o controle e para as quais existem intervenções econômicas: *Neisseria gonorrhoeae*, devido ao aumento do risco de gonorreia intratável e ao risco de co-infecção com outras DSTs que também podem estar aumentando (por exemplo, clamídia); *Treponema pallidum*, especificamente a eliminação da sífilis congênita; e HPV, com ênfase na vacinação para a eliminação do câncer cervical e verrugas genitais (137).

Estratégias para melhorar o impacto da prevenção de DSTs incluem integração de serviços de DSTs em sistemas de saúde existentes, promoção de causa para combater o estigma das DSTs e medição da carga de DSTs. O desenvolvimento de novas tecnologias para prevenir e tratar DSTs inclui tecnologias de diagnóstico rápido, medicamentos adicionais para gonorreia, vacinas contra DSTs e outras intervenções biomédicas. A estratégia global de DSTs identifica numerosas ações prioritárias para as intervenções com adolescentes, inclusive intervenções combinadas (comportamentais, biomédicas e estruturais) que visam adolescentes; prestação de informações abrangentes e distribuição de preservativos masculinos e femininos para proteção dupla contra DST e gravidez precoce; garantir que a vacina contra o HPV seja um pilar dos programas de saúde para adolescentes; e implementar estratégias para detectar e tratar infecções assintomáticas, como teste ou rastreamento de casos com intervenções para atingir os parceiros sexuais (137).

3. Intervenções baseadas em evidência

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 11: Circuncisão masculina médica voluntária em países com epidemias de HIV generalizadas

Exemplos: HIV e outras DSTs

A circuncisão masculina médica voluntária (CMMV) oferece proteção parcial ao longo da vida contra a aquisição heterossexual do HIV, e é uma intervenção altamente custo-efetiva para prevenir o HIV e outras DSTs (por exemplo, HSV-2 e HPV) em ambientes com alta carga de HIV. O Marco OMS/UNAIDS para a Circuncisão Masculina Médica Voluntária de 2016 visa acelerar os esforços para alcançar e manter uma cobertura de 90% entre os homens de 10 a 29 anos, promovendo a CMMV como parte de um pacote essencial de serviços de saúde, particularmente no sul e leste da África (200). Os serviços devem ser adaptados para faixas etárias específicas (10-14, 15-19 e 20-29 anos). O marco sugere várias atividades, inclusive:

- aproveitar a demanda por CMMV em adolescentes;
- ajustar políticas e serviços para melhorar o acesso de adolescentes do sexo masculino à CMMV e a outros serviços de saúde para atender às suas necessidades;
- visar adolescentes de maior risco com base em localização e comportamento;
- integrar ou vincular a prestação de serviços a outras intervenções ou setores relevantes (por exemplo, juventude e educação) para atender às necessidades mais amplas de saúde de adolescentes do sexo masculino;
- empregar abordagens de prestação de serviços e criação de demanda que mantenham a aceitação da CMMV alta entre adolescentes;
- inovar em políticas, serviços e prestação dos mesmos, inclusive para adolescentes que não frequentam a escola ou outras instituições formais; e
- monitorar resultados e qualidade.

Como a CMMV só oferece proteção parcial, o aconselhamento sobre redução de risco e sexo seguro é uma parte essencial de qualquer programa. As abordagens e articulações para prestação desse serviço podem ocorrer nos níveis institucional ou comunitário, tais como intervenções de base escolar que envolvam lideranças escolares e orientação e informações para meninos, meninas, pais e comunidades. As parcerias com setores relevantes (por exemplo, juventude e esporte) são valiosas para atender às necessidades específicas dos meninos adolescentes. Assegurar a qualidade e a segurança são essenciais; isso pode ser facilitado através da colaboração com programas nacionais, como serviços de SSR para adolescentes ou serviços cirúrgicos essenciais.

©Ammad Khan

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 12: Atenção integral a crianças que vivem com ou estão expostas ao HIV

Exemplos: HIV e Aids

As recomendações da OMS para o exame de HIV para adolescentes em diferentes tipos de epidemias podem ser resumidas da seguinte forma:

1. Exames de HIV e aconselhamento, vinculados a serviços de prevenção, tratamento e atenção, são recomendados para adolescentes de populações-chave em todos os contextos (epidemias de HIV generalizadas, de baixa intensidade e concentradas).
2. Em epidemias generalizadas, exames de HIV e aconselhamento vinculados a prevenção, tratamento e atenção são recomendados para todos adolescentes.
3. Em epidemias concentradas e de baixa intensidade, o acesso a exames de HIV e aconselhamento vinculados a prevenção, tratamento e atenção são recomendados para todos adolescentes. Em epidemias concentradas, os exames e aconselhamento iniciados pelo médico devem ser oferecidos em contextos clínicos para adolescentes que apresentam sintomas ou afecções que podem indicar infecção pelo HIV, inclusive casos presumidos e confirmados de tuberculose.
4. Adolescentes com HIV devem ser orientados quanto aos potenciais benefícios e riscos de divulgar sua condição de soropositivo a terceiros, e devem ser empoderados e apoiados para determinar se, quando, como e a quem divulgar sua condição.
5. As abordagens baseadas na comunidade podem melhorar a adesão e retenção ao tratamento em adolescentes vivendo com HIV.
6. A formação dos profissionais de saúde pode contribuir para a aderência ao tratamento e para melhorar a retenção no cuidado em adolescentes vivendo com HIV. (124)

"Como você talvez saiba, há muitos adolescentes de 15 anos que são sexualmente ativos, e já enfrentam os sintomas de HIV/DSTs, mas eles não podem fazer o exame porque são jovens demais. Eles também não podem pedir o consentimento dos pais, porque isso criará um problema muito grande para eles."

Adolescente mais velho na Indonésia

Atualmente, a TARV deve ser iniciada e proporcionada ao longo da vida a todos adolescentes que vivem com HIV, independentemente do estágio clínico da OMS e da contagem de células CD4 (201). Como prioridade, a TARV deve ser iniciada em todos adolescentes com manifestações clínicas de HIV graves ou avançadas (estágio clínico 3 ou 4 da OMS) e em adolescentes com contagem de CD4 ≤350 células/mm3 (201). Além disso, todas as adolescentes grávidas e lactantes que vivem com HIV devem iniciar TARV, a qual deve ser mantida pelo menos durante o período de risco de transmissão vertical (124).

Como a tuberculose é uma das principais causa de morbimortalidade para as pessoas que vivem com o HIV, a prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose devem ser incluídos nessas atividades (202). Para maximizar a cobertura e a qualidade do atendimento ao HIV na adolescência, devem ser estabelecidos vínculos e sistemas de referência para assegurar atenção contínua, inclusive na transição de serviços de HIV pediátricos para serviços adultos.

Os prestadores de serviços, adolescentes e principais interessados também devem ser envolvidos para identificar atividades aceitáveis e viáveis para promover a atenção e tratamento do HIV na adolescência, por exemplo, prestação de serviços na comunidade, treinamento para profissionais de saúde e intervenções para apoiar a divulgação e melhorar o conhecimento sobre o tratamento em adolescentes e também sua saúde mental (por exemplo, estudo de caso 5) (124); (394). Para adolescentes que não estão na escola, o local de trabalho também oferece uma oportunidade para ampliar o acesso aos serviços de prevenção, tratamento, atenção e suporte ao HIV através de programas de educação e treinamento, políticas de saúde e segurança, apoio à adesão ao tratamento; desenvolvimento de habilidades e auxílio à renda; e serviços de saúde ocupacional (365). Também é essencial abordar as necessidades e vulnerabilidades de adolescentes de populações-chave, inclusive os que usam drogas e/ou vendem sexo, homens que fazem sexo com homens e indivíduos transgênero. Os programas devem levar em conta restrições jurídicas e políticas, cobertura de serviços, barreiras ao acesso e abordagens e considerações para serviços (203); (204); (205); (206). A Seção A3.4.2 do Anexo 3 descreve detalhadamente essas intervenções para diagnóstico, aconselhamento, atendimento e tratamento de HIV na adolescência.

Estudo de caso 5

Grupos de apoio de pares para promover a aderência ao tratamento em adolescentes vivendo com HIV em Moçambique

O Ministério da Saúde de Moçambique e várias ONG parceiras prestam cuidados clínicos em todos os distritos nas províncias de Maputo e Cabo Delgado. A fim de melhorar a aderência à TARV e melhorar a retenção desse grupo em serviços de atenção e tratamento, esses atores realizaram treinamento especial sobre apoio psicossocial a crianças e adolescentes para conselheiros leigos, psicólogos e psiquiatrias, com foco no reforço da adesão ao tratamento e divulgação da condição de soropositivo.

Ao mesmo tempo, os funcionários receberam treinamento e aprimoraram suas habilidades para criar e apoiar grupos de apoio para adolescentes. Os grupos de apoio se tornaram plenamente ativos em sete dos oito distritos, sendo cada grupo formado por cerca de 20 adolescentes. Os grupos receberam vários materiais, inclusive material de trabalho, um flip chart sobre aderência e um manual sobre grupos de suporte. Os grupos de apoio parecem não apenas influenciar positivamente a aderência de adolescentes, mas também melhorar sua autoestima e ajudá-los a lidar com o HIV de forma mais geral.

Fonte: (124)

Os estudos de caso A3.13-A3.15 no Anexo 3 fornecem exemplos adicionais de intervenções para HIV e Aids: a redução da idade de consentimento para exame de HIV na África do Sul, o reforço da vinculação entre exames de HIV e serviços de aconselhamento e apoio a adolescentes vivendo com HIV na Namíbia e um centro de demanda espontânea na Tanzânia para jovens que vendem sexo ou usam drogas injetáveis.

©Edith Kachingwe

3.5.
Intervenções contra as doenças transmissíveis

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 13: Prevenção, detecção e tratamento de doenças transmissíveis, inclusive tuberculose

Exemplo: Tuberculose (TB)

Para a prevenção da tuberculose, modelos recentes indicam que focar na vacinação contra a TB de adolescentes reduzirá a morbimortalidade não apenas em adolescentes, mas também em lactentes e crianças pequenas. Isso sugere que a vacinação de adolescentes seria uma estratégia mais eficaz para proteger as crianças pequenas contra a TB do que a vacinação direta de lactentes com uma vacina similar (145). Assim, o foco do desenvolvimento da vacina contra a TB mudou, e agora concentra-se em um pipeline diversificado de novas vacinas contra a tuberculose para adolescentes.

Uma abordagem ampla para reduzir a carga de TB e de algumas outras doenças transmissíveis (por exemplo, pneumonia) na adolescência é a prevenção de fatores de risco ambientais, como a exposição ao tabaco ou à poluição do ar doméstica, que serão descritos mais adiante (173). Além disso, o Roteiro da OMS para a Tuberculose Infantil de 2013 descreve 10 etapas para reduzir a TB em crianças e adolescentes, inclusive o desenvolvimento de orientações específicas de política, capacitação e materiais de referência para profissionais de saúde e garantir que não se percam oportunidades críticas de intervenção, como a transição de adolescentes de serviços pediátricos a serviços adultos de saúde (146). No Cazaquistão, por exemplo, o governo desenvolveu uma extensa infraestrutura de serviços pediátricos de TB que se concentram na busca ativa de casos entre crianças e rastreamento de contatos de pessoas com TB. Posteriormente, as taxas de notificação da TB diminuíram entre adolescentes, de 161/100.000 em 2002 para 98/100.000 em 2011 (146).

A orientação da OMS para os programas nacionais de tuberculose sobre o tratamento da tuberculose em crianças, publicada em 2014, fornece recomendações clínicas detalhadas sobre o tratamento da TB em adolescentes (208). A tuberculose e a co-infecção TB/HIV em adolescentes e adultos são em grande parte semelhantes em termos de quadro clínico, dose dos medicamentos antituberculosos e manejo clínico, de maneira que o tratamento da TB em adolescentes segue as mesmas diretrizes usadas para tratamento de adultos.

Porém, adolescentes com TB frequentemente enfrentam desafios psicossociais adicionais relacionados à autonomia, aderência e/ou estigma, independentemente de estarem ou não vivendo com HIV; por isso, devem receber foco especial nas diretrizes e serviços para TB (146). Por exemplo, pode ser difícil para adolescentes manter o sigilo e evitar o estigma se eles precisarem faltar à escola para tratar a TB. Em alguns países com prevalência relativamente alta de TB em populações escolares, os governos desenvolveram publicações para abordar essas questões com os educadores – por exemplo, na África do Sul (207). Em outro exemplo, o aconselhamento individualizado e familiar e o *brainstorming* sobre estratégias de adesão poderiam ser usados para empoderar adolescentes e motivá-los a aderir ao tratamento (208). Em muitos países, iniciativas incorporadas ao marco de resposta do governo para HIV e saúde sexual fornecem serviços direcionados e amigáveis para adolescentes que também podem ser usados para incorporar a prevenção, diagnóstico e tratamento de TB associada ao HIV em adolescentes.

3. Intervenções baseadas em evidência

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 14: Vacinas de rotina, por exemplo, HPV, hepatite B, difteria/tétano, rubéola, sarampo

Exemplos: Doenças infecciosas múltiplas (por exemplo, doenças diarreicas e DSTs)

Os calendários de vacinação específicos de cada país devem ser baseados em considerações epidemiológicas, programáticas, de recursos e de política locais. Porém, a OMS recomenda várias vacinações como rotina para adolescentes e/ou adultos em todos os programas de vacinação, inclusive as seguintes:

- tétano (reforço);
- HPV (para meninas de 9 a 13 anos);
- rubéola (para adolescentes e mulheres em idade fértil se não vacinadas anteriormente); e
- hepatite B (para grupos de alto risco, se não imunizados anteriormente). (312)

Além disso, para crianças, adolescentes e adultos de alto risco, a OMS recomenda a vacinação contra febre tifoide, cólera, doença meningocócica, hepatite A, raiva e dengue, bem como algumas outras vacinas em regiões específicas (por exemplo, encefalite transmitida por carrapato) ou em programas com certas características (gripe sazonal para meninas e mulheres grávidas, varicela em países onde a idade média de ocorrência dessa doença é de 15 anos ou mais).

A OMS encoraja os programas nacionais de imunização a utilizar visitas escolares para avaliação do status de vacinação de adolescentes, aplicação de doses anteriormente perdidas (por exemplo, da vacina meningocócica) e aplicação de reforço onde a imunidade proporcionada pelas doses infantis está diminuindo (por exemplo, tétano) (122); (145); (397). Em áreas onde um grande número de adolescentes (por exemplo, adolescentes do sexo feminino, rurais ou mais velhos) não são atingidos pelas campanhas de vacinação escolares, campanhas especiais ou unidades básicas de saúde podem precisar administrar essas vacinas em larga escala (122).

A introdução de novas vacinas (por exemplo, HPV) pode criar oportunidades para alcançar populações ou faixas etárias com outras imunizações e intervenções de saúde que de outra forma não receberiam. Os Princípios e Considerações da OMS para a Adição de uma Vacina a um Programa Nacional de Imunização, publicados em 2014, descrevem considerações práticas para decidir sobre a introdução de uma vacina, planejar e gerenciar sua introdução e monitorar e avaliar seu progresso (210). Além disso, a ferramenta de cálculo de custos da prevenção e controle do câncer cervical (C4P) da OMS é uma ferramenta informatizada fácil de usar que estima os recursos incrementais necessários para adicionar a vacina contra HPV a um programa de imunização existente (211). Além de recomendar a vacinação contra o HPV para meninas no início da adolescência, alguns países agora a recomendam também para meninos no início da adolescência para prevenir possíveis cânceres da boca, garganta, pênis e ânus (212); (213).

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 15: Prevenção e manejo de doenças da infância, inclusive malária, pneumonia, meningite e diarreia

Exemplos: Malária, infecções das vias aéreas inferiores e doenças diarreicas

Malária: Dentro da Série de Informações da OMS sobre a Saúde Escolar, o documento de Controle e Prevenção da Malária descreve como os indivíduos e grupos podem implementar intervenções de prevenção da malária, inclusive:

- defender o aumento do apoio local, distrital e nacional para intervenções de prevenção da malária nas escolas;
- desenvolver ambientes seguros através do controle de vetores, pulverização doméstica e uso de telas mosquiteiras tratadas com inseticidas de longa ação;
- modificar e expandir os serviços de saúde atuais para criar programas escolares de promoção da saúde mais eficazes;
- identificar habilidades que os jovens precisam para desenvolver e manter comportamentos que reduzam o risco de infecção; e
- mobilizar ações comunitárias para implementar e fortalecer programas escolares. (214)

Vários estudos mostraram que as crianças em idade escolar usam telas mosquiteiras tratadas com inseticidas de longa ação com menos frequência do que outros grupos populacionais (144). As escolas em áreas de malária endêmica oferecem uma oportunidade para ensinar à adolescentes técnicas simples mas eficazes de prevenção da malária, inclusive:

- sempre dormir sob mosquiteiros tratados com inseticida;
- controlar os fatores ambientais que favorecem a reprodução de mosquitos;
- receber tratamento preventivo intermitente durante a gravidez;
- reconhecer os sintomas da malária e buscar tratamento rapidamente (141), principalmente se for membro de um grupo de risco;
- pedir medicamentos antimaláricos eficazes e completar o ciclo de tratamento;
- aprender cedo a gravidade da malária e o perigo que a doença constitui à saúde e ao bem-estar individual; e
- usar repelentes de mosquitos, caso disponíveis, e outros métodos localmente recomendados e disponíveis de proteção pessoal. (214)

Os medicamentos antimaláricos estão sendo utilizados de diferentes maneiras para controlar a malária em crianças em idade escolar, inclusive triagem, tratamento e tratamento preventivo intermitente (144). Alguns estudos de quimioprevenção em crianças em idade escolar constataram reduções na anemia e melhor desempenho escolar.

Infecções das vias aéreas inferiores: Uma intervenção importante para a prevenção primária das infecções das vias aéreas inferiores e das doenças não transmissíveis (DNTs) como asma é reduzir o nível de exposição a fatores de risco ambientais, particularmente a fumaça de tabaco e a poluição do ar (215). As Diretrizes de Qualidade do Ar de 2005 da OMS oferecem orientação global sobre os limiares e limites para os poluentes essenciais do ar que apresentam risco para a saúde (216). Em nível estrutural, as políticas nacionais e investimentos que apoiam transportes, moradias, geração de energia e indústria mais limpas e eficientes em termos energéticos, bem como uma melhor gestão dos resíduos municipais, reduzirão as principais fontes de poluição do ar urbana (217).

A OMS produziu várias publicações focadas na redução da poluição do ar doméstica, particularmente nos países de baixa e média renda, onde é mais comum (95); (173). Muitas abordagens de baixo custo ou sem custo podem reduzir a exposição da população adulta e geral à poluição do ar interior, atendendo às necessidades energéticas domésticas e diminuindo a quantidade de combustível necessária. Esses incluem:

- trocar a lenha, esterco ou carvão por combustíveis mais eficientes, modernos e menos poluentes;
- colocar o fogão fora de casa ou em uma área bem ventilada;
- ventilar as áreas de cozimento através do uso de calhas e coifas; e
- mudar os comportamentos, por exemplo: manter as crianças afastadas de lamparinas acesas, secar a lenha antes de usar, tampar as panelas para reduzir o tempo de cozimento e melhorar a ventilação abrindo janelas e portas. (95); (173).

3. Intervenções baseadas em evidência

Doenças diarreicas: Em muitos países de baixa ou média renda, a implementação de intervenções estruturais e ambientais em água, saneamento e higiene é fraca. Isso contribui para que as doenças diarreicas sejam a quarta principal causa de morte entre adolescentes jovens em todo o mundo, e a quinta causa principal de seus DALYs perdidos. Nesses contextos, uma das formas mais eficazes de reduzir a carga de doença na adolescência pode ser colaborar com o setor de água, saneamento e higiene em iniciativas intensivas para conscientizar, defender e garantir a melhoria desses sistemas.

Isso inclui:

- implementação de planos de segurança da água e diretrizes para a qualidade da água potável em nível nacional;
- implementação de planos e diretrizes de segurança do sistema de saneamento para uso seguro e eliminação de esgoto, águas residuais/água cinza e dejetos;
- políticas e programas para promover a adoção generalizada de práticas apropriadas de lavagem das mãos;
- aplicação efetiva e consistente do tratamento da água potável;
- armazenamento seguro da água potável;
- maior acesso ao saneamento básico em nível domiciliar (por exemplo, estudo de caso 6); e
- melhora do saneamento domiciliar (por exemplo, uso de fossa ou tanque séptico, latrina de poço seco com laje ou banheiro de compostagem) (218); (219); (220); (221); (222).

Além disso, intervenções direcionadas de água, saneamento e higiene específicas para adolescentes talvez sejam essenciais, inclusive:

- disponibilização de água potável e sanitários nas escolas;
- saúde e educação em higiene nas escolas, inclusive ensinando sobre a inocuidade dos alimentos; e
- imunização de adolescentes contra doenças diarreicas específicas (por exemplo, febre tifoide e cólera) em contextos selecionados, por exemplo, em favelas afetadas ou situações de emergência (223); (224); (225); (226); (227); (139).

Esses e outras intervenções de água, saneamento e higiene para prevenir e responder às doenças diarreicas na adolescência serão descritas em detalhes na Seção A3.5 do Anexo 3.

Estudo de caso 6

Iniciativas comunitárias em Bangladesh para acabar com a defecação a céu aberto

Na virada do milênio, o acesso a latrinas nas zonas rurais do Bangladesh era inferior a 15%. Muitas agências internacionais e ONGs trabalhavam há três décadas para melhorar o saneamento ambiental através da construção de latrinas e sanitários subsidiados. Ainda assim, dentre quase 85 mil aldeias, era difícil encontrar 100 que fossem totalmente higienizadas e livres da defecação a céu aberto (ou seja, fora de sanitários ou latrinas).

Uma nova abordagem concentrou-se em empoderar a população local para analisar a extensão e o risco da poluição ambiental causada pela defecação a céu aberto e para construir sanitários sem quaisquer subsídios externos. Esse esforço liderado pela comunidade teve um grande impacto. A defecação a céu aberto foi completamente eliminada pela comunidade em mais de 400 aldeias em Bangladesh, e a metodologia já foi adotada em partes da Índia e outros países da Ásia e da África.

Fonte: (228).

Os estudos de caso A3.16-A3.18 no Anexo 3 fornecem exemplos adicionais de intervenções de desenvolvimento com base em água, saneamento e higiene: a abordagem do Nepal para melhorar a higiene alimentar; a melhoria da qualidade da água, do saneamento e da higiene em escolas vulneráveis na Mauritânia; e as instalações sanitárias em escolas de Papua Nova Guiné projetadas por meninas adolescentes.

"A coisa mais importante pra mim é a água... Sem água, não conseguimos viver. O governo pode nos ajudar com isso, ou o chefe da aldeia ou chefe da nossa vizinhança. Se eles fizerem isso para nós, vamos ter água limpa para beber para que não precisemos ir longe para buscar água, e isso nós deixará felizes."

Adolescente jovem na Nigéria

©Camila Eugenia Vargas

3. Intervenções baseadas em evidência

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 16: Gerenciamento de casos de meningite

Exemplo: Meningite

A meningite endêmica ocorre principalmente em crianças e adolescentes, com maior incidência em lactentes, e as taxas aumentam novamente na adolescência (229). A estratégia de combate à meningite em contextos afetados inclui preparação, prevenção e resposta à epidemia. A preparação se concentra na vigilância, desde a detecção de casos até a investigação e confirmação laboratorial (229). A prevenção consiste em vacinar todos os jovens de 1 a 29 anos no "cinturão de meningite" africano com a vacina conjugada antimeningocócica A.

A resposta às epidemias consiste no tratamento imediato e apropriado de casos e vacinação reativa em massa de populações que ainda não estão protegidas através da vacinação (140). O documento de 2015 da OMS, *Managing Meningitis Epidemics in Africa* para autoridades de saúde e profissionais de saúde, fornece orientação sobre planejamento e coordenação a nível distrital, vigilância, tratamento, vacinação e seguimento pós-epidemia (230).

3.6. Intervenções contra doenças não transmissíveis e em prol da nutrição e atividade física

Em escala mundial, quatro principais doenças não transmissíveis (doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes) são responsáveis por 82% das mortes por DNTs em todas as faixas etárias (235). Conforme mostrado na Seção 2, algumas das principais causas de morte e DALYs perdidos na adolescência em 2015 são exemplos dessas DNTs principais, a saber: AVC, leucemia e asma. A OMS identifica quatro fatores de risco principais que contribuem para as quatro principais doenças não transmissíveis: má alimentação, inatividade física, uso de tabaco e uso nocivo de álcool. Os fatores de risco metabólicos ou biológicos decorrentes destes incluem excesso de peso e obesidade, aumento da glicemia/diabetes, aumento da pressão arterial e aumento dos lipídios no sangue (235). Esses e um importante fator de risco adicional – poluição do ar – estão entre os principais fatores de risco globais para a morte de adolescentes e DALYs identificados no Estudo de Carga Global da Doença 2013 (Tabelas 2.6 e 2.7) (17); (150).

Além das quatro principais DNTs descritas, existem outras DNTs e afecções que representam cargas importantes de doença na adolescência, como anomalias congênitas e anemia ferropriva. É importante notar que muitos fatores de risco para DNTs na adolescência não resultam em DNTs até a idade adulta. Por exemplo, o consumo de tabaco durante a adolescência pode não ter uma consequência óbvia naquele momento, mas pode ser um fator forte para o desenvolvimento do câncer na idade adulta. De fato, muitos dos fatores de risco e cargas de DNTs observados em adultos começaram como comportamentos de risco na adolescência, ressaltando a importância de intervir junto à adolescentes para proteger sua saúde tanto a curto quanto a longo prazo. Essa Seção, portanto, difere de algumas seções anteriores, na medida em que não se concentrará somente nas principais causas de doenças não transmissíveis na adolescência, mas também nos fatores de risco atuantes na adolescência que levam a DNTs mais adiante na vida.

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 17: Promoção de comportamentos saudáveis (por exemplo, nutrição, atividade física, evitar tabaco, álcool ou drogas)

Exemplos: Má alimentação, sedentarismo, tabagismo e acidente vascular cerebral

As tabelas 3.5, 3.6 e 3.7 resumem intervenções para promover a alimentação saudável e atividade física e reduzir a exposição ao tabaco na adolescência. Essas intervenções ajudam a prevenir o acidente vascular cerebral e muitas outras DNTs.

Tabela 3.5. Intervenções para promover a alimentação saudável na adolescência

NÍVEL ECOLÓGICO	INTERVENÇÃO	EXPLICAÇÃO
Estrutural e ambiental	Perfis nutricionais	Desenvolver e usar perfis nutricionais para identificar alimentos e bebidas não saudáveis.
	Sistema de rotulagem nutricional	Implementar um sistema padronizado de rotulagem nutricional em escala mundial; controlar o uso de alegações de saúde e nutrição enganosas; e implementar rotulagem nutricional obrigatória na frente das embalagens.
	Reduzir a acessibilidade de alimentos e bebidas não saudáveis	Taxar e aumentar os preços dos alimentos com alta densidade energética, baixa densidade de nutrientes e bebidas açucaradas.
	Reduzir o impacto da comercialização de alimentos e bebidas não saudáveis	Reduzir o impacto da comercialização de alimentos e bebidas com alto teor de açúcar, sal e gordura. Estabelecer cooperação entre os Estados-Membros em relação à comercialização transfronteiriça. Implementar o conjunto de recomendações sobre a comercialização de alimentos e bebidas não alcoólicas a crianças.
Organizacional e comunitário	Campanhas de alfabetização nutricional	Assegurar que informações e diretrizes nutricionais apropriadas e contextualmente específicas sejam desenvolvidas e divulgadas de forma simples, compreensível e acessível a todos.
	Ambientes alimentares saudáveis em escolas e outras instituições públicas	Exigir que os locais frequentados por adolescentes (por exemplo, escolas, creches, instalações esportivas para crianças e eventos e locais de trabalho de jovens) criem ambientes alimentares saudáveis (por exemplo, estudo de caso 7).
	Melhor acesso a alimentos saudáveis	Melhorar a disponibilidade e a acessibilidade de alimentos saudáveis em instituições e ambientes públicos, especialmente em comunidades desfavorecidas.
	Campanhas para aumentar a conscientização sobre obesidade na adolescência	As campanhas devem ser dirigidas aos formuladores de políticas, profissionais de saúde e aos adultos, à adolescentes e as crianças em geral, promovendo capacitação em obesidade na adolescência e seus fatores de risco.
Interpessoal e individual	Orientação sobre alimentação saudável	Por exemplo, a orientação clínica sobre nutrição para adolescentes mais velhos (18-19 anos) deve incluir: Limitar o sal a menos de 5 g (uma colher de chá) por dia, reduzir seu uso ao cozinhar e limitar o consumo de alimentos processados e fast foods. Restringir o consumo de açúcares livres para menos de 10% do consumo total de energia. Uma redução adicional para <5% ou aproximadamente 25 g (seis colheres de chá) por dia proporcionaria benefícios adicionais para a saúde. Comer cinco porções (400-500 g) de frutas e vegetais por dia. Uma porção é equivalente a uma laranja, maçã, manga ou banana ou três colheres de sopa de legumes cozidos. Limitar o consumo de carne gordurosa, gordura láctea e óleo de cozinha (menos de duas colheres de sopa por dia); substituir óleo de palma e coco por óleo de oliva, soja, milho, colza ou cártamo; substituir outras carnes por frango (sem pele).
	Intervenções de controle de peso para adolescentes obesos	Desenvolver e apoiar serviços de controle de peso de base familiar, multicomponentes e focados em estilo de vida para adolescentes com excesso de peso (inclusive nutrição, atividade física e suporte psicossocial). Esses devem ser prestados por equipes multidisciplinares como parte da cobertura de saúde universal.

Fontes: (37); (231); (232); (233); (234); (235); (236).

3. Intervenções baseadas em evidência

Estudo de caso 7

A promoção de alimentação saudável nas escolas na República da Coreia

A República da Coréia adotou uma abordagem sistemática e abrangente para melhorar as dietas de crianças e adolescentes em nível nacional. A partir de 2002, o governo desenvolveu uma série de estratégias que abordam a saúde dos alunos, inclusive o Programa Nacional de Prevenção da Obesidade e a Política Quinquenal para Crianças e Adolescentes (2008-2012). Em 2006, a Lei da Merenda Escolar foi alterada para incorporar a educação nutricional aos currículos escolares. Desde 2007, as bebidas açucaradas foram banidas nas escolas e, desde 2008, a rotulagem nutricional tem sido obrigatória para as refeições escolares. Em 2009, foi implementada a Lei Especial sobre a Gestão da Segurança da Vida Alimentar Infantil, estabelecendo Zonas de Alimentos Verdes em um raio de 200 metros das escolas, onde a venda de alimentos ricos em calorias com baixo valor nutricional é proibida. Essas zonas estão atualmente em operação em mais de 10.000 escolas em todo o país. De 2005 a 2009, os estudantes relataram uma queda geral no consumo semanal de *fast food*, macarrão instantâneo, confeitos e bebidas gaseificadas.

Fonte: (237).

Tabela 3.6. Intervenções para promover atividade física em adolescentes

NÍVEL ECOLÓGICO	INTERVENÇÃO	EXPLICAÇÃO
Estrutural e ambiental	Políticas de urbanismo	Os governos devem se associar às comunidades, ao setor privado e às ONGs para desenvolver espaços seguros para atividades físicas e instalações para esportes, recreação e lazer. As políticas de transporte ativo devem assegurar que caminhadas, ciclismo e outros modais de transporte não motorizados sejam acessíveis e seguros para todos.
	Escolas e instalações públicas	Devem estar disponíveis nas escolas, locais de trabalho de jovens e espaços públicos instalações adequadas para atividades físicas durante o tempo de lazer para todos adolescentes (inclusive pessoas com deficiência), com a provisão de espaços sensíveis ao gênero, quando apropriado.
Organizacional e comunitário	Programas de conscientização do público sobre atividade física	Fornecer orientações para crianças e adolescentes, seus pais, cuidadores, professores e profissionais de saúde sobre tamanho corporal saudável, atividade física, comportamentos de sono e uso apropriado de entretenimento baseado em telas.
	Currículos de educação física nas escolas	Um bom currículo de educação física desenvolve habilidades e condicionamento; fornece atividades para necessidades específicas e para todas as crianças; estimula a participação contínua em esportes e atividade física por toda a vida; e proporciona recreação e relaxamento.
	Atividades esportivas regulares e estruturadas	Atividades esportivas regulares e estruturadas para adolescentes fortalecem o vínculo entre atividade física, esportes e saúde, e reduzem os comportamentos sedentários.
Interpessoal e individual	Orientação sobre atividade física para adolescentes mais novos	A orientação clínica para adolescentes de 10-17 anos recomenda: Pelo menos 60 minutos de atividade física de intensidade moderada a vigorosa diariamente. Mais de 60 minutos de atividade física fornecem benefícios adicionais para a saúde. A maior parte da atividade física diária deve ser aeróbica. Atividades de intensidade vigorosa devem ser incorporadas, inclusive as que fortalecem músculos e ossos, pelo menos três vezes por semana.
	Orientação sobre atividade física por adolescentes mais velhos	A orientação clínica para adolescentes de 18-19 anos recomenda: Pelo menos 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada ao longo da semana, ou pelo menos 75 minutos de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa ao longo da semana (ou uma combinação equivalente de atividades de intensidade moderada e vigorosa). A atividade aeróbica deve ser realizada em intervalos de pelo menos 10 minutos de duração. Para obter benefícios adicionais para a saúde, deve-se aumentar a atividade física aeróbica de intensidade moderada a 300 minutos por semana, ou realizar 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa por semana, ou uma combinação equivalente de atividades de intensidade moderada e vigorosa. As atividades de musculação envolvendo grandes grupos musculares devem ser realizadas em dois ou mais dias por semana.

Fontes: (36); (233); (234); (235); (238).

"Acho que o recreio na escola deveria durar 5 a 10 minutos a mais. Às vezes o professor termina as aulas com atraso, e só sobram 5 minutos para o recreio. É só o suficiente para ir ao banheiro. Teríamos mais tempo de comer um lanche e jogar bola no parquinho. Assim, não teríamos pressa."

Jovem adolescente em Hong Kong (RAE da China)

Tabela 3.7. Intervenções para reduzir o uso e exposição ao tabaco em adolescentes

NÍVEL ECOLÓGICO	INTERVENÇÃO	EXPLICAÇÃO
Estrutural e ambiental	Reduzir a acessibilidade do tabaco	Reduzir a acessibilidade dos produtos do tabaco, aumentando os impostos especiais sobre o consumo de tabaco.
	Proibição da propaganda do tabaco	Fazer cumprir proibições abrangentes sobre propaganda, promoção e patrocínio do tabaco, inclusive publicidade transfronteiriça, na Internet e redes sociais. Também promover ativamente os meios de entretenimento (inclusive cinema e teatro) como livres de fumo.
	Ambientes livres de tabaco	Criar estatutos que assegurem ambientes completamente livres de tabaco em todas as escolas, áreas recreativas, locais de trabalho internos, locais públicos e transportes públicos.
Organizacional e comunitário	Campanhas para aumentar a conscientização sobre os perigos do tabaco	Realizar campanhas regulares e efetivas de mídia de massa para conscientizar sobre os perigos do tabaco.
	Prevenção do uso de tabaco dentro de programas escolares	Integrar a prevenção do tabaco nas políticas escolares, na educação em saúde baseada em habilidades e nos serviços de saúde. *Vide* ***Tobacco Use: An Important Entry Point for the Development of Health-Promoting School***s (239) para metas de conhecimento, atitudes e habilidades apropriadas para a idade. Em nenhuma circunstância esses programas devem ser implementados em colaboração ou financiados pela indústria do tabaco.
Interpessoal e individual	Orientação sobre como parar de fumar	Os clínicos devem encorajar todos os não fumantes a não começar a fumar; aconselhar todos os fumantes fortemente a parar de fumar e apoiá-los em seus esforços; e aconselhar os indivíduos que usam outras formas de tabaco a parar. *Vide* o ***Toolkit for Delivering the 5A's and 5R's Brief Tobacco Interventions in Primary Car***e para orientações mais específicas (240).

Fontes: (36); (234); (235); (239).

As intervenções de nutrição, atividade física e uso do tabaco são descritas em mais detalhes na Seção A3.6.1 do Anexo 3. Os estudos de caso A3.19-A3.21 no Anexo 3 fornecem exemplos adicionais de intervenções contra DNTs: o programa familiar de Samoa para melhorar a saúde e combater as doenças não transmissíveis, a promoção da atividade física para meninas no Paquistão e o programa de Habilidades para a Vida da Costa Rica para prevenir o consumo de álcool e tabaco na adolescência.

Intervenções para prevenir e responder ao uso nocivo de álcool são descritas em mais detalhes na Seção 3.7 e também nas Seções A3.2, A3.3, A3.6 e A3.7 do Anexo 3. Embora o AVC seja uma causa importante de morte em adolescentes em alguns países, as intervenções para detectar, diagnosticar e tratar o AVC especificamente são muito limitadas. As abordagens atuais também são descritas brevemente na Seção A3.6.1 do Anexo 3.

3. Intervenções baseadas em evidência

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 18: Prevenção, detecção e tratamento de doenças não transmissíveis

Exemplos: Leucemia, asma e doenças de pele

A OMS desenvolveu um pacote de treinamento para profissionais da saúde melhorarem sua capacidade de diagnosticar, prevenir e tratar leucemia, asma e outras doenças infantis casualmente relacionadas ao meio ambiente (398). Trinta módulos sobre fatores de risco e cargas de doença específicas estão disponíveis, inclusive aqueles relacionados ao histórico ambiental pediátrico; às origens desenvolvimentais e ambientais de doenças adultas; poluição do ar doméstica; poluição do ar externa; riscos ocupacionais; exposição química; mudança climática global; radiação; pesticidas; poluentes orgânicos persistentes; fumo passivo; lixo eletrônico; doenças respiratórias; e câncer.

> *"Alguns pescadores jogam substâncias nocivas na água para matar os peixes, mas em algumas aldeias as pessoas usam essa água. Elas estão bebendo essa água, e as substâncias nocivas na água afetarão seus organismos."*
>
> **Jovem adolescente na Nigéria**

Leucemia: A OMS também fornece orientações detalhadas sobre leucemia e outros tipos de câncer na série ***Cancer Control***, que consiste em seis publicações sobre planejamento, prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento, cuidados paliativos, políticas e promoção de causa (241); (242); (243); (244); (245); (246). Cada um desses documentos fornece exemplos de intervenções prioritárias e categoriza-as de acordo com o nível disponível de recursos, ou seja, essencial (com recursos existentes), expandido (com um aumento ou realocação esperado de recursos) e desejável (quando mais recursos se tornam disponíveis).

Tomando o exemplo de um país de poucos recursos em que menos de 20% das crianças com leucemia linfocítica aguda têm acesso ao tratamento completo e mais de 80% morrem dentro de cinco anos, esses guias recomendam:

- incluir medicamentos para cuidados paliativos, medicamentos quimioterápicos e antibióticos utilizados para tratar a leucemia linfática aguda pediátrica na relação nacional de medicamentos essenciais (cobertura essencial);
- melhorar a qualidade e cobertura dos serviços de diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para leucemia linfática aguda em crianças e mobilizar mais apoio social para pacientes e suas famílias (cobertura expandida); e
- desenvolver estratégias especiais para aumentar a adesão de crianças ao tratamento da leucemia linfática aguda (cobertura desejável). (244).

Asma: Em países de alta renda, a asma de muitos pacientes não é bem controlada, enquanto que nos países de baixa e média renda, o controle da asma geralmente prioriza o tratamento de episódios agudos às custas do tratamento basal da doença e prevenção de episódios agudos (150). As intervenções para melhorar o atendimento clínico de adolescentes com asma priorizam o aumento do acesso a medicamentos e outras intervenções custo-efetivas, a atualização dos padrões de atendimento e maior acessibilidade dos cuidados nos diferentes níveis do sistema de saúde (215). Além da melhoria do manejo clínico, verificou-se que programas educacionais para autocontrole da asma em adolescentes reduzem o absenteísmo escolar e o número de dias com atividade restrita.

Doenças de pele: Os escritórios regionais da OMS abordaram a acne dentro de seus serviços de saúde amigos de adolescentes e materiais de educação para a saúde (247); (248); (249). Por exemplo, uma série de publicações sobre educação para a saúde da adolescência elaborada pelo Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental descreve as etapas básicas de autocuidado que podem ser tomadas para tratar e controlar a acne, inclusive limpeza, tratamentos seguros e evitar tratamentos inseguros ou alimentos que possam exacerbar a acne (247).

Nas populações gerais, a educação de pacientes é eficaz para melhorar a qualidade de vida e reduzir a gravidade das doenças de pele, mesmo no manejo a longo prazo de doenças crônicas da pele (251). Orientações detalhadas para os clínicos sobre como diagnosticar, tratar e controlar a acne, diferentes tipos de eczema e outras afecções de pele – inclusive características clínicas-chave e tratamento para formas graves, moderadas e leves dessas afecções – podem ser encontradas no 2011 IMAI District Clinician Manual (167).

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 19: Prevenção, detecção e tratamento da anemia, principalmente para as adolescentes; suplementação de ferro quando apropriada

Exemplo: Anemia ferropriva

A anemia de adolescente pode resultar de muitas causas, inclusive fatores nutricionais, doenças específicas (por exemplo, anemia falciforme) e exposições ambientais evitáveis (por exemplo, eliminação de lixo eletrônico em países de baixa e média renda) (98). A deficiência nutricional é o foco aqui. Um aspecto fundamental da prevenção e controle da anemia ferropriva é a promoção de dietas com aporte adequado de ferro biodisponível. A má nutrição associada a deficiências de ácido fólico, vitamina A ou vitamina B12 é um frequente fator contribuinte nas populações que vivem em países de baixa e média renda (308). Outro fator nutricional comum é uma dieta monótona, mas rica em substâncias (fitatos) que inibem a absorção de ferro (por exemplo, nozes, sementes comestíveis, feijões, leguminosas e grãos), de modo que o ferro na dieta não pode ser utilizado pelo organismo.

A Seção A3.6.2 do Anexo 3 descreve intervenções para prevenir e tratar a desnutrição de adolescentes em geral, inclusive a anemia ferropriva. As ações específicas para prevenir e tratar a anemia ferropriva geralmente começam com a identificação e intervenção para corrigir causas e processos de doenças subjacentes.

Dependendo do contexto e circunstâncias, os programas de prevenção e controle da anemia ferropriva também podem incluir:

- controle da malária em áreas endêmicas (por exemplo, quimioprofilaxia/tratamento preventivo intermitente, mosquiteiros tratados com inseticida e eliminação de vetores);
- intervenções de prevenção precoce dirigidas às adolescentes, especialmente em áreas com altas taxas de natalidade e casamento precoce;
- Intervenções de água, saneamento e higiene para reduzir as perdas nutricionais decorrentes de infecções e também reduzir a inflamação; e
- uma avaliação epidemiológica basal das concentrações de hemoglobina e ferro em áreas onde as hemoglobinopatias e outros transtornos hereditários das hemácias provavelmente são prevalentes, para estabelecer as contribuições relativas das anemias ferropriva e não-ferropriva para a carga geral de anemia (252) .

A OMS recomenda suplementação diária de ferro como intervenção de saúde pública para mulheres adultas e adolescentes menstruadas que vivem em ambientes onde a anemia ferropriva é altamente prevalente (prevalência ≥40%) (236). Se a prevalência de anemia é de 20-40%, regimes intermitentes de suplementação de ferro podem ser considerados (253). Essas são estratégias preventivas para implementação em nível populacional, mas se uma mulher ou adolescente menstruada for diagnosticada com anemia, devem-se seguir as diretrizes nacionais para tratamento da anemia.

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 20: Tratamento e reabilitação de crianças com anomalias congênitas e deficiências

Exemplos: Mal formações e deficiências congênitas

Existem muitos tipos diferentes de anomalias congênitas. Em geral, elas podem ser categorizadas anatomicamente: anomalias dos olhos, orelhas, rosto e pescoço; do sistema nervoso, circulatório, respiratório, digestivo, urinário ou osteomuscular; dos órgãos genitais; do tegumento; anomalias cromossômicas; e outras condições (147). Tomando o exemplo da doença falciforme, a maioria das políticas e planos nacionais são inadequados para abordar a doença na África, onde é mais prevalente. Além disso, instalações adequadas e pessoal treinado são escassos, e ferramentas adequadas de diagnóstico e tratamento são insuficientes (399).

Em 2010, o Escritório Regional da OMS para a África publicou uma estratégia para um conjunto de intervenções de saúde pública para reduzir a carga de morbidade da anemia falciforme (254). A estratégia identifica atividades de apoio para adolescentes como prioridade, inclusive:

- pacotes financeiros para gerenciamento de casos
- diagnóstico e tratamento rápido de complicações
- regimes especiais de transfusão
- cirurgia quando necessário
- imunização
- profilaxia com antibióticos, ácido fólico e antimaláricos
- programas especiais para apoio profissional e psicossocial, atenção pré-natal
- intervenções educacionais adaptadas (254).

Adolescentes com incapacidade ou deficiência física ou sensorial de longo prazo – como lesão raquimedular, paralisia cerebral, cegueira e surdez – enfrentam algumas das maiores barreiras políticas, sociais e legais à saúde e ao bem-estar entre todos adolescentes (11); (255). O plano de ação mundial da OMS sobre deficiência 2014-2021 descreve ações para remover barreiras, melhorar o acesso aos serviços de saúde e fortalecer e ampliar a reabilitação, habilitação, tecnologia assistiva, serviços de apoio e assistência e reabilitação comunitária para todas as pessoas com deficiência, inclusive adolescentes (255).

Adolescentes com deficiência são mais propensos do que outros adolescentes a sofrer abusos, inclusive abuso sexual; por isso, os profissionais de saúde devem estar atentos aos sinais e sintomas e considerar essa possibilidade (256); (400). Também são mais propensos do que outros adolescentes a serem excluídos dos programas de educação sexual, e por isso podem precisar de apoio e defesa para garantir o acesso equitativo (256). Em contextos clínicos, orientação pré-menarca e assistência durante a transição puberal podem ser úteis, bem como a educação sexual para adolescentes e suas famílias e/ou cuidadores (257).

3. Intervenções baseadas em evidência

3.7.
Intervenções para saúde mental, uso de substâncias e autolesão

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 21: Atenção a crianças com atrasos no desenvolvimento

Exemplos: Transtornos do desenvolvimento, inclusive os transtornos do espectro autista

Transtorno do desenvolvimento é um termo genérico que abrange distúrbios como deficiência intelectual e transtornos do espectro autista. Essas condições geralmente surgem na primeira infância, apresentando-se como comprometimento ou atraso nas funções relacionadas à maturação do sistema nervoso central, e têm um curso estável e não recidivante, como é característico de muitos outros transtornos mentais (37). Tanto fatores genéticos como ambientais podem contribuir para os transtornos do desenvolvimento, por exemplo, exposição materna ou infantil ao chumbo, mercúrio ou disruptores endócrinos em produtos domésticos, lixo ou outras fontes (96); (98); (99).

O papel positivo dos pais, outros membros da família ou responsáveis que estão criando um adolescente com deficiência mental é fundamental para assegurar os melhores resultados de desenvolvimento possíveis (258). No entanto, esse papel pode ser desafiador e os cuidadores frequentemente relatam sentimentos de inadequação. A Seção A3.7.1.3 no Anexo 3 lista os pontos que o profissional de saúde deve abordar ao se envolver em intervenções psicopedagógicas para cuidadores de um adolescente com transtorno do desenvolvimento.

"Felicidade e saúde têm muito a ver entre si. Porque se você é feliz, você provavelmente está psicologicamente bem também. E se você está psicologicamente bem, o seu corpo está funcionando direito. E aí você reflete o que você sente em direção aos outros, o que ajuda os outros a se sentir bem, por causa da mesma felicidade que você sente."

Jovem adolescente na Colômbia

A institucionalização de adolescentes com transtorno do espectro autista ou outras deficiências psicossociais – ou seja, sua internação involuntária em um local afastado de sua comunidade, família e lar – é prejudicial e lhes nega seus direitos humanos básicos (259). Essa prática é mais comum nos países de baixa e média renda, onde os pais podem não ter os recursos necessários para sustentar seus filhos e podem tornar-se desesperados, ou podem ser aconselhados a internar seus filhos com deficiências psicossociais. É importante notar que os serviços de base comunitária e o apoio da comunidade oferecem a esses adolescentes e suas famílias melhores resultados e demonstraram ser mais econômicos do que a institucionalização. Para adolescentes com transtornos do espectro autista, intervenções psicossociais baseadas em evidências, como a terapia comportamental, podem reduzir as dificuldades na comunicação e no comportamento social (107).

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 22: Atenção responsiva e estimulação

Exemplos: Fatores de risco relacionados à criação (por exemplo, pouca supervisão, negligência, rejeição, aspereza)

As intervenções para melhorar a criação de adolescentes variam no grau em que se concentram em melhorar os resultados para os próprios pais (e, portanto, indiretamente para adolescentes) ou trabalham com os pais principalmente como um veículo para melhorar os resultados para adolescentes (por exemplo, estudo de caso 8). Muitas intervenções se concentram nas habilidades dos pais, e procuram:

- promover conexões emocionais positivas e estáveis entre pais e adolescentes (por exemplo, para melhorar a autoestima e competência social de adolescente);
- ajudar os pais a estabelecer regras, comunicar expectativas e aprender a exercer monitoramento uniforme e eficaz dos comportamentos de adolescente (por exemplo, para reduzir comportamento sexual de risco, uso de substâncias e delinquência);
- ajudar os pais a respeitar a individualidade de adolescentes e a evitar comportamentos intrusos, manipuladores e excessivamente controladores (por exemplo, para reduzir comportamentos antissociais no adolescente); e
- incentivar os pais a adotar atitudes e comportamentos que dão apoio à saúde (por exemplo, não fumar) enquanto também refletem apoio às normas sociais vigentes (33).

Estudo de caso 8

Projeto do Butão para melhorar as habilidades e capacidades de pais de adolescentes

Em 1999, o Governo do Butão apresentou um projeto educacional para aprimorar as habilidades e capacidades dos pais de adolescentes, reconhecendo que os pais são os principais reguladores e uma fonte chave de informação e apoio para adolescentes. Os objetivos do projeto incluíam conscientizar os pais sobre os problemas enfrentados pelos adolescentes de hoje; educá-los sobre as necessidades especiais de adolescentes; aumentar sua capacidade de se comunicar confortavelmente com seus filhos em geral e especificamente sobre temas sensíveis; e fortalecer sua capacidade de abordar problemas enfrentados por seus filhos adolescentes.

Esse projeto opera através dos professores do ensino médio, que ajudam a coordenar reuniões com os pais e fornecer outros apoios logísticos e programáticos. No total, 320 professores locais receberam treinamento especializado e conduziram sessões com aproximadamente 40.000 pais de adolescentes em suas escolas. A intervenção para os pais centrou-se na compreensão das mudanças físicas e psicossociais da adolescência e nas habilidades parentais, uso de drogas e fatores que afetam a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Posteriormente, os pais deveriam assumir papeis mais ativos na vida de seus filhos adolescentes e conseguir se comunicar com seus filhos sobre questões importantes, como o uso de substâncias e a saúde reprodutiva. Além disso, os pais foram estimulados a estabelecer grupos de apoio como meio de fornecer conselhos e assistência uns aos outros. Esses grupos se tornaram autossuficientes após a fase inicial, mas o Ministério da Educação continuou a fornecer-lhes novas informações e suporte, por exemplo, para organizar conversas mais amplas para pais e adolescentes.

Uma avaliação qualitativa do projeto indicou que os pais participantes desenvolveram melhores atitudes em direção a seus filhos, melhoraram suas habilidades e relataram mais comunicação com seus filhos, inclusive sobre temas delicados como saúde reprodutiva.

Fonte: (260).

As intervenções para pais de adolescentes quase sempre envolvem as comunidades locais e são um componente de um conjunto maior de múltiplas intervenções para apoiar a saúde de adolescentes. As atividades e estrutura dessas intervenções podem assumir diversas formas, inclusive oficinas ou aulas; eventos (por exemplo, performances musicais, teatro de rua e entretenimento educacional); grupos de apoio facilitados ou liderados por pares; visitas domiciliares; clubes de pais e filhos; e campanhas na mídia.

A OMS também fornece orientação para profissionais da saúde sobre como dar orientação psicossocial à adolescentes e seus pais para promover o bem-estar de adolescentes (37).

"Tenho uma boa comunicação com o meu padrasto. Temos espaço para rir, fazer piadas, e ser felizes. Pai não é quem faz o filho, pai é a pessoa que te ajuda. Meu padrasto me ajuda muito, graças a Deus. Eu diria que para um padrasto chegar a ser chamado de 'papai', é porque ele fez por merecer."

Jovem adolescente na Colômbia

3. Intervenções baseadas em evidência

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 23: Apoio psicossocial e serviços relacionados para saúde mental e bem-estar de adolescentes

Exemplos: Transtornos depressivos unipolares e transtornos de ansiedade

Podem ser oferecidas intervenções psicológicas como terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia interpessoal e capacitação de cuidadores para o tratamento de transtornos emocionais, como depressão e ansiedade (261). O tratamento psicológico presencial ou o tratamento de autoajuda guiado tendem a gerar melhores resultados do que a autoajuda não guiada, mas essa pode ser adequada para adolescentes que ou não têm acesso ao tratamento psicológico presencial ou à autoajuda guiada, ou não estão dispostos a acessar esses tratamentos. A família de adolescente deve estar envolvida na intervenção quando apropriado.

Outra estratégia comprovadamente eficaz para a prevenção e tratamento de transtornos de ansiedade é o fortalecimento da resiliência emocional e das habilidades cognitivas de adolescentes para prevenir ou controlar transtornos de ansiedade. Um exemplo de um programa eficaz para crianças de 7 a 16 anos é o programa australiano FRIENDS, que foi amplamente utilizado em escolas, centros de saúde e hospitais (262). FRIENDS é um programa cognitivo-comportamental de 10 sessões que ensina às crianças habilidades para lidarem com a ansiedade de forma mais eficaz e desenvolverem resiliência emocional, habilidades de resolução de problemas e autoconfiança. Outras intervenções promissoras incluem terapia cognitivo-comportamental como um método de intervenção precoce para prevenir o transtorno de estresse pós-traumático e oficinas cognitivas de curto prazo para adolescentes que sofreram um primeiro ataque de pânico (262).

Os transtornos de ansiedade também podem ser um fator de risco para a depressão. Intervenções universais para prevenir a depressão entre adolescentes incluem programas escolares baseados em habilidades cognitivas, sociais e de solução de problemas, além de intervenções baseadas na comunidade para reduzir o abuso infantil, a negligência e o *bullying* (262).

As intervenções seletivas para adolescentes com risco relativamente alto de depressão incluem aquelas focadas em lidar com eventos importantes da vida (por exemplo, morte ou divórcio dos pais) ou aquelas que visam bloquear a transferência transgeracional de depressão e problemas relacionados (por exemplo, adolescentes com pais deprimidos). As intervenções indicadas para adolescentes com níveis elevados de sintomas depressivos, mas sem transtorno depressivo, incluem trabalho em grupo com adolescentes em risco para promover o pensamento positivo, desafiar os estilos de pensamento negativos e melhorar as habilidades de resolução de problemas, bem como programas de prevenção da ansiedade (262).

A Seção A3.7.1.4 no Anexo 3 enumera o conteúdo psicopedagógico para depressão e outros transtornos emocionais na adolescência que deve ser disponibilizado em um ambiente de saúde não especializado (258). Para adolescentes com menos de 12 anos com depressão leve a grave, deve-se oferecer psicoeducação aos pais, abordar os estressores psicossociais e oferecer acompanhamento regular. A terapia cognitivo-comportamental, a psicoterapia interpessoal e o treinamento de habilidades para cuidadores também são recomendados. Porém, não se deve receitar antidepressivos a adolescentes (37). Se o adolescente tiver 12 anos ou mais, as mesmas intervenções devem ser fornecidas e, se disponível, a psicoterapia interpessoal, a terapia cognitivo-comportamental ou a ativação comportamental devem ser consideradas. Medicação só deve ser prescrita a adolescentes quando houver indicação clínica, e geralmente como parte de um plano de manejo mais abrangente (37). Essa intervenção só deve ser oferecida sob supervisão de um especialista treinado em prescrição de antidepressivos, inclusive monitoramento de efeitos colaterais.

Os transtornos depressivos podem ocorrer em comorbidade com outros problemas de saúde mental, como ansiedade e transtornos alimentares. Nesse caso, tipos adicionais de intervenções preventivas podem ser adequadas como parte de um programa mais abrangente. As intervenções para transtorno de ansiedade já foram descritas; consulte a Seção A3.6.2 no Anexo 3 para obter informações sobre intervenções para transtornos alimentares.

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 24: Capacitação dos pais, se apropriado, para manejo de transtornos de conduta em adolescentes

Exemplos: Transtornos de conduta

Alguns comportamentos desafiadores ou perturbadores são comuns e apropriados na adolescência. Para jovens adolescentes (de 10 a 12 anos), isso inclui não seguir instruções ou fazê-lo com atraso, reclamar ou discutir com adultos ou outras crianças e, ocasionalmente, perder a paciência (37). Para adolescentes de 13 anos ou mais, isso inclui testar as regras e limites, dizer que as regras e limites são injustos ou desnecessários e, ocasionalmente, ser mal-educado, desdenhoso, argumentativo ou desafiador no trato com adultos. A Seção A3.7.1.5 no Anexo 3 apresenta orientações para melhorar o comportamento de adolescentes que os profissionais de saúde em ambientes não especializados podem fornecer aos pais.

Essas orientações podem ser dadas a todos os cuidadores que estejam tendo dificuldades com o comportamento de um adolescente, mesmo que não haja suspeita de um transtorno de conduta.

Além da capacitação em habilidades parentais, podem ser oferecidas intervenções comportamentais para adolescentes e treinamento de habilidades para cuidadores para o controle de transtornos comportamentais em vários contextos, inclusive a clínica, o lar ou a escola (261). Tais intervenções comportamentais e cognitivo-comportamentais podem ser eficazes para melhorar o desempenho escolar (263). A intervenção precoce tem valor para reduzir os resultados adversos associados a distúrbios comportamentais.

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 25: Prevenção do abuso de substâncias

Exemplos: Transtornos de uso de álcool e drogas

A Estratégia Mundial para Reduzir o Uso Nocivo de Álcool de 2010 da OMS apresenta 10 áreas para ações de política e intervenções, todas as quais são direta ou indiretamente relevantes para adolescentes (102). Algumas áreas com relevância particular para adolescentes são:

- Mobilizar as comunidades para evitar a venda e consumo de álcool para menores de idade.
- Desenvolver e apoiar ambientes sem álcool, especialmente para jovens e outros grupos de risco.
- Estabelecer uma idade mínima para compra ou consumo de bebidas alcoólicas e outras políticas para evitar vendas e consumo de bebidas alcoólicas por menores de idade, e introduzir mecanismos para responsabilização dos que vendem ou servem bebidas.
- Implementar um sistema eficaz e eficiente de tributação combinado com cobrança de impostos e fiscalização adequada, pois os jovens são sensíveis a mudanças no preço das bebidas.
- Proteger jovens do marketing e propaganda de álcool, particularmente nos países de baixa e média renda, onde a prevalência de consumo de álcool entre adolescentes ainda é baixa e adolescentes estão sendo alvo de novos mercados.
- Reduzir a densidade dos pontos de venda de álcool e as horas ou dias em que as bebidas alcoólicas podem ser vendidas, pois essas intervenções estão associadas a menores níveis de consumo de álcool, agressão e outros danos (como homicídio, autolesão e acidentes de trânsito) em jovens.

Na ausência de iniciativas estruturais e ambientais, as intervenções educacionais têm pouca ou nenhuma influência sobre o uso de álcool ou outras drogas psicoativas por adolescentes, embora possam ser eficazes para aumentar o conhecimento de adolescentes sobre os riscos relacionados (110); (262); (264). Outros programas educacionais possivelmente eficazes incluem campanhas na mídia contra dirigir embriagado (sem fiscalização); uso de rótulos e advertências, inclusive nas garrafas; marketing social; e educação online através de redes sociais e sites (110). Existe também um potencial significativo de prevenção em certos programas: aqueles baseados em evidências e focados em habilidades familiares e mobilização e conscientização da comunidade, e aqueles que visam adolescentes que não frequentam a escola ou que vivem ou trabalham nas ruas (402).

As Normas Internacionais de Prevenção do Uso de Drogas fornecem orientações detalhadas sobre a prevenção do uso de drogas psicoativas por adolescentes jovens e mais velhos (355).

> *"Gostando ou não, se adolescentes mais novos estão passando tempo com os mais velhos, eles vão imitar o que adolescentes mais velhos fazem, como fumar ou beber álcool."*
>
> **Adolescente mais velho na Indonésia**

3. Intervenções baseadas em evidência

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 26: Detecção e controle do uso perigoso e nocivo de substâncias

Exemplos: Transtornos de uso de álcool e drogas

O Guia de Intervenção de 2016 do Programa de Ação para Superar as Brechas em Saúde Mental (mhGAP) da OMS fornece orientação tanto emergencial como geral sobre a avaliação e gerenciamento dos diferentes padrões de consumo de álcool e drogas (37). Esse guia descreve técnicas breves de intervenção psicossocial para uso em contextos de saúde não especializados; os pontos que devem ser abordados em adolescentes são resumidos na Seção A3.7 do Anexo 3.

Outros recursos da OMS dão orientação mais aprofundada sobre esse enfoque (266); (401). O Guia de Intervenção de 2016 do mhGAP também descreve intervenções a longo prazo para controle do uso de álcool e drogas, por exemplo, grupos de autoajuda e estratégias de redução de danos.

Há descrições detalhadas de intervenções farmacoterapêuticas, por exemplo, para controle da abstinência, tratamento contínuo e prevenção de recaídas (37).

Em 2000, a OMS publicou um pacote de treinamento para pessoas que trabalham com crianças em situação de rua, focado no uso de substâncias e SSR. O Módulo 3, Compreender o Uso de Substâncias por Crianças em Situação de Rua, descreve os tipos de substâncias que as crianças de rua usam (por exemplo, álcool, nicotina, opioides, alucinógenos, maconha, sedativos/tranquilizantes, estimulantes e inalantes); as maneiras como as crianças de rua as consomem; e os efeitos a curto e a longo prazo e as consequências de seu uso (402).

Intervenção de saúde para adolescentes da Estratégia Global

Nº 27: Prevenção do suicídio e manejo dos riscos de autolesão/suicídio

Exemplo: Suicídio

As intervenções para prevenir o suicídio entre adolescentes e na população em geral são resumidas por nível ecológico na Tabela 3.8.

> *"Algumas meninas usam drogas, outras se cortam, e outras acabam se matando, porque elas acreditam que ninguém as ama, ninguém. Elas pensam, 'Me rejeitam em casa, me rejeitam na escola', e ficam com essa ideia de que ninguém as ama."*
>
> **Adolescente mais velha, moradora de um assentamento urbano na Colômbia**

©Hauranitai Shulika

Tabela 3.8. Intervenções para prevenir o suicídio em adolescentes

NÍVEL ECOLÓGICO	INTERVENÇÃO	EXPLICAÇÃO
Estrutural e ambiental	Adoção de políticas de saúde mental nacionais	No tocante ao suicídio, essas devem se concentrar em: fortalecer liderança e governança efetivas; fornecer serviços abrangentes, integrados e responsivos baseados na comunidade; implementar estratégias de prevenção; e fortalecer sistemas de informação, evidência e pesquisa.
	Políticas para reduzir o uso nocivo de álcool	As opções políticas descritas na Estratégia Mundial da OMS de 2010 para Reduzir o Uso Nocivo de Álcool também apoiam a prevenção do suicídio, inclusive as políticas relacionadas à direção sob efeito de álcool e ao marketing e disponibilidade de álcool (102).
	Vigilância de suicídio e tentativas de suicídio	Vigilância sustentável e a longo prazo de casos de suicídio e hospitalização por tentativas de suicídio e autolesão fornece informação essencial para prevenção, intervenção e tratamento.
	Melhor acesso à assistência de saúde	O tratamento adequado, rápido e acessível para transtornos mentais e uso de substâncias pode reduzir o risco de comportamento suicida. A implementação de políticas e práticas de alfabetização em saúde em todos os sistemas e instituições de saúde também é fundamental.
	Restrição de acesso a meios de suicídio	Tais restrições incluem legislação para limitar o acesso a pesticidas, armas de fogo e medicamentos comumente usados no suicídio e armazenamento e descarte mais seguros dos mesmos, bem como intervenções ambientais para evitar o suicídio por queda.
	Reportagem responsável na mídia	As diretrizes para a mídia devem ressaltar: evitar descrições detalhadas de atos suicidas; evitar sensacionalismo; evitar glamourização e simplificação excessiva; uso de linguagem responsável; minimizar o destaque a relatos de suicídio; e educar o público sobre o suicídio e os tratamentos disponíveis.
	Estratégias de mídia eletrônica para prestação de serviços	As estratégias de prevenção de suicídio online incluem programas de autoajuda e profissionais para conversar com ou providenciar terapia para indivíduos suicidas. As mensagens de texto são uma alternativa, principalmente quando a Internet não está acessível.
	Aumento da conscientização sobre saúde mental, transtornos de uso de substâncias e suicídio	As campanhas de conscientização visam reduzir o estigma e promover a busca de ajuda e o acesso aos cuidados. Diferentes tipos de exposição (por exemplo, televisão, mídia impressa, Internet, mídias sociais e cartazes) podem reforçar as mensagens-chave. Em nível local, a conscientização pode atingir populações vulneráveis específicas.
Comunitário e interpessoal	Intervenções para grupos vulneráveis com maior risco de suicídio	Essas intervenções devem ser adaptadas e direcionadas para grupos que correm maior risco de suicídio em contextos específicos. Por exemplo, as intervenções voltadas para adolescentes lésbicas, gays, bissexuais, transgênero e intersexuais (LGBTI) devem se concentrar em abordar fatores de risco como transtornos mentais, uso de substâncias, estigma, preconceito e discriminação individual e institucional.
	Treinamento de "guardiões"	Para pessoas em posição de identificar se alguém está pensando em suicídio (por exemplo, profissionais de saúde ou professores), o treinamento de "guardião" desenvolve conhecimentos, atitudes e habilidades para identificar adolescentes em risco, determinar o nível de risco e encaminhar adolescentes em risco para tratamento.
	Linhas diretas de ajuda para pessoas em crise	As linhas diretas de ajuda para pessoas em crise são centros públicos de atendimento telefônico aos quais as pessoas podem recorrer quando outros apoios sociais ou cuidados profissionais não estão disponíveis ou não são desejados. Tais linhas podem ser disponibilizadas para a população em geral ou podem visar determinados grupos vulneráveis, por exemplo, com assistência por pares.
Individual	Avaliação e manejo de comportamento suicida	O guia de intervenção mhGAP da OMS de 2016 recomenda avaliação integrada de todos os que apresentarem pensamentos, planos ou atos autolesivos (37). O guia recomenda que se pergunte a qualquer pessoa com mais de 10 anos de idade que esteja passando por um transtorno mental, neurológico ou de uso de substâncias considerado prioritário – e também aos com dor crônica ou sofrimento emocional agudo – sobre pensamentos, planos ou atos relacionados à autoagressão e ao suicídio.
	Avaliação e manejo de transtornos mentais e de uso de substâncias	Isso inclui o treinamento dos profissionais da atenção primária à saúde para reconhecer a depressão e outros transtornos mentais e de uso de substâncias e realizar avaliações detalhadas de risco de suicídios. O treinamento deve ser realizado reiteradamente ao longo de anos e deve incluir a maioria dos profissionais de saúde do país.
	Acompanhamento e apoio na comunidade	O acompanhamento repetido por profissionais de saúde para pacientes que recebem alta após tentativas de suicídio e o apoio comunitário para essas pessoas são intervenções eficazes, de baixo custo e fáceis de implementar. O acompanhamento pode incluir cartões postais, chamadas telefônicas ou visitas rápidas em pessoa.

Fontes: (38).

Essas e outras intervenções para prevenir o suicídio na adolescência são descritas em mais detalhes na Seção A3.7.2 do Anexo 3. Os estudos de caso A3.22-A3.24 no Anexo 3 fornecem exemplos adicionais de intervenções contra o suicídio: proibições de pesticidas específicos no Sri Lanka, programas multissetoriais na Nova Zelândia para reduzir as taxas de suicídio juvenil entre os jovens maori e iniciativas governamentais e de ONGs em Hong Kong (Região Administrativa Especial da China) para prevenir o suicídio entre jovens e adultos.

As estratégias para prevenir e responder à autolesão não suicida entre adolescentes podem envolver intervenções semelhantes às descritas acima para prevenção e manejo de comportamentos suicidas, mas devem ser adaptadas às circunstâncias específicas. O tratamento individual para autolesão não suicida deve basear-se em uma análise funcional do comportamento autolesivo que leve em consideração os antecedentes; tipo de comportamento autolesivo e cognições, emoções e sensações associadas; e as consequências da autolesão (156).

3.8. Intervenções em contextos humanitários e frágeis

A Estratégia Global define amplamente duas intervenções baseadas em evidência para a saúde das mulheres, das crianças e de adolescentes que se concentram em meios humanitários e frágeis.

Essas são:

- Desenvolver e usar uma abordagem de avaliação de risco à saúde e humanitário para identificar as necessidades prioritárias e focar as intervenções.
- Em casos de emergência humanitária, assegurar a disponibilização de intervenções essenciais de saúde. Adaptar, implementar e coordenar o uso do pacote de serviços iniciais mínimos (11).

A Tabela 3.9 resume as intervenções essenciais de saúde de adolescente em contextos humanitários e frágeis. Essas intervenções são descritas em mais detalhes na Seção A3.8 do Anexo 3.

Tabela 3.9. Intervenções essenciais de saúde de adolescente em contextos humanitários e frágeis

ÁREA DE INTERVENÇÃO	EXPLICAÇÃO
Nutrição	Avaliar as condições e assegurar provisões adequadas para grupos populacionais adolescentes de acordo com a idade, sexo, peso, níveis de atividade física e outros fatores-chave, considerando os requisitos de energia e micronutrientes (39); (40). *Vide* também a Seção A3.8.1 no Anexo 3.
Deficiência e lesão	Assegurar os serviços de saúde essenciais para apoiar adolescentes com deficiência em uma emergência, inclusive medicamentos essenciais nas dosagens e formulações apropriadas (41). *Vide* também a Seção A3.8.2 no Anexo 3.
Violência	Fornecer triagem/rastreamento médico para ex-crianças soldados e manejo clínico e apoio psicossocial comunitário para sobreviventes de violência sexual e/ou de gênero (43); (44); (45); (181). *Vide* também a Seção A3.8.3 no Anexo 3.
Saúde sexual e reprodutiva	Implementar um pacote mínimo de serviços iniciais de SSR e montar uma resposta mais abrangente, inclusive suporte psicossocial, um sistema de proteção que aborde violência sexual, casamento infantil, planejamento familiar e programas de DSTs para adolescentes (46); (47). *Vide* também a Seção A3.8.4 no Anexo 3.
Água, saneamento e higiene	Garantir acesso e uso seguros e manutenção de sanitários; materiais e instalações para higiene menstrual; água e sabão ou cinzas para lavagem das mãos; coleta e armazenamento higiênico de água para consumo e uso; armazenamento e preparo higiênicos de alimentos; e gerenciamento eficiente de resíduos (21); (48). *Vide* também a Seção A3.8.5 no Anexo 3.
Saúde mental	Promover atividades recreativas normais para adolescentes, reiniciar a educação formal ou informal e garantir envolvimento em atividades concretas e de propósito comum (por exemplo, estudo de caso 9) (267). Utilizar técnicas de primeiros socorros psicológicos para fornecer suporte geral para adolescentes e seus pais (268). Para manejo de primeira linha de transtornos mentais e de uso de substâncias e afecções neurológicas por profissionais de saúde não especializados, siga o Guia de Intervenção Humanitária do mhGAP (49). *Vide* também a Seção A3.8.6 no Anexo 3.

Estudo de caso 9

Mentoria e aconselhamento de jovens na Cisjordânia e Faixa de Gaza durante uma crise prolongada

A Cisjordânia e a Faixa de Gaza vêm sofrendo uma crise prolongada há décadas, o que contribuiu para que 1,9 milhão de seus 4,5 milhões de habitantes precisassem de assistência humanitária em 2015 (269). Violência, fechamentos, restrições e dificuldades econômicas fazem parte da vida diária de adolescentes palestinos (270). Para alguns adolescentes, isso resultou em problemas psicológicos agudos, como apatia, falta de confiança em si mesmo, recolhimento e sensação de desesperança. Os jovens palestinos têm poucas oportunidades de recreação ou participação construtiva no desenvolvimento da comunidade, o que poderia ajudar a melhorar sua saúde mental (270).

Em resposta a essa situação, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Associação de Jovens Palestinos para Liderança e Ativação de Direitos desenvolveram um programa de orientação e aconselhamento juvenil. Estudantes universitários voluntários foram treinados para fornecer apoio psicossocial, tutoria e atividades recreativas para adolescentes em escolas e centros comunitários. Após um curso de treinamento de oito dias, os voluntários realizaram uma série de sessões de apoio psicossocial na escola, trabalhando mais de perto com adolescentes em áreas afetadas pela violência. As sessões baseadas na escola proporcionaram uma válvula de escape pacífica e reconfortante para os participantes expressarem seus pontos de vista, opiniões, esperanças e medos e encontrar formas de lidar com o estresse.

Após a conclusão das sessões, adolescentes tiveram a oportunidade de se expressarem de maneira construtiva e criativa. Por exemplo, adolescentes planejaram seus próprios projetos de pequena escala para melhorar suas escolas e bairros com o apoio dos voluntários. Uma linha telefônica operada por estudantes universitários também foi estabelecida para fornecer apoio psicossocial individual à adolescentes, especialmente em tempos de mobilidade restrita e toques de recolher. Adolescentes e estudantes universitários também produziram um jornal (Youth Times) com uma circulação de 100.000 e um programa de TV juvenil semanal. A avaliação qualitativa dos primeiros anos do programa sugeriu que teve impacto positivo nos voluntários e nos participantes.

Fonte: (270).

Os estudos de caso A3.25-A3.27 no Anexo 3 fornecem exemplos adicionais de intervenções em contextos humanitários e frágeis: os espaços seguros para meninas e mulheres deslocadas pelo grupo militante Boko Haram na Nigéria, os clubes juvenis do Maláui para adolescentes e meninos deslocados por inundações e a distribuição de kits de higiene menstrual para promover a frequência escolar das meninas em campos de refugiados da Etiópia.

Embora adolescentes possam ser particularmente afetados em contextos humanitários e frágeis, eles também podem ser um recurso importante para programas de saúde em tais cenários, como exemplificado no estudo de caso 9 (270).

THE NEED IS CONSTANT · THE GRATIFICATION IS INSTANT · GIVE BLOOD
American Red Cross
redcrossblood.org

©Jacob Han

4. Estabelecimento de prioridades nacionais

Principais mensagens:

- Os governos nacionais precisam identificar e abordar suas prioridades de programação de saúde para adolescentes, porque:
  - a natureza, a escala e o impacto das necessidades de saúde de adolescentes são únicos em cada país;
  - todos os governos enfrentam restrições de recursos, então eles precisam fazer escolhas difíceis para garantir que seus recursos de saúde para adolescentes sejam usados de forma mais eficaz;
- Os governos precisam avaliar as necessidades específicas de saúde de adolescentes de seu país antes de desenvolver – ou aprimorar – programas de saúde de adolescentes.

Isso inclui:
  - uma avaliação de necessidades para identificar quais condições têm o maior impacto sobre a saúde e o desenvolvimento de adolescentes, tanto entre adolescentes em geral, por idade, sexo e parte do país, como entre os mais vulneráveis;
  - uma análise de cenário dos programas, políticas, legislação, capacidade e recursos para saúde de adolescentes existentes no país, bem como uma análise das orientações globais e locais atuais sobre intervenções baseadas em evidências; e
  - definição de prioridades que considera adolescentes mais vulneráveis; a urgência, a frequência, a escala e as consequências de determinadas cargas de morbidade; a existência de intervenções eficazes, adequadas e aceitáveis para reduzi-las; e a disponibilidade de recursos e capacidade para implementar ou expandir intervenções prioritárias de forma equitativa.
- Ao longo do tempo, os países devem reavaliar suas prioridades e programas de saúde para adolescentes para garantir que eles ainda atendam às necessidades de adolescentes, que estão em constante mutação. Novas tendências em saúde e serviços de saúde, desenvolvimento econômico, emprego, migração, urbanização, conflitos, degradação ambiental e inovação tecnológica devem ser consideradas.

Até as últimas décadas, a maioria dos serviços e programas de saúde para adolescentes eram incluídos nos programas para crianças ou adultos, inclusive a promoção da saúde de adolescentes, redução de riscos e serviços clínicos (271); (272). Na década de 1980, muitos países desenvolveram e implementaram programas nacionais de saúde específicos para adolescentes, em parte devido à crescente conscientização sobre os graves problemas de saúde sexual e reprodutiva (SSR) enfrentados pelos adolescentes. Sensibilidades relacionadas à puberdade e à sexualidade de adolescentes significavam que os problemas de saúde de adolescentes muitas vezes não eram adequadamente abordados nos serviços existentes para crianças e adultos.

Os esforços variaram muito dentro e entre países e regiões, mas ao longo dos anos, muitos países conseguiram desenvolver e implementar, no mínimo, educação básica de SSR nas escolas, e fornecer serviços e produtos de SSR à adolescentes, principalmente através de estabelecimentos de saúde.

A programação de SSR para adolescentes continua sendo de suma importância em todos os países, e continuará sendo, para atender às necessidades de cada nova coorte de adolescentes. Porém, nas últimas décadas, tornou-se cada vez mais evidente que outras preocupações com a saúde de adolescentes também foram negligenciadas e justificam programação específica em âmbito de país (273). Essas incluem as causas de doença e lesão descritas na Seção 2, bem como as questões sociais, educacionais e econômicas mais amplas relacionadas à saúde, desenvolvimento e bem-estar de adolescentes que foram discutidas na Seção 1.

Essas questões podem:
- ser específicas para adolescentes (por exemplo, desenvolvimento puberal);
- afetar adolescentes menos que as crianças pequenas, mas mais que os adultos (por exemplo, desnutrição, doenças diarreicas, infecções das vias aéreas inferiores e malária);
- afetar adolescentes desproporcionalmente (por exemplo, autolesão);
- ser uma grande carga para adolescentes, assim como para o resto da população (por exemplo, acidentes de trânsito);
- ter grandes implicações para a saúde futura de adolescentes (por exemplo, tabagismo, sedentarismo e má alimentação) (273).

Os governos reconhecem cada vez mais que as necessidades diversas e complexas de saúde de adolescentes exigem uma programação coordenada, multissetorial, em âmbito de país (por exemplo, estudo de caso 10). Alguns realizaram análises de situação para identificar os problemas e determinantes da saúde de adolescentes mais prementes, bem como para identificar as populações de adolescentes em maior risco em seus países, a fim de priorizar a alocação de recursos para atender melhor às suas necessidades (274). Para ajudar os governos nacionais nesse processo, a iniciativa Cada Mulher, Cada Criança publicou orientações técnicas para priorizar intervenções de saúde de adolescente (69), que descreve três etapas para a tomada de decisões estratégicas sobre a programação nacional de saúde de adolescentes:

Passo 1 – Uma avaliação de necessidades faz um balanço da situação de saúde de adolescentes no país, considerando o status atual, bem como tendências e desigualdades na exposição a fatores de risco, cargas de morbidade e acesso aos serviços de saúde. Identifica quais condições têm maior impacto na saúde e desenvolvimento de adolescentes, tanto entre adolescentes em geral quanto entre os que estão em maior risco.

Também deve levar em consideração as diferenças entre meninas e meninos e entre adolescentes mais jovens e mais velhos.

Passo 2 – Realiza-se uma análise de cenário baseada em revisão dos programas e políticas para saúde de adolescentes já existentes, bem como legislação, capacidade e recursos relacionados no país.

Também deve examinar as barreiras aos serviços enfrentadas por todos adolescentes e pelas subpopulações vulneráveis.

Além disso, a análise de cenário deve basear-se em uma análise das orientações globais e locais atuais para determinar quais intervenções são mais eficazes e têm maior probabilidade de abordar as condições identificadas na avaliação de necessidades.

Passo 3 – Um exercício de definição de prioridades considera as condições e populações de adolescentes de alta prioridade identificadas no Passo 1 e as intervenções e mecanismos de entrega mais factíveis e que têm maior probabilidade de abordá-los, conforme identificado no Passo 2. Esse processo deve levar em consideração adolescentes mais vulneráveis; a urgência, frequência, escala e consequências de certas cargas; a existência de intervenções eficazes, adequadas e aceitáveis para reduzi-las; e a disponibilidade de recursos e capacidade para implementar ou expandir as intervenções prioritárias de forma equitativa.

Devem ser criados mecanismos para garantir que adolescentes participem e possam contribuir de forma significativa para cada passo descrita acima. O tempo, a capacidade de recursos humanos e o financiamento geralmente ditarão o nível e profundidade de cada um desses passos.

Estudo de caso 10

Análise da situação e plano estratégico para a saúde de adolescentes na Zâmbia

Em 2009, o Ministério da Saúde da Zâmbia e seus parceiros realizaram uma análise da situação de saúde de adolescentes para apoiar a adequação das políticas, planejamento e resposta nacionais.

A avaliação das necessidades identificou que os principais determinantes da saúde de adolescentes, fatores de risco e cargas de doença eram problemas gerais de saúde (por exemplo, malária, tuberculose e outras infecções respiratórias que não a pneumonia, diarreia e subnutrição); HIV, sífilis e outras DSTs; sexo precoce e desprotegido; abuso sexual; casamento e gravidez precoce; abuso de drogas e álcool; acidentes e violência; práticas culturais inseguras; e problemas de saúde mental. A análise de cenário também detalhou os esforços existentes do governo para fornecer serviços de saúde para adolescentes, como o desenvolvimento de uma política nacional de juventude; criação de um Ministério da Juventude; introdução de legislação sobre abusos sexuais, de drogas e de álcool; estabelecimento de serviços de saúde amigáveis para adolescentes em distritos piloto; e fortalecimento do marco institucional de saúde da adolescência dentro da estrutura organizacional do ministério.

O relatório de análise da situação de saúde de adolescentes que resumiu esses achados tornou-se a base para o Plano Estratégico de Saúde de Adolescentes (2011-2015) do Ministério, que delineou estratégias relacionadas à prestação de serviços, força de trabalho de saúde, produtos médicos, informação em saúde, financiamento de saúde e liderança e governança. Por exemplo, o plano pedia melhor articulação entre os ministérios da saúde e da educação – especialmente no tocante à promoção da saúde nas escolas –, bem como a ampliação do programa existente de serviços de saúde amigáveis para adolescentes, incluindo treinamento e a supervisão aprimorados dos profissionais de saúde.

Fontes: (275); (276).

4. Estabelecimento de prioridades nacionais

4.1. Avaliação de necessidades

Uma avaliação nacional das necessidades de saúde de adolescentes envolve uma revisão sistemática do estado da saúde e do bem-estar de adolescentes naquele país (69). Quando possível, esta avaliação deve incluir uma análise dos dados disponíveis desagregados por sexo; faixas etárias; educação e escolaridade; nível de alfabetização; estado civil; localização (por exemplo, urbana x rural); condição de moradia; status socioeconômico; e outras variáveis que podem ser importantes no contexto local, como a etnia. É essencial que os responsáveis pela análise tentem encontrar e considerar todos os dados possíveis, mantendo uma mente aberta sobre o que a melhor evidência sugere, mesmo que vá contra ideias preconcebidas ou amplamente divulgadas. Por exemplo, a limitação do processo a certas condições de saúde (por exemplo, SSR, nutrição e lesão involuntária) pode excluir outras condições que tenham impacto igual ou maior na mortalidade e morbidade de adolescentes (por exemplo, abuso ou problemas de saúde mental).

Com base nas pesquisas mais recentes, exatas e representativas, a avaliação das necessidades deve identificar as principais causas de mortalidade, morbidade e prevalência de doenças de adolescentes, além dos fatores de risco e proteção. Também deve considerar questões relevantes que podem não ser bem detectadas pelas medidas e pesquisas existentes, como a prevalência de MGF ou DSTs que não o HIV. Especificamente, a avaliação das necessidades deve examinar:

- principais problemas e desafios de saúde que afetam adolescentes;
- comportamentos de adolescentes mais intimamente ligados a esses desafios de saúde;
- comportamentos de adolescentes que podem levar a problemas de saúde no futuro (por exemplo, fatores de risco, inclusive consumo de tabaco, inatividade física e má alimentação);
- práticas prejudiciais que afetam adolescentes (por exemplo, casamento infantil e MGF);
- contexto sociocultural da vida de adolescentes, inclusive fatores protetores e de risco em vários níveis ecológicos (por exemplo, exposições ambientais) e em diferentes instituições (por exemplo, escolas, serviços de saúde e locais de trabalho) que podem influenciar os problemas acima; e
- influência das normas, papéis e relações de gênero na saúde de meninas e meninos durante a adolescência. (69)

Um dos objetivos importantes da avaliação das necessidades é identificar subgrupos de adolescentes que possam ter maior necessidade de serviços e programas. A Seção 2 desse documento fornece um exemplo de uma avaliação de necessidades de saúde para adolescentes em nível global. Idealmente, algo semelhante seria feito em nível nacional e em nível subnacional.

> *"As autoridades deveriam proporcionar lugares seguros, como bibliotecas públicas. Não sei por que, eu sempre sinto que as autoridades cuidam mais dos meninos que das meninas. Eles precisam fazer atividades que são boas para nós também."*
>
> **Jovem adolescente na Cisjordânia/Faixa de Gaza**

A avaliação das necessidades de saúde de adolescentes em um país pode incluir uma análise documental dos estudos nacionais e subnacionais disponíveis, de artigos acadêmicos e outras avaliações de países; análise dos dados desagregados nacionais e subnacionais existentes; e discussões em grupos focais e/ou entrevistas com os principais interessados, que incluem adolescentes e jovens adultos; pais e famílias; membros da comunidade; líderes religiosos; representantes governamentais (por exemplo, dos setores da saúde, educação e proteção social); instituições nacionais de direitos humanos; representantes de ONGs e da sociedade civil; organizações técnicas da ONU; e organizações bilaterais e doadores.

Em condições ideais, uma avaliação nacional das necessidades incluiria uma revisão dos dados de morbimortalidade desagregados por causa, região geográfica, sexo e faixa etária. Porém, em muitos contextos, esses dados não estão disponíveis, especialmente em países onde os sistemas de registro civil e estatísticas vitais são fracos. Nesses casos, as avaliações de necessidades devem basear-se nos dados nacionais quantitativos e qualitativos disponíveis. As fontes de país incluem as pesquisas demográficas e de saúde e pesquisas de saúde de base escolar, tais como a Pesquisa de Saúde em Crianças em Idade Escolar (HBSC) ou a Global School-Based Student Health Survey (GSHS). Fontes internacionais incluem as estimativas de saúde globais – por exemplo, (16) – ou o Estudo de Carga Global da Doença – por exemplo, (17); (143). A avaliação das necessidades deve estabelecer uma compreensão razoável dos problemas e tendências de saúde mais importantes, mesmo quando não for possível comparar e classificar as taxas de diferentes condições diretamente (por exemplo, taxas de morbidade e mortalidade por acidentes de trânsito x prevalência do HIV e taxas de fertilidade na adolescência).

Além dos dados primários de pesquisas e programas verticais, as estimativas nacionais e regionais das causas de morbimortalidade são potencialmente úteis na quantificação dos riscos para a saúde. As estimativas de morbimortalidade publicadas incluem o Estudo de Carga Global da Doença (http://www.healthdata.org/gbd) e as Estimativas Globais de Saúde da OMS para 2015 (16). No entanto, a confiabilidade dessas estimativas modeladas depende dos dados que entram nelas. Em países com sistemas fracos de registro civil e estatísticas vitais, as estimativas dependem de outras fontes de dados, tais como pesquisas, estudos individuais, extrapolação e triangulação a partir de dados regionais.

4.2.
Análise de cenário

Uma análise de cenário da saúde de adolescentes em âmbito nacional tem vários objetivos (69):

- identificar e mapear intervenções, programas, legislação, políticas e projetos existentes que abordem a saúde e desenvolvimento na adolescência, bem como os produtos e impactos dessas iniciativas. Por exemplo, essa análise deve avaliar leis, regulamentos e políticas sobre a idade do casamento, ou acesso a cuidados de saúde (incluindo especificamente serviços de SSR) por menores casados e não casados. Também deve tentar determinar até que ponto esses documentos orientadores nacionais são seguidos na prática.
- identificar os interessados diretos e organizações envolvidas no planejamento, gestão, implementação, monitoramento e avaliação dessas atividades em nível nacional e subnacional. Deve identificar os sistemas existentes para apoiar a capacitação, supervisão, coordenação e outras funções de planejamento e gerenciamento. É essencial que examine como adolescentes e jovens participam e contribuem para esses esforços e os sistemas ou plataformas em vigor para fazê-lo.
- identificar fontes existentes e potenciais de financiamento (tanto nacionais como internacionais) e as dotações orçamentárias atuais, especialmente considerando a forma como atendem às necessidades.
- incluir uma análise das recomendações atuais de intervenções para saúde de adolescentes em nível mundial e, em particular, as que possuem uma forte base de evidências, para que os governos nacionais possam avaliar quais programas existentes devem ser mantidos ou fortalecidos com base em evidências de eficácia e quais talvez não devam continuar (69).
- avaliar o que está sendo feito pelo governo, ONGs e organizações da sociedade civil para melhorar a saúde de adolescentes e responder aos determinantes sociais, econômicos e outros dos problemas de saúde de adolescentes. Deve incluir estudos de cobertura do alcance e qualidade dos programas e serviços existentes.

Tal como a avaliação das necessidades, a análise de cenário pode envolver uma análise documental, visitas de campo e entrevistas e discussões em grupos focais com jovens e outros informantes-chave. Os informantes-chave podem explicar os desafios e realizações dos programas existentes, a percepção de necessidades e serviços e a capacidade para o interesse em realizar trabalhos expandidos sobre a saúde de adolescentes.

Perguntas importantes que devem ser abordadas em tais análises de cenário incluem:

- a medida em que o plano nacional de saúde integra adolescentes em seus objetivos e programas;
- leis ou políticas específicas que possam impedir o acesso de adolescentes aos serviços de saúde;
- lacunas na prestação de programas e serviços (por exemplo, estudo de caso 11);
- escala, alcance, cobertura e evidência de impacto dos programas para saúde de adolescentes existentes no país;
- como as intervenções nos setores relevantes visam alcançar grupos particulares de adolescentes por idade, sexo, localização, escolaridade e outras variáveis sociodemográficas;
- o nível de financiamento para os programas existentes e a forma como os fundos disponíveis são alocados;
- se as atividades atualmente financiadas estão alinhadas com práticas baseadas em evidências;
- a medida em que os jovens estão envolvidos na concepção, implementação e monitoramento dos programas especificados; e
- as barreiras de oferta e demanda que impedem adolescentes de acessar serviços de qualidade e proteção financeira. (69)

©Hanalie Albiso

Estudo de caso 11

Marco de ação e análise de cenário de políticas para melhorar a saúde de jovens na Escócia

Em 2004, o governo escocês começou a desenvolver um marco de ação para capturar as ações-chave necessárias para enfrentar os desafios multissetoriais para crianças e jovens escoceses. Esse processo levou à publicação em 2006 do documento *Delivering a Healthy Future: An Action Framework for Children and Young People's Hea*lth. Foram identificados problemas de saúde com implicações particulares para os jovens, agrupados em categorias: promoção da saúde e do bem-estar (por exemplo, aumento do excesso de peso e da obesidade); equilíbrio entre acesso, qualidade e sustentabilidade (por exemplo, perda de cuidados pediátricos especializados em nível distrital); desenvolvimento da força de trabalho (por exemplo, especialistas em saúde mental insuficientes); refletir um foco no paciente (por exemplo, mudando a idade de transição de serviços pediátricos para serviços adultos de 13 a 14 anos para 16 anos ou mais); assegurando a gestão de desempenho e garantia de qualidade (por exemplo, aumentando serviços para abordar questões de igualdade e diversidade juvenil); e tecnologia da informação (por exemplo, telemedicina para atender às necessidades de locais remotos e rurais). O marco também delineou as principais áreas políticas que precisam de novas ações, inclusive proteção infantil, melhoria da saúde e justiça social e inclusão. Após a publicação do marco, foi realizado um exercício de mapeamento para resumir as políticas existentes relacionadas à saúde de jovens. Esse exercício identificou uma série de lacunas, como a necessidade de uma estratégia de implementação após a aprovação de um projeto de lei de Escolas Promotoras da Saúde ou de reconsiderar o código voluntário sobre propaganda do álcool.

Fontes: (277); (278); (279).

4.3. Estabelecimento de prioridades

O terceiro passo do processo de avaliação e planejamento para saúde de adolescentes em um país envolve a definição das prioridades: quais condições devem ser alvo de intervenções e o conjunto de intervenções a serem empregadas para abordá-las (por exemplo, estudo de caso 12) (69). Esse processo de estreitamento estratégico do foco das intervenções de saúde de adolescentes é necessário porque os jovens de 10 a 19 anos representam uma população muito grande e diversa, com muitas necessidades. Todos os governos enfrentam grandes restrições de recursos; por isso, precisarão fazer escolhas difíceis para poder abordar as principais prioridades de maneira eficaz.

O processo de priorização requer uma abordagem sistemática e um conjunto transparente de critérios, e deve incluir participação e contribuições significativas de adolescentes. Todas as partes interessadas relevantes devem ser consultadas de forma estruturada. Os governos devem considerar os seguintes critérios e quaisquer outros que julguem importantes na identificação de vulnerabilidades e problemas de saúde prioritários na população adolescente:

- Magnitude do problema – Os recursos devem ser direcionados para as principais causas de morte e doença ou lesão, mas também devem ir além dessas causas para abordar comportamentos de risco e exposições que possam afetar a saúde de adolescentes agora e no futuro, usando uma abordagem de curso de vida.
- Grupos de adolescentes mais afetados – Todos adolescentes têm necessidades relacionadas à saúde e podem ter dificuldades, mas nem todos são igualmente vulneráveis a problemas de saúde e sociais. Alguns adolescentes têm vulnerabilidades sobrepostas que os tornam particularmente vulneráveis a piores resultados de saúde (por exemplo, doenças ou lesões preexistentes, baixa escolaridade, pobreza, viver em comunidades com altos índices de casamento infantil). Deve-se dar especial atenção à adolescentes mais vulneráveis e/ou necessitados.
- Disponibilidade de intervenções eficazes – É importante que recursos escassos sejam utilizados para realizar intervenções que tenham maior chance de eficácia para as subpopulações de adolescentes que mais precisam delas. A escolha de intervenções deve ser orientada pela mais forte evidência disponível de eficácia.
- Viabilidade de implementação das intervenções – Limitações sociais, econômicas e culturais, inclusive a falta de reconhecimento dos direitos de adolescentes, podem dificultar a realização de certas intervenções. A definição de prioridades deve se basear em uma análise cuidadosa e pragmática da viabilidade de intervenções no país, com fidelidade e em escala.
- Potencial para ampliação – Faz-se necessária uma avaliação da capacidade atual e da capacidade necessária para implementar as intervenções. Um governo forte, a sensação de propriedade pela comunidade e a vontade política ajudarão a ampliar a escala da intervenção. Os exercícios de cálculo de custos podem informar as necessidades gerais de recursos e como os planos podem ser implementados em uma abordagem por etapas.

Estudo de caso 12

Análise da situação de saúde de adolescentes e estabelecimento de prioridades de programação na Mongólia

Em 2005, o Plano Diretor Estratégico do Setor da Saúde da Mongólia (2006-2015) observou que vários problemas de saúde eram especialmente importante para adolescentes: lesões não intencionais; deficiências de micronutrientes; saúde sexual e reprodutiva (SSR); e uso de drogas, álcool e tabaco. Adolescentes foram reconhecidos como um grupo vulnerável, e por esse motivo o plano fixou metas para aumentar seu acesso aos serviços de saúde – e particularmente para serviços amigáveis para jovens, tanto em escolas como em estabelecimentos de saúde. Em 2011, o Ministério da Saúde decidiu realizar uma análise mais abrangente das necessidades e serviços de saúde de adolescente existentes, apoiando uma equipe para coletar e analisar dados relevantes de políticas, planos e relatórios sobre programas de SSR, saúde mental, nutrição e tabaco e álcool. A equipe também fez visitas a estabelecimentos de saúde e consultou os gestores de programas provinciais e nacionais e prestadores de serviços dos setores de saúde e educação, bem como adolescentes e representantes de ONGs internacionais e agências da ONU.

As recomendações dessa análise da situação priorizaram dois problemas de saúde da adolescência: saúde mental e SSR. Para a saúde mental, as recomendações de intervenção incluíram identificar indicadores adequados e desagregar dados de forma mais eficaz; aumentar a capacidade dos profissionais da atenção primária para diagnosticar, tratar e encaminhar adolescentes com problemas de saúde mental; e capacitar os professores e pais para promover as habilidades psicossociais de adolescentes e encaminhá-los quando necessário. Para a SSR, as recomendações de intervenção incluíram: fortalecer a pesquisa epidemiológica sobre doenças sexualmente transmissíveis em jovens; ampliar os serviços de saúde de pequena escala para jovens dentro do sistema de saúde; e capacitar os professores para a realização de programas eficazes de educação sobre SSR e habilidades para a vida. Mais amplamente, a análise da situação recomendou o fortalecimento da coordenação e colaboração dentro e entre setores (por exemplo, designando uma força-tarefa e um funcionário ou unidade de saúde para adolescentes) e usando ativos disponíveis de forma mais eficaz e eficiente, por exemplo, aproveitando uma oportunidade de treinamento para certa área de saúde para desenvolver capacidade em outras também.

Fontes: (69); (280).

A definição de prioridades nacionais deve ocorrer mesmo quando não for possível comparar e classificar diretamente as taxas de diferentes condições, e mesmo quando a evidência de eficácia do programa local for limitada. Em muitos casos, esse processo de priorização dependerá fortemente da opinião de especialistas, orientada por evidências globais relevantes.

O processo de priorização deve incluir o desenvolvimento de um modelo lógico que conecte as intervenções planejadas aos determinantes, comportamentos e resultados de saúde que pretendem afetar no contexto do país em particular (281). Isso deve resultar em uma estratégia que inclua e identifique um pacote de intervenções prioritárias, um conjunto de mecanismos para implementá-las, os meios disponíveis para a sua prestação e um plano de monitoramento e avaliação (69).

O setor da saúde não pode ser o único responsável por todas as políticas e programas que precisarão ser implementados, mas pode desempenhar um papel-chave na resposta multissetorial, favorecendo e mobilizando as ações essenciais de outros setores, fortalecendo o suporte técnico e a coerência e divulgando informações epidemiológicas e a base de evidências para ação.

4. Estabelecimento de prioridades nacionais

4.4. Considerações adicionais

Criticamente, com o passar do tempo, é importante que os países revisem esse processo de três passos (análise de necessidades, análise de cenário e priorização) para garantir que atendam às mudanças nas necessidades de saúde de adolescentes (por exemplo, estudo de caso 13). Novas tendências em saúde e serviços de saúde, desenvolvimento econômico, emprego, migração, urbanização, conflito, degradação ambiental e inovações tecnológicas devem ser consideradas. Por exemplo, uma análise de cenário atualizada pode identificar novos recursos que não estão sendo aproveitados em seu potencial máximo – como o crescimento da infraestrutura de telecomunicações rural – e poderiam ser explorados para telemedicina ou implantação de intervenções de e-saúde e saúde móvel.

Estudo de caso 13

Programa nacional integral de saúde de adolescentes no Butão

A priorização dos serviços de saúde de adolescente pelo governo do Butão evoluiu ao longo do tempo. O Butão desenvolveu e implementou um programa básico de saúde escolar geral na década de 1980. Em 2000, reconhecendo que muitos adolescentes correm risco de contrair HIV, outras DSTs e gravidez indesejada, esse programa foi ampliado para proporcionar educação de SSR para adolescentes, e em 2002, foi ampliado para incluir a educação em habilidades para a vida. Nos anos seguintes, o Ministério da Saúde continuou a se concentrar na melhoria da SSR juvenil, priorizando-a no Plano Estratégico Nacional de HIV/Aids (2011-2015) e desenvolvendo os Padrões Nacionais de Serviços Amigos dos Jovens em 2011.

Enquanto a SSR de adolescentes continua sendo um tema prioritário para o governo, também reconheceu cada vez mais a importância de outras necessidades de saúde e desenvolvimento de adolescentes e de melhorar a coordenação nacional dos esforços multissetoriais para abordá-las. Tanto a Política Nacional de Jovens de 2011 como o Plano Estratégico Nacional de Saúde de Adolescente (2013-2018) identificam múltiplos problemas críticos para a saúde e o bem-estar de adolescentes, inclusive o abuso de tabaco, álcool e outras substâncias; acidentes de trânsito e outras lesões não intencionais; SSR (especialmente entre os jovens com maior risco); má alimentação (inclusive desnutrição, obesidade e as DNTs relacionadas); higiene e saneamento (inclusive saúde bucal); saúde ambiental e ocupacional; todas as formas de violência; problemas de saúde mental; e as necessidades de jovens com deficiência. Ambos os documentos priorizam as necessidades de adolescentes desfavorecidos, definidos como: adolescentes que estão fora da escola; subempregados ou desempregados; envolvidos em comportamentos de risco; órfãos; monges ou freiras; marginalizados; rurais; ou difíceis de alcançar. Tanto a política quanto o plano estratégico enfatizam uma abordagem holística à saúde e desenvolvimento de adolescentes. Por exemplo, o plano estratégico afirma: "A prestação tradicional de cuidados de saúde, que se concentra no tratamento de doenças agudas e doenças crônicas, muitas vezes negligenciou questões comportamentais e sociais, questões relacionadas à segurança, relações sociais, autoestima, educação e desenvolvimento de habilidades. O objetivo geral do plano estratégico é facilitar o cuidado holístico à saúde e desenvolvimento de adolescentes e jovens butaneses, que serão continuamente sensibilizados sobre seus problemas de saúde e desenvolvimento e capacitados com habilidades de vida necessárias e relevantes."

Fontes: (282); (283); (284); (285); (286).

Além disso, pode haver momentos em que um país ou região precisa implementar exercícios rápidos e focados de definição de prioridades de saúde para adolescentes, como, por exemplo, em casos de crise humanitária.

O Quadro 4.1 apresenta um exemplo de como uma análise da situação de SSR em adolescentes pode ser realizada em contextos humanitários e frágeis.

Quadro 4.1. Análise da situação de saúde sexual e reprodutiva de adolescente em contextos humanitários e frágeis

Em um ambiente humanitário e frágil, é importante realizar uma avaliação de necessidades e análise de cenário para entender a situação de SSR de adolescentes do sexo masculino e feminino e desenvolver um plano que responda às suas necessidades prioritárias. O Kit de ferramentas de Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescente para Contextos Humanitários de 2009 fornece ferramentas para avaliação rápida inicial, análise de situação e levantamentos abrangentes de SSR em adolescentes em situações de emergência.

Especificamente:

- Uma avaliação rápida inicial deve ser realizada durante as primeiras 72 horas de uma emergência aguda, e será usada para coletar dados demográficos e identificar questões que salvam vidas e, portanto, devem ser abordadas urgentemente para assegurar o bem-estar da população beneficiária.
- Uma análise da situação realizada depois que a situação de emergência se estabilizou fornecerá informação sobre o estado basal das necessidades e serviços de SSR, e ajudará na priorização de intervenções quando serviços integrais de SSR forem introduzidos. As análises da situação podem usar vários métodos de coleta de dados, inclusive dados secundários, entrevistas aprofundadas, discussões com grupos focais (separados por sexo, se culturalmente necessário), mapeamento comunitário e avaliação de instalações.
- Avaliações integrais de SSR não são realizadas com frequência nas situações de emergência, porque são demoradas e podem sobrecarregar os recursos humanos e logísticos já escassos. Depois da estabilização de uma emergência aguda, porém, uma avaliação integral de conhecimento, crenças e comportamentos acerca de SSR pode fornecer informação valiosa que ajudará a projetar um programa de SSR que responda às necessidades específicas e separadas por gênero de adolescentes locais.

Embora as avaliações e análises enumeradas acima sejam valiosas em uma crise humanitária, é importante lembrar que o pacote de serviços iniciais mínimos deve ser a primeira intervenção de SSR a ser introduzida, e nunca deve ser atrasada ou postergada.

Fonte: (287).

O Anexo 4 fornece mais informações a ser consideradas no momento de estabelecer prioridades nacionais para programas de saúde de adolescentes, especificamente:

- A Seção A4.1 do Anexo 4 descreve recursos suplementares para apoiar a definição de prioridades nacionais, inclusive um manual para planejadores e pesquisadores de saúde responsáveis pela avaliação rápida das necessidades de saúde de adolescentes (288) e um guia regional para a realização de análise da situação de saúde de adolescentes (289) .
- A Seção A4.2 do Anexo 4 baseia-se em dados de mortalidade na adolescência específicos para cada país para ilustrar como países individuais – inclusive países vizinhos da mesma região – podem definir prioridades muito diferentes com base nos dados disponíveis; e
- A Seção A4.3 do Anexo 4 fornece um exemplo das fontes usadas e dos dados compilados durante a recente avaliação das necessidades de saúde de adolescentes na Etiópia.

©Jacob Han

5. Programação nacional

Principais mensagens:

1. Para alcançar as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a saúde e outros setores precisam normalizar a atenção às necessidades de adolescentes em todos os aspectos do seu trabalho. Uma abordagem de saúde de adolescente em todas as políticas (SATP) deve ser praticada na formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas. A SATP poderia ser facilitada pelo estabelecimento de um grupo nacional de coordenação que supervisionaria os esforços para a saúde e o bem-estar de adolescentes em todos os setores e ministérios.
2. Os países devem garantir que as expectativas e as perspectivas de adolescentes sejam incluídas nos processos nacionais de programação. A liderança e a participação de adolescentes devem ser institucionalizadas e apoiadas ativamente durante a concepção, implementação, monitoramento e avaliação de programas de saúde para adolescentes.
3. "Não deixar ninguém para trás" deve ser um princípio fundamental na programação para a saúde de adolescentes. Um prisma de equidade, com a devida atenção à idade, sexo e, em particular, grupos vulneráveis de adolescentes, deve informar todas as etapas da programação, desde identificar metas, alvos e objetivos até definir indicadores para monitorar conquistas e planejar intervenções, serviços e atividades.
4. Os sistemas de saúde sensíveis à adolescentes são fundamentais para alcançar a cobertura de saúde universal. Para garantir uma atenção explícita, contínua e dedicada aos problemas de saúde de adolescentes no setor da saúde, os países podem considerar designar um ponto focal para a saúde de adolescente no Ministério da Saúde, com responsabilidade de defender a saúde de adolescente no ministério, coordenando a atenção sistemática às necessidades de adolescentes em todos os programas de saúde e servir como articulador para ações intersetoriais.
5. Para acelerar o progresso em direção à cobertura universal da saúde, os países devem considerar a possibilidade de institucionalizar os programas nacionais de saúde de adolescente, com um amplo alcance que cubra todas as prioridades de saúde. Nesse caso, o ponto focal da saúde de adolescentes no Ministério da Saúde também será o coordenador do programa nacional de saúde de adolescentes.
6. O investimento na saúde de adolescentes será muito mais fácil de justificar se estiver totalmente custeado. As políticas e estratégias nacionais que abordam a saúde de adolescentes devem, portanto, ser acompanhadas de planos plenamente custeados que incluam estimativas dos recursos necessários para implementar as intervenções que foram priorizadas e o custo do programa associado.
7. Os avanços na matrícula de crianças e adolescentes no ensino primário e secundário exige atenção renovada aos programas de saúde escolar. Investir em programas de saúde escolar é uma prioridade para a ação intersetorial em saúde de adolescentes. Toda escola deve se tornar uma Escola Promotora da Saúde. Os países que não possuem programa nacional de saúde escolar formalizado devem considerar essa possibilidade, e os países que possuem tais programas devem aprimorá-los continuamente para garantir que eles se alinhem com a base de evidências sobre intervenções eficazes e prioridades emergentes.

A Seção 4 deu orientações sobre como determinar prioridades programáticas, e a Seção 3 resumiu políticas e intervenções baseadas em evidências para cada uma das prioridades que poderiam ser selecionadas. Essa Seção descreverá a programação nacional – a etapa do ciclo de planejamento de um setor no qual as prioridades determinadas serão traduzidas em planos (*vide* Glossário).

Esta seção descreve áreas-chave para a programação para alcançar os objetivos gerais de melhorar a saúde, o bem-estar e a equidade de adolescentes em resultados de saúde de adolescentes. A seção identifica os elementos comuns de programação para a saúde de adolescente que são resumidos no marco lógico e fornece uma visão geral dos papéis do setor saúde e de outros setores nos programas para a saúde de adolescentes (seção 5.1). Em seguida, propõe áreas-chave para a programação dentro de cada um dos elementos do marco lógico e fornece exemplos práticos sobre como a programação foi aplicada em vários países (seções 5.2-5.6). Os aspectos específicos da programação para a saúde de adolescentes em contextos humanitários e frágeis são descritos na seção 5.7, e as abordagens de desenvolvimento positivo e transformação de gênero, na seção 5.8.

Há uma certa sobreposição entre as áreas-chave para programação descritas nessa Seção e algumas das intervenções organizacionais, estruturais e de nível macro descritas na Seção 3. Isso ocorre porque a complexidade das intervenções tende a aumentar quanto mais altas elas se encontram na hierarquia do marco ecológico.

Por exemplo, a Tabela 3.4 indica que a prevenção escolar de *bullying* é uma intervenção organizacional recomendada para prevenir a violência juvenil. É uma intervenção complexa com muitos componentes, como treinamento de professores e pais; trabalho de especialistas com estudantes que são agressores e vítimas de *bullying*; e criação de políticas e procedimentos escolares. Por outro lado, a prevenção escolar de *bullying* é uma área de programação para Escolas Promotoras da Saúde. Em outro exemplo, serviços de saúde amigos de adolescentes são uma intervenção recomendada nos serviços de HIV para garantir melhor engajamento e melhores resultados. É também uma área de programação, no sentido de que um programa relacionado com melhorar o acesso de adolescentes a orientação e aconselhamento, por exemplo, terá que abordar o quanto os serviços de saúde são sensíveis à adolescentes. Para a conveniência do leitor, quando houver tal sobreposição, listaremos a área programática juntamente com outras prioridades de programação, mesmo que também tenha sido mencionada como área de intervenção na Seção 3.

5. Programação nacional

5.1.
Um marco lógico para a transformação de prioridades em planos e programas

Conforme descrito nas Seções 2 e 3, o alcance da programação de saúde para adolescentes é grande. Abrange saúde mental, doenças não transmissíveis, SSR, acidentes de trânsito e violência, entre outros aspectos. Por conseguinte, é difícil ter um roteiro para esses elementos específicos no desenho e implementação de programas de saúde para adolescentes. Porém, é possível usar uma abordagem unificadora. Essa ferramenta, chamada marco lógico, fornece uma abordagem formal para o planejamento, programação e avaliação de programas (290). Um marco lógico define os objetivos e os indicadores para monitoramento e avaliação do programa (290), e explicita os vínculos entre as metas, objetivos, intervenções-chave, estratégias de implementação e atividades do programa.

Uma consideração importante na programação nacional é aplicar o princípio básico dos ODS: "não deixar ninguém para trás". O prisma de equidade deve informar o planejamento em todas as etapas da programação, desde a identificação dos objetivos, metas e da população-alvo até a definição de indicadores para verificar a implementação do planejamento de serviços, atividades e intervenções. O manual técnico do Enfoque Innov8 para análise de programas nacionais de saúde visando não deixar ninguém para trás, publicado em 2016 pela OMS (106), fornece orientações detalhadas sobre como promover e garantir os direitos humanos e a equidade em todas as etapas do processo de programação.

Reconhecendo que diferentes prioridades de saúde terão implicações específicas para intervenções selecionadas e atividades-chave, a programação para a saúde de adolescentes tem elementos comuns (Fig. 5.1), o que inclui quatro condições gerais para uma programação bem-sucedida: liderança, participação de adolescentes, financiamento adequado e prestação de contas. Como uma ferramenta de planejamento, o marco lógico serve como *checklist* dos elementos do programa que precisam ser considerados no planejamento de uma resposta sistêmica à saúde de adolescentes. É importante ressaltar que esse marco lógico se aplica não somente aos programas liderados ou implementados principalmente pelo setor de saúde, mas também a programas liderados ou implementados principalmente por outros setores.

Conforme demonstra o marco lógico, melhorar a saúde e o bem-estar de adolescentes e equidade em resultados de saúde são objetivos importantes dos programas de saúde para adolescentes. A saúde e outros setores desempenham um papel variável para atingir esses objetivos (Figura 5.2).

©Nik Neubauer

Figura 5.1 Um marco lógico para a programação nacional em saúde de adolescentes

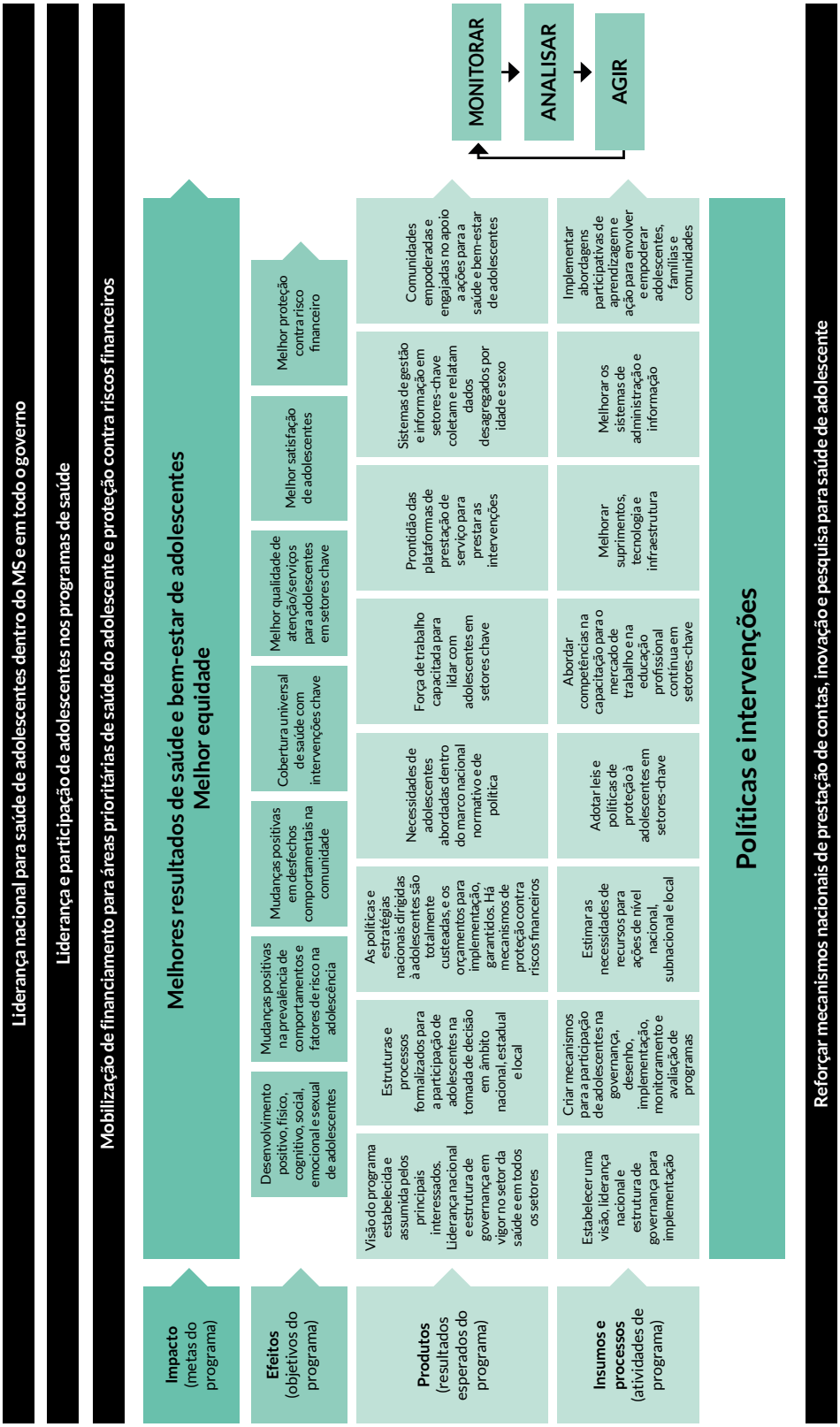


Figura 5.2. Resumo das responsabilidades do setor da saúde e de outros setores na programação para saúde de adolescentes

PROGRAMAÇÃO DENTRO DO SETOR DA SAÚDE PARA COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE		PROGRAMAÇÃO COM OUTROS SETORES PARA ABORDAR OS DETERMINANTES MAIS AMPLOS DA SAÚDE		
Programação para sistemas de saúde sensíveis à adolescentes	Programas específicos para adolescentes dentro do setor da saúde	Programação para saúde de adolescentes em contextos humanitários e frágeis	Programação para saúde de adolescente em todas as políticas (SATP)	Programas intersetoriais
A programação de sistemas de saúde sensíveis à adolescentes aborda os determinantes da saúde para os quais o setor de saúde tem responsabilidade primária (por exemplo, disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade dos serviços de saúde). O setor da saúde lidera, mas mobiliza e apoia outros setores a contribuírem para os objetivos do setor da saúde.		O setor da saúde lidera as intervenções que lhe são particulares, mas compartilha a responsabilidade com outros setores dentro de uma coordenação bem definida com os interessados diretos.	Outros setores têm a responsabilidade principal de assegurar que adolescentes e sua saúde recebam atenção adequada. O setor da saúde aumenta a conscientização, mobiliza e fornece suporte técnico aos outros setores.	O setor da saúde compartilha a responsabilidade com outros setores através da definição conjunta de objetivos, planejamento e financiamento. Qualquer setor pode ter o papel principal de coordenação e monitoramento.

Cabe ressaltar que, tanto para alcançar a cobertura universal de saúde bem como para influenciar os determinantes mais amplos da saúde, o setor de saúde não tem como atuar sozinho. Algum nível de ação intersetorial – definida como "uma relação reconhecida entre parte ou partes do setor de saúde e parte ou partes de outro setor que foi estabelecida para atuar sobre um problema ou alcançar resultados de saúde de forma mais efetiva, eficiente ou sustentável do que seria possível para o setor da saúde trabalhando sozinho" – é necessário (291). Os níveis de ação intersetorial vão desde a troca de informações, passando pela cooperação (cooperação incidental, casual ou reativa, liderada pelo setor de saúde) até coordenação (esforço conjunto para o ajuste das políticas e programas de cada setor com a finalidade de obter maior eficiência e eficácia na integração, definindo conjuntamente uma nova política ou programa) (106); (292).

O restante dessa Seção discute a aplicação prática do marco para programação nacional em saúde de adolescentes, dentro do setor de saúde e conjuntamente com outros setores. As principais áreas programáticas são descritas nos quadros acima.

©Nik Neubauer

5.2. Liderança dentro do Ministério da Saúde e em todo o governo

A liderança para a saúde de adolescente no Ministério da Saúde, em cada um dos setores-chave e em todo o governo é uma condição essencial para a programação bem-sucedida. A complexidade do período da adolescência e o grande número de disciplinas, áreas do conhecimento e agências em todos os setores que precisam ser envolvidas exigem uma coordenação forte. No âmbito do Ministério da Saúde, é necessária uma forte liderança em saúde de adolescentes para guiar a colaboração entre os diferentes departamentos e assegurar que a saúde de adolescentes enfoque políticas-chave, inclusive as relacionadas à proteção contra risco financeiro; treinamento e educação de prestadores; melhoria da qualidade; gestão da saúde e sistemas de informação; e infraestrutura. Para abordar os determinantes mais amplos da saúde, é necessária uma liderança forte para adolescentes no mais alto nível do governo nacional e local para guiar a colaboração entre os diferentes grupos de governo, trabalhando em estreita colaboração com as comunidades, a sociedade civil, os jovens e o setor privado (estudo de caso 14 e estudo de caso A5.4 no Anexo 5).

Estudo de caso 14

Estratégia da Inglaterra contra a gravidez na adolescência

A estratégia de 10 anos para a gravidez na adolescência (*Teenage Pregnancy Strategy for England*) é um exemplo de um programa bem-sucedido liderado em nível nacional e implementado localmente. Recebeu recursos durante muito tempo e obteve redução de 51% na taxa de concepção entre meninas menores de 18 anos. Com base em evidências internacionais de eficácia, a estratégia criou um plano de ação de 30 pontos em quatro temas: ação conjunta nacional e local; melhor prevenção (educação integral sobre relações sexuais, relacionamentos e acesso à contracepção); uma campanha nacional de comunicação para jovens e pais; e apoio coordenado para jovens pais.

Uma unidade de gravidez na adolescência foi criada para supervisionar a implementação da estratégia, com apoio de um conselho interdepartamental e um grupo consultivo independente de peritos externos. Coordenadores foram nomeados em todas as regiões governamentais, e cada área de governo local também nomeou um coordenador de gravidez na adolescência e um conselho com representantes da saúde, educação, serviços sociais, serviços para jovens, habitação e ONGs relevantes. Além disso, foi criado um grupo nacional de ONGs para dar orientação especializada.

As metas e objetivos da estratégia foram incorporados em uma ampla gama de programas do governo para manter a prioridade e fortalecer o trabalho conjunto entre as agências. Fornecer e manter liderança em toda a estratégia foi um fator importante do seu sucesso. A liderança do governo foi fundamental para colocar a gravidez na adolescência na agenda nacional, refletida pelo lançamento da estratégia pelo primeiro-ministro. Também foi fundamental para manter a prioridade ao longo do período de 10 anos, mesmo que o progresso inicial tenha sido lento e alguns comentaristas na mídia tenham declarado o fracasso da estratégia. Aos formuladores de políticas foi apresentada evidência de que mudar fenômenos sociais complexos leva tempo, de modo que não esperassem resultados rápidos. Após a avaliação intermediária, a presença ministerial visível e o envolvimento direto das áreas locais contribuíram para renovar o compromisso. A liderança local de conselheiros eleitos e altos funcionários também foi importante para manter a motivação e desafiar pontos de vista arraigados de que altas taxas de gravidez na adolescência eram inevitáveis. Além disso, os líderes nacionais e locais contaram com apoio do grupo consultivo independente, que desafiou as críticas da mídia e ofereceu conselhos construtivos para ministros e áreas locais.

Fontes: (293); (294).

A liderança pode ser demonstrada por indivíduos ou através das estruturas e processos de governança de uma organização. Na prática, ambos são importantes (Agência de Saúde Pública do Canadá, 2014 (295)). Muitas iniciativas sobre o estabelecimento de serviços amigos de adolescentes em países de baixa e média renda (por exemplo, na Colômbia, Estônia, Moldávia e Moçambique) que se tornaram programas nacionais devem seu sucesso a coalizões de defensores locais que pressionaram os responsáveis pela tomada de decisão obstinadamente para garantir que o interesse inicial não desaparecesse com o passar do tempo (294). Graças à sua defesa persistente e efetiva, foram criados mecanismos institucionais de governança, prestação de serviços e financiamento para garantir a sustentabilidade dos investimentos iniciais.

Áreas-chave para programação:
Liderança dentro do Ministério da Saúde e em todo o governo

1. Estabelecer um mecanismo de nível nacional, ou usar plataformas existentes, para supervisionar e coordenar os esforços para a saúde e bem-estar de adolescentes em todos os setores e ministérios. Esse mecanismo facilitaria o envolvimento de agências relevantes e organizações da sociedade civil, inclusive os próprios adolescentes. Também identificaria e analisaria periodicamente as prioridades para colaboração intersetorial, criaria incentivos para agilizar o trabalho, coordenaria a ação entre os ministérios e promoveria a prestação de contas em todos os níveis.

2. Designar um ponto focal para a saúde de adolescentes no Ministério da Saúde, com as seguintes responsabilidades:
   a. trabalhar em departamentos dentro do Ministério da Saúde (financiamento, mão-de-obra, atenção primária, atenção hospitalar) para garantir que todos os programas de saúde tenham um foco apropriado na saúde de adolescentes;
   b. coordenar programas específicos para adolescentes no setor da saúde ou em todos os setores, dependendo do mandato;
   c. trabalhar com outros setores durante seus ciclos de planejamento estratégico e operacional rotineiros para garantir a SATP (ver Seção 5.6.1).
   d. articular com outros setores através de uma plataforma intersetorial e garantir que haja uma liderança forte para a saúde de adolescentes em todo o governo para guiar a colaboração rumo a metas de saúde de propriedade conjunta; e
   e. planejar e gerenciar ações intersetoriais (ver Quadro 5.4 na Seção 5.6.2).

3. Construir capacidade administrativa e política e liderança tanto nacional como subnacional (por exemplo, em nível distrital ou estadual) para a saúde de adolescente, através de:
   a. desenvolvimento de competências centradas em adolescentes para uso de dados como insumos para a tomada de decisão;
   b. habilidades essenciais na promoção de causa, negociação, orçamento, formação de consenso, planejamento e gestão de programas;
   c. colaboração multissetorial;
   d. coordenação das ações de múltiplos interessados diretos;
   e. captação de recursos; e
   f. garantia da responsabilização e prestação de contas.

Fontes: (11); (55).

5.3. Liderança pelos adolescentes e sua participação na programação de saúde

As Nações Unidas definem a participação da juventude como o envolvimento ativo e significativo de jovens em todos os aspectos do desenvolvimento próprio e das suas comunidades, inclusive seu empoderamento para contribuir com as decisões sobre seu desenvolvimento pessoal, familiar, social, econômico e político (297).

A participação de adolescentes nas decisões políticas traz múltiplos benefícios (*vide* também Quadro A1.1). Do ponto de vista pragmático, a participação de adolescentes garante melhores decisões e políticas. Ela permite aos decisores aproveitar as perspectivas, conhecimentos e experiências únicas de adolescentes, o que proporciona uma melhor compreensão de suas necessidades e problemas e leva a soluções mais adequadas. Contar com as perspectivas de adolescentes e jovens na política nacional tem sido associado a respostas mais coordenadas do governo, organizações da sociedade civil e doadores. Em algumas circunstâncias, o envolvimento ativo da juventude na programação demonstrou promover intervenções mais eficazes (298). Além disso, os programas podem se beneficiar de adolescentes e jovens desempenharem um papel importante no acompanhamento do progresso, dando *feedback* sobre como a implementação das políticas está progredindo. Em nível individual, respeitar os pontos de vista de adolescentes em relação aos seus próprios cuidados de saúde garante que mais adolescentes procurem e permaneçam envolvidos. Do ponto de vista do desenvolvimento, a participação significativa tem uma influência positiva essencial sobre o desenvolvimento social e emocional (55). Expande as relações entre adolescentes e os adultos, desenvolve habilidades de liderança, motivação e autoestima em adolescentes e permite-lhes desenvolver as competências e a confiança de que precisam para desempenhar um papel ativo na sociedade (298). Do ponto de vista ético e de direitos humanos, o direito das crianças a participar da tomada de decisões está consagrado na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança e é uma forma de promover a equidade em saúde. A base das desigualdades é a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos, de modo que capacitar e envolver grupos de adolescentes vulneráveis e excluídos através de participação significativa constitui um dos mecanismos para a redistribuição do poder (106). Apesar dessas justificativas contundentes para garantir a participação significativa de adolescentes e jovens na programação de saúde de adolescente, isso geralmente não é feito pelos governos e é avaliado ainda menos.

Na saúde pública, a participação de adolescentes pode adotar diferentes formas, inclusive (299):

- Informar adolescentes com informação equilibrada e objetiva (por exemplo, estudo de caso A3.1).
- Consultar, através de um processo no qual adultos – liderado por adultos e administrado por adultos – buscam os conhecimentos e perspectivas de adolescentes para informar a tomada de decisão por adultos. *Vide* estudo de caso da África do Sul (A3.13) sobre como as contribuições infantis informaram a revisão da idade de consentimento para exame de HIV.
- Incluir ou trabalhar diretamente com adolescentes nas comunidades. *Vide* estudos de caso 5 e A3.14, de Moçambique e Namíbia, sobre a inclusão de facilitadores adolescentes e grupos de apoio de pares na prestação de serviços, ou o estudo de caso A5.5 de Serra Leoa sobre a participação das crianças na Comissão da Verdade.
- Colaborar através da parceria com adolescentes afetados nas comunidades em cada aspecto das decisões, inclusive o desenvolvimento de alternativas e a identificação de soluções. O estudo de caso A5.6 no Anexo 5 fornece um exemplo de como um governo municipal na Argentina colaborou com jovens ao dar-lhes voz ativa no desenho de serviços para jovens no município e na alocação de recursos para apoiá-los.
- Empoderar, ao assegurar que adolescentes nas comunidades retenham controle máximo sobre as decisões-chave que afetam o seu bem-estar. Isso se traduz em participação liderada pelos adolescentes, onde adolescentes recebem – ou reclamam – o espaço e a oportunidade de iniciar atividades e defender a si mesmos (ver estudo de caso A3.2).

Os líderes juvenis são ativos em muitos países, através de associações comunitárias, atividades escolares e grupos consultivos nacionais ou subnacionais de jovens. Esses jovens podem ser ativos valiosos para o planejamento de sistemas de saúde sensíveis à adolescentes, bem como para influenciar políticas em outros setores. Os ministérios da saúde ou os governos têm a responsabilidade não só de respeitar o direito à participação, mas também de protegê-la e cumpri-la. Isso implica aumentar a capacidade de adolescentes e proporcionar-lhes oportunidades significativas de participação nas decisões de liderança e financiamento em todas as fases do ciclo de programação, inclusive análise, planejamento, implementação, monitoramento e avaliação.

Áreas-chave para programação (continuação): Liderança pelos adolescentes e sua participação

4. Assegurar que as estruturas nacionais de política reconheçam a importância da participação significativa de adolescentes e jovens e estabelecer mecanismos para garanti-la.
5. Criar fóruns para a participação significativa de jovens como líderes e principais interessados em nível nacional (por exemplo, comissários independentes da juventude, um conselho nacional de jovens), com recursos para supervisão independente das ações governamentais para promover a saúde e o bem-estar de adolescentes.
6. Estabelecer estruturas e processos para institucionalizar a participação de adolescentes em diálogos sobre áreas relevantes de políticas públicas, financiamento e implementação de programas (por exemplo, participação juvenil no Grupo de Coordenação da Sociedade Civil para o Fundo Global de Financiamento em Apoio à Iniciativa Cada Mulher, Cada Criança; inclusão sistemática de jovens através do envolvimento da sociedade civil em plataformas nacionais de saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e de adolescente).
7. Com a participação de adolescentes e jovens, adotar normas mínimas para melhorar a participação, inclusão, transparência e prestação de contas dessas plataformas nacionais. Assegurar que as políticas de representação de adolescentes garantam a representação equitativa de grupos-chave vulneráveis para alcançar maior paridade, através de mecanismos adequados para representação formal e informal da juventude, capacitação dirigida e apoio financeiro.
8. Construir mecanismos para a participação de jovens em âmbito local, inclusive aproveitando plataformas tecnológicas (por exemplo, celulares e redes sociais) para facilitar a participação de jovens na identificação, priorização e solução de problemas. Fornecer recursos para apoiar essas ações e garantir que os mecanismos permitam que adolescentes mais vulneráveis participem.
9. Treinar e orientar os líderes juvenis a desenvolver suas competências para desempenhar um papel eficaz nos processos de governança e responsabilização por sua saúde e bem-estar. Garantir que informações, recursos e suporte financeiro e técnico acessíveis para jovens estejam disponíveis para apoiar as atividades de treinamento e tutoria e permitir que adolescentes compartilhem experiências, boas práticas e modelos de intervenções bem-sucedidas lideradas por adolescentes.
10. Aumentar a conscientização jurídica e conhecimento de adolescentes sobre seus direitos sob a Convenção sobre os Direitos da Criança, bem como sobre seus direitos (e limitações) legais nos termos das leis e regulamentos nacionais. Assegurar a existência de e capacidade de adolescentes para usar mecanismos funcionais e acessíveis de remédio jurídico e reparação legal quando ocorrerem violações. Assegurar o fácil acesso aos mesmos para que os jovens possam acionar os órgãos judiciais e de direitos humanos regionais e internacionais.
11. Implantar mecanismos e procedimentos para garantir a participação de adolescentes nos serviços de saúde, inclusive na sua própria atenção, de acordo com a Norma 8 dos Padrões Globais para Serviços de Saúde de Qualidade para Adolescentes (18); (323).
12. Identificar claramente os objetivos da participação de adolescentes e formalizar o monitoramento e avaliação da participação de juventude com indicadores específicos. *Vide* estudo de caso A5.26 sobre o grupo de adolescentes e jovens da Parceria para Saúde de Mães, Recém-nascidos e Crianças, que indica como estabelecer um plano de trabalho de 18 meses com objetivos claros e resultados previstos ajudou a demonstrar o impacto da intervenção.

Fontes: (18); (106); (300); (323).

Em colaboração com parceiros, o grupo de adolescentes e jovens da Parceria para Saúde de Mães, Recém-nascidos e Crianças criou um kit de ferramentas prático para as organizações de jovens. Esse kit foi desenvolvido para ajudar-lhes a patrocinar e defender a saúde e bem-estar de adolescentes nos seus países e destacar a questão no âmbito regional e global. O kit de ferramentas capacita as organizações de jovens para que desenvolvam guias de promoção de causa nacionais e se envolvam em diálogos e processos estaduais e nacionais (42). Outros recursos globais que dão orientação prática sobre como facilitar a participação de juventude no desenvolvimento multissetorial e programação de saúde são enumerados no Quadro A1.1 do Anexo.

5. Programação nacional

5.4.
Financiamento das prioridades de saúde de adolescente em planos nacionais de saúde e garantias da proteção de adolescentes contra riscos financeiros

A forma como os serviços de saúde são financiados é fundamental para o progresso em direção à cobertura de saúde universal. Para adolescentes, três aspectos do financiamento são cruciais (301):

- maximizar o número de adolescentes cobertos por um acordo eficaz de pré-pagamento, que pode assumir a forma, por exemplo, de um programa de seguro explícito ou acesso a instalações financiadas por fundos comuns pré-pagos;
- reduzir ou eliminar os pagamentos do próprio bolso no ponto de uso; e
- expandir a gama de serviços abrangidos pelo acordo de pré--pagamento para incluir os serviços no pacote do país para adolescentes.

Em cada um desses aspectos, adolescentes enfrentam vulnerabilidades específicas por várias razões (302):

- Em primeiro lugar, adolescentes têm menor probabilidade do que muitas outras faixas etárias de ter cobertura em arranjos pré-pagos (por exemplo, esquemas de seguro-saúde), principalmente se não estiverem na escola, tiverem mais de 18 anos, não estiverem empregados ou viverem em domicílios de baixa renda.
- Em segundo lugar, adolescentes são desproporcionalmente impedidos de buscar cuidados pela exigência de pagamento do próprio bolso, devido ao seu acesso limitado ao dinheiro (seja próprio ou de família).
- Em terceiro lugar, adolescentes têm capacidade limitada para acessar serviços independentemente de seus pais, embora tenham maior necessidade de sigilo do que as crianças mais novas (303); (304); (305). Por exemplo, nos Estados Unidos, mesmo quando adolescentes são legalmente autorizados a receber alguns serviços sem o consentimento dos pais, as contas detalhadas enviadas aos pais podem violar o sigilo (306).
- Em quarto lugar, nem todos os serviços necessários para adolescentes são adequadamente cobertos por acordos de financiamento pré-pagos. Por exemplo, os anticoncepcionais ou vacinas contra o HPV para adolescentes podem não ser cobertos pelo pacote de benefícios.
- Em quinto lugar, os mecanismos para pagar prestadores nem sempre estão alinhados com as necessidades de atendimento de adolescentes. Os esquemas de cobrança por serviço podem desestimular os profissionais a gastar tempo suficiente em uma consulta com um paciente adolescente – que pode precisar de mais tempo do que um adulto ou criança, especialmente na primeira consulta. Por conseguinte, é importante que os mecanismos de pagamento dos prestadores de serviços de saúde estejam alinhados com as necessidades de adolescentes.

©Jacob Han

5.4.1.
Como ampliar a alocação de recursos para as prioridades de saúde de adolescentes nos planos nacionais de saúde

Para atender às necessidades de adolescentes, é preciso alocar recursos e realizar decisões de compra dentro e fora do setor da saúde (302). Os planos estratégicos nacionais de saúde fornecem uma plataforma através da qual as partes interessadas entram em acordo sobre orientações estratégicas e prioridades para os programas de saúde a curto e médio prazo. Espera-se que o Ministério da Saúde traduza os objetivos da política governamental em alocações orçamentárias sugeridas para o setor de saúde. A saúde de adolescentes é uma importante questão transversal a abordar ao longo do plano, as projeções de custos associadas e a proposta de orçamento. Quando o Ministério da Saúde negocia com o Ministério da Fazenda sobre alocações de recursos, há vários argumentos que podem ser trazidos à tona para apresentar um plano estratégico e convincente para investimento em adolescentes (307). Os planos nacionais de investimento devem apresentar um argumento forte em prol do investimento na saúde de adolescente com base no argumento do dividendo tríplice (benefícios agora, na vida futura adulta e para a próxima geração) (55); (73). Estes dividendos podem ser obtidos através do investimento nas intervenções baseadas em evidências e de alto impacto descritas na Seção 3. A geração de mais evidências sobre a eficácia e a relação de custo-efetividade das intervenções de saúde de adolescente deve ser uma prioridade para futuras pesquisas (vide Seção 6).

O argumento a favor do investimento será mais forte se modelos de cálculo de custos forem aplicados para estabelecer o custo da implementação das atividades planejadas. Por exemplo, a África do Sul desenvolveu recentemente uma nova política de saúde para adolescentes e jovens (2016-2020) que incluiu projeções de custos para seu plano de implementação. Uma discussão sobre acordos de financiamento, como isenções de cobrança para adolescentes, requer dados e argumentos a respeito de quanto seria necessário para uma mudança na política de financiamento em termos de recursos e o que isso traria em termos de benefícios.

Embora os recursos arrecadados dentro do país sejam a principal fonte de financiamento a ser alavancada para investir na saúde de jovens, os fundos externos também podem desempenhar um papel importante nos países de baixa renda. O Fundo Global de Financiamento é uma plataforma de financiamento importante para a Estratégia Global, destinada a apoiar planos de investimento em países selecionados que visam ações inteligentes, escaladas e sustentáveis para a saúde das mulheres, crianças e adolescentes (11). O Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária (Fundo Global) incentiva os países a se concentrarem em adolescentes em suas aplicações. Foi emitida Nota de Informação sobre Adolescentes apoiando os investimentos estratégicos do Fundo Global para melhorar a saúde e o bem-estar de todos adolescentes (403). Consulte o Estudo de caso A5.25 sobre a obtenção de financiamento para intervenções selecionadas que abordam as prioridades de saúde de adolescentes no Caso de Investimento da Libéria.

Para a maioria dos países, o veículo-chave através do qual expandir a alocação de recursos para atividades que beneficiam a saúde de adolescentes é o processo orçamentário em nível nacional e subnacional, que nem sempre pode seguir a estrutura do plano inicial. Em muitos países, a falta de compreensão do orçamento e do ciclo de gestão financeira resulta na elaboração de políticas e planejamentos desvinculados dos processos orçamentários reais. Isso pode levar a um desalinhamento entre as prioridades acordadas e os fundos que são realmente alocados e gastos. A participação no ciclo de financiamento exige, portanto, o envolvimento da fase de planejamento e durante a preparação do orçamento, a liberação de fundos e o monitoramento de despesas (309).

As barreiras financeiras são uma das principais coisas que impedem adolescentes de usar os serviços. Porém, de acordo com um levantamento recente da OMS sobre políticas, adolescentes em muitos países não têm acesso nem a serviços que são gratuitos no ponto de uso (Figura A5.2 do Anexo 5) (301); (302).

Áreas-chave para programação (continuação): Recursos financeiros para a programação em saúde de adolescente

13. Fazer do pacote nacional de intervenções de saúde para adolescentes um instrumento para orientar decisões de compra e pacotes de benefícios, dando especial atenção aos serviços preventivos e aos direitos de adolescentes ao sigilo. Estimar as necessidades de recursos para a implementação do pacote prioritário de intervenções e custos de programa associados, utilizando ferramentas como a OneHealth Tool. Um módulo de cálculo de custos de saúde para adolescentes foi desenvolvido para essa ferramenta de software que permite aos países projetar custos para programas específicos de saúde de adolescente, bem como o custo de implementar intervenções de saúde para adolescentes dentro de outros programas nacionais ou planos nacionais de saúde.

14. Elaborar um plano estratégico e convincente para investimentos em adolescentes, fazendo um argumento sólido para o investimento em saúde de adolescente com base no dividendo tríplice, e negociar alocações de recursos com o Ministério da Fazenda. Usar dados de custos para defender e garantir recursos para a saúde de adolescentes nos planos e orçamentos nacionais e subnacionais. Assegurar que os recursos sejam distribuídos entre as áreas geográficas proporcionalmente às suas necessidades relativas.

15. Capacitar os gestores de projeto nacionais e distritais para alavancar fundos externos para áreas prioritárias em saúde de adolescentes, usando as oportunidades fornecidas pelo Fundo Global de Financiamento os e investimentos estratégicos do Fundo Global e da GAVI, entre outros.

16. Aumentar a autonomia e capacidade dos gestores distritais e comunitários para abordar as prioridades de saúde de adolescente ao fazer ajustes locais aos orçamentos centrais.

17. Assegurar que a saúde de adolescente seja considerada como parte dos cursos nacionais e subnacionais de formação sobre abordagens de planejamento, orçamento e financiamento, inclusive em nível descentralizado.

Proteção contra riscos financeiros em saúde de adolescente

18. Assegurar que adolescentes e jovens tenham acesso garantido aos serviços dos quais necessitam mediante financiamento obrigatório, pré-pago e mancomunado.

19. Avaliar o impacto dos pagamentos do próprio bolso no ponto de uso para adolescentes que acessam os principais serviços de saúde. Usar dados para defender a redução ou eliminação de tais pagamentos.

20. Elaborar e implementar medidas para a proteção de adolescentes contra risco financeiro (por exemplo, isenções, vales, coparticipação reduzida) para que os serviços de saúde e commodities, inclusive os anticoncepcionais, sejam gratuitos ou acessíveis à adolescentes no ponto de uso. Veja o estudo de caso 4 sobre o programa de vales da Nicarágua para aumentar o acesso ao atendimento de SSR entre adolescentes subatendidos.

21. Identificar subgrupos de adolescentes não cobertos pelos acordos de financiamento pré-pago obrigatórios e elaborar mecanismos para maximizar sua cobertura. Esses podem assumir formas diferentes, por exemplo, um programa explícito de seguro-saúde; acesso a estabelecimentos financiados por fundos comuns pré-pagos; ou subsidiação adequada para adolescentes vulneráveis e suas famílias. Considerar esquemas de transferência de renda para aumentar o acesso de adolescentes a serviços essenciais, e aconselhar os setores de proteção social nessa questão. O estudo de caso A5.8 do Anexo 5 trata sobre os sistemas de transferência de renda como veículo para atingir os objetivos de saúde pública no Maláui.

22. Fiscalizar o cumprimento das políticas de isenção de pagamentos nos estabelecimentos.

23. Fornecer incentivos que motivem os profissionais de saúde a implementar intervenções de qualidade essenciais para a saúde e desenvolvimento de adolescentes, por exemplo, através de mecanismos de pagamento por desempenho.

Fontes: (106); (300); (301); (310); (311); (405).

5.5.
Programação dentro do setor da saúde para cobertura universal de saúde

Para adolescentes, cobertura universal da saúde significa que todos adolescentes possam usar os serviços de saúde (promotores, preventivos, curativos, e de reabilitação e cuidados paliativos) de que necessitam, com qualidade suficiente para garantir sua eficácia, e assegurando que o uso desses serviços não os exponha a dificuldades financeiras (313).

Essa definição de cobertura universal de saúde incorpora três objetivos programáticos (313):

1. equidade no acesso aos serviços de saúde – todo adolescente que necessite dos serviços deve ter acesso a eles, não só os que puderem pagar;
2. a qualidade dos serviços de saúde deve responder às necessidades específicas de adolescentes, e os serviços devem melhorar a saúde dos que os utilizam;
3. adolescentes devem estar protegidos contra o risco financeiro, assegurando que o custo de usar os serviços não os impeça de usar os serviços nem os exponha a risco de adversidade financeira.

A programação para cobertura de saúde universal poderia ser feita como parte do planejamento estratégico e operacional de um setor, alinhado ao seu ciclo orçamentário (por exemplo, análises periódicas obrigatórias de educação pré-serviço podem resultar em melhor conteúdo sobre saúde de adolescente no currículo) ou como parte de um programa específico para adolescentes (290).

5.5.1.
Programação para sistemas de saúde sensíveis aos adolescentes

Para responder ao ambiente em mudança e às expectativas da sociedade, os sistemas de saúde precisam ajustar-se continuamente através do processo de planejamento estratégico e operacional.

Esses ajustes se referem:

- ao dimensionamento da força de trabalho de saúde (por exemplo, um aumento projetado na proporção da população total composta por adolescentes exigirá mais profissionais de saúde com treinamento específico em saúde de adolescente);
- as maneiras de financiar os cuidados de saúde (por exemplo, a austeridade fiscal aumenta a pressão para priorizar intervenções custo-efetivas);
- a organização dos serviços de saúde (por exemplo, um aumento da urbanização aumentará a demanda por cuidados de saúde nas cidades, e poderá aumentar os riscos de acidentes de trânsito, enquanto os serviços de saúde rurais precisam permanecer funcionais e acessíveis);
- a maneira como os serviços são prestados (por exemplo, o uso mais amplo da Internet descortina novas oportunidades para educação em saúde e engajamento de usuários); e
- as formas como os serviços são monitorados e avaliados (por exemplo, incorporação de indicadores de satisfação dos usuários ao sistema de gerenciamento e informação da saúde).

É importante, portanto, garantir que as necessidades de saúde de adolescentes sejam consideradas adequadamente no desenvolvimento dos planos de curto, médio e longo prazo durante os ciclos de planejamento estratégico e operacional (314) e garantir que adolescentes tenham a oportunidade de expressar suas necessidades.

Para alcançar a cobertura universal da saúde, os sistemas de saúde precisam normalizar a atenção às necessidades específicas de adolescentes em todos os aspectos do seu trabalho. Além do financiamento adequado e proteção de risco financeiro descritos na Seção 5.5, a programação para sistemas de saúde sensíveis à adolescentes envolve ações no sentido de:

- implementar leis e políticas de proteção de adolescentes;
- aumentar a força de trabalho capacitada para trabalhar com adolescentes em todos os níveis de atenção;
- assegurar que a qualidade dos serviços de saúde responda às necessidades específicas de adolescentes, e que seja dada a atenção necessária às plataformas de serviço que maximizam a cobertura (por exemplo, atenção primária, serviços nas escolas e vinculados às escolas, serviços de e-saúde); e
- assegurar que adolescentes sejam plenamente visíveis e sistemas de gestão de saúde e de informação que coletem dados desagregados por idade e sexo.

5.5.1.1
Leis e políticas de proteção de adolescentes

As leis e políticas devem proteger, promover e fazer cumprir o direito de adolescentes à saúde. Marcos jurídicos e regulatórios devem ter como base os princípios e normas internacionalmente reconhecidos e aceitos de direitos humanos.

Áreas-chave para programação (continuação):
Alinhamento dos marcos jurídicos e regulatórios com os princípios e normas internacionalmente reconhecidos e aceitos de direitos humanos

24. Avaliar os marcos jurídicos e regulatórios mediadores do acesso de adolescentes aos serviços para garantir que estejam alinhados aos princípios e normas internacionalmente reconhecidos e aceitos de direitos humanos, usando o kit de ferramentas da OMS para examinar as leis, regulamentações e políticas relacionadas à saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil e direitos humanos. Tal avaliação deve visar ressaltar onde as medidas legislativas atuais são suficientes, onde podem ser necessárias alterações ou revogações e onde existem lacunas legislativas que precisam ser preenchidas. Os aspectos específicos da legislação a avaliar em relação à saúde de adolescentes e os resultados dessas avaliações em países selecionados são descritos no Quadro A5.1.

Fontes (406).

Ter leis e políticas de proteção de adolescentes significa, entre outras coisas, assegurar que os serviços dos quais adolescentes precisam estejam disponíveis e acessíveis eles, sem discriminação.

Áreas-chave para programação (continuação):
Equidade

25. Definir o pacote necessário de serviços de informação, orientação, diagnóstico, tratamento e atenção que devem ser disponibilizados a todos adolescentes.

26. Analisar leis e políticas e modificá-las conforme necessário para assegurar uma programação sensível ao gênero que leve em consideração as normas, papéis e relações de gênero e sua interação com outros fatores (por exemplo, renda e vida rural) que influenciam a saúde e o acesso aos serviços de saúde.

27. Fazer cumprir as políticas para corrigir as desigualdades e práticas discriminatórias (tanto reais como percebidas) no acesso de adolescentes aos serviços. Garantir que adolescentes com deficiência, LGBTI e outros grupos vulneráveis de adolescentes não enfrentem barreiras ao acesso aos serviços dos quais necessitam.

Fontes: (301); (323).

Adolescentes precisam de políticas de proteção, conforme descrito na Seção 3. Os pais ou responsáveis legais, profissionais de saúde, assistentes sociais, professores e outros adultos têm um papel a desempenhar para garantir uma rede de segurança para adolescentes. No entanto, isso não significa que adolescentes devem ser vistos como incompetentes e incapazes de tomar decisões sobre suas vidas (Figura A5.1 no Anexo 5). A proteção e a autonomia podem parecer princípios contraditórios, porque as medidas protetoras tendem a restringir a autonomia de adolescentes, mas na verdade eles podem ser equilibrados e se reforçar mutuamente. Promover a autonomia – por exemplo, capacitando adolescentes para acessar os serviços de saúde – é uma medida protetora, pois o acesso oportuno aos serviços pode protegê-los de potenciais danos. As leis e políticas devem, portanto, garantir que todos os direitos de todos adolescentes tenham igual prioridade.

Ao procurar proporcionar um equilíbrio adequado entre o respeito pela autonomia emergente de adolescentes e níveis de proteção suficientes nas políticas nacionais, é necessário considerar: o nível de risco envolvido; o potencial de exploração; a compreensão do desenvolvimento de adolescentes; como a competência e o entendimento não se desenvolvem de igual maneira e no mesmo ritmo em todas as áreas; e a experiência e capacidade individuais (15). A Seção abaixo apresenta áreas-chave que precisam ser consideradas na concepção de leis e políticas que tratam os direitos à saúde, proteção e autonomia como universais, indivisíveis e inter-relacionados.

Áreas-chave para programação (continuação): Sigilo

28. Estabelecer procedimentos a seguir nos serviços de saúde para garantir que:
- informações sobre os clientes não sejam reveladas a terceiros;
- informações pessoais, inclusive os prontuários de clientes, sejam mantidas em segurança; e
- haja requisitos claros para a organização do espaço físico do estabelecimento e ações para que assegurem a privacidade visual e auditiva durante a abertura de ficha e durante as consultas com profissionais de saúde.

29. Especifique em diretrizes de assistência de saúde que consultas com os clientes adolescentes acompanhados de pais ou responsáveis devem incluir habitualmente tempo só com o adolescente.

30. Analisar as leis e políticas nacionais para indicar, de forma clara e inequívoca, em quais situações o sigilo pode ser quebrado, com quem e por quais razões (por exemplo, divulgação de abuso sexual de um menor, pensamentos suicidas ou autolesões graves, intenções homicidas).

31. Estabelecer procedimentos operacionais padrão para as situações nas quais o sigilo poderia ser quebrado devido a requisitos legais.

Áreas-chave para programação (continuação): Consentimento e assentimento a tratamentos ou serviços de saúde

32. Determinar os limites de idade apropriados e aceitáveis a partir dos quais adolescentes podem dar consentimento ou recusar tratamento ou serviços de saúde sem envolvimento dos pais ou responsáveis. Os limites de idade devem ser informados pelo estágio de desenvolvimento de adolescente e pela evolução da capacidade, bem como pela avaliação cuidadosa de riscos, segurança e outras questões no contexto local. Considerar reduzir os limites de idade existentes, se apropriado (ver estudos de caso 15 e A5.9). Como diretriz, deve ser solicitado o consentimento informado da criança a partir do momento em que for considerada madura o suficiente para tomar uma decisão informada. Normalmente, adolescentes com idade igual ou superior a 15 anos podem dar consentimento informado oralmente ou por escrito. Para adolescentes mais jovens, as decisões devem ser feitas caso a caso. Quando a evidência sugerir que o indivíduo não tem capacidade para consentir, deve-se tomar uma decisão considerando o melhor interesse de adolescente.

33. Adotar políticas flexíveis para permitir que grupos específicos de adolescentes sejam considerados "menores maduros". Por exemplo, os procedimentos locais não devem impedir adolescentes não acompanhados ou aqueles que não têm pais ou cuidadores de acessar serviços.

34. Eliminar a exigência de consentimento dos pais/responsáveis quando um adolescente procurar serviços de orientação ou aconselhamento. O direito a orientação e aconselhamento é diferente do direito ao consentimento médico e não deve estar sujeito a qualquer limite de idade.

35. Eliminar a necessidade de autorização ou notificação obrigatória de terceiros (por exemplo, pais, responsáveis ou esposo/esposa) para prestação de serviços de SSR, inclusive contracepção e informação sobre a mesma. Adotar a presunção legal de competência de que um adolescente buscando serviços de SSR preventivos ou urgentes (por exemplo, contracepção ou aborto seguro) tem a capacidade necessária para acessar tais serviços.

36. Estabelecer procedimentos operacionais padrão para obtenção de consentimento informado. Os termos de consentimento e outras ferramentas de informação (por exemplo, cartazes) devem ser desenvolvidos em consulta com membros confiáveis da comunidade e projetados especificamente para as faixas etárias incluídas na atividade. Se houver requisitos de notificação compulsória na jurisdição, essa informação deve ser divulgada ao pai ou responsável e ao adolescente durante o processo de consentimento ou assentimento.

37. Aplicar uma política de que, em todos os casos (com ou sem necessidade de consentimento do pai ou responsável), seja obtido o assentimento livre, informado, voluntário e sem pressa ou coação de adolescente para qualquer serviço ou participação em atividade de coleta de dados. Adolescentes devem receber informações completas, imparciais e claras sobre a natureza, os riscos e as alternativas de toda intervenção proposta ou atividade de coleta de dados, para permitir a participação de adolescentes em seus próprios cuidados e a comunicação de suas escolhas. As informações sobre a intervenção devem ser fornecidas à adolescentes de forma adequada à sua cultura, educação e nível de compreensão. Embora seja importante explicar claramente à adolescentes os riscos potenciais, também é importante não assustá-los.

38. Adotar políticas para proteger os direitos de adolescentes com deficiência, inclusive exigindo que seus pontos de vista sejam devidamente ponderados de acordo com sua capacidade, idade e maturidade em igualdade de condições com outros. Adolescentes com deficiência enfrentam obstáculos especiais; portanto, eles devem ter oportunidades para apoiar a tomada de decisões.

39. Onde for legal, modificar a legislação de modo a incluir provisão para que adolescentes tenham acesso fácil a aborto seguro, sem exigir consentimento parental ou conjugal.

40. Garantir a eliminação de práticas prejudiciais infligidas à jovens sem consentimento, inclusive a MGF e o casamento precoce e/ou forçado.

Fontes: (15); (317); (323); (405).

Estudo de caso 15

Expansão do acesso de menores a serviços de DST nos Estados Unidos

Ao longo dos últimos 30 anos, os estados dos EUA expandiram a autonomia dos menores para consentir aos cuidados de saúde, inclusive cuidados relacionados à atividade sexual. Todos os 50 estados e o Distrito de Colúmbia permitem que a maioria dos menores consinta a realização de exames e tratamento para doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), e muitos incluem explicitamente os exames e tratamento do HIV. Muitos estados, no entanto, permitem que os médicos informem aos pais que o menor está buscando ou recebendo serviços de DST quando julgarem assim ser melhor para o menor. Em 1° de novembro de 2016:

- Os 50 estados e o Distrito de Columbia permitem explicitamente aos menores acessar os serviços de DSTs, embora 11 estados requeiram idade mínima para o acesso (em geral 12 ou 14 anos).
- Trinta e dois estados incluem explicitamente o exame e tratamento de HIV no pacote de serviços de DST aos quais os menores podem acessar (muitas dessas leis se aplicam somente ao exame de HIV).
- Dezoito estados permitem aos médicos informar os pais de um menor que ele ou ela está buscando ou recebendo serviços de DST. Porém, com a exceção de um estado que exige notificação dos pais em caso de exame de HIV positivo, nenhum estado exige que os médicos notifiquem os pais sobre tais serviços.

Fonte: (407).

5.5.1.2.
Uma força de trabalho sensível à adolescentes em todos os níveis de atenção

Adolescentes não são simplesmente crianças crescidas ou adultos mais jovens. Retornando ao modelo ecológico descrito na Seção 1, os fatores individuais, interpessoais, comunitários, organizacionais, ambientais e estruturais tornam adolescentes únicos na forma como eles compreendem a informação, em quais informações e quais canais de informação influenciam seus comportamentos e em como eles pensam no futuro e tomam decisões no presente (319). Todos os trabalhadores de saúde que atuam em locais acessados por adolescentes (por exemplo, hospitais, unidades básicas de saúde e farmácias) devem desenvolver suas competências (conhecimento, habilidades e atitudes) em cuidados de saúde sensíveis à adolescentes, para que possam responder às suas necessidades específicas (Fig. 5.3). *Vide*, por exemplo, o Quadro A 3.2 sobre como os profissionais de saúde podem fornecer serviços de SSR amigos de jovens.

Figura 5.3. Domínios para competências centrais em atenção à saúde de adolescente

Fonte: (408)

As competências centrais podem ser ensinadas tanto no treinamento inicial como na educação continuada. É necessária uma progressão em todo o espectro de educação para garantir a aprendizagem ao longo da vida. Porém, muitos países não têm formas sustentáveis de educação profissional continuada (408). Portanto, melhorar a estrutura, o conteúdo e a qualidade do componente de saúde de adolescentes dos currículos de educação pré-serviço é muito importante. Fazer com que a educação baseada em competências em cuidados de saúde para adolescentes seja obrigatória nos currículos de graduação e pós-graduação é uma das ações-chave para uma força de trabalho competente em saúde de adolescentes (301).

Para apoiar os países na construção de uma força de trabalho competente na atenção a adolescentes, a OMS desenvolveu as competências centrais em saúde e desenvolvimento de adolescente para os prestadores de atenção primária, que inclui uma ferramenta para avaliar o componente de saúde e desenvolvimento de adolescentes na educação profissional e desenvolver recomendações (408).

Na República da Moldávia, por exemplo, um componente de saúde para adolescentes foi recentemente introduzido no treinamento de médicos de família e pediatras, e um curso de pós-graduação para prestadores de serviços (treinamento em serviço como parte da educação continuada) foi desenvolvido, aprovado e integrado no currículo universitário para educação médica continuada (estudo de caso 16).

Estudo de caso 16

Abordagem à saúde e desenvolvimento de adolescentes na grade curricular da faculdade pública de medicina na República da Moldávia

Mais de um quinto da população total da República da Moldávia é formada por jovens de 10 a 24 anos. Desde 2001, foi criada uma rede de centros de saúde amigos de jovens, que vem sendo gradualmente expandida para proporcionar à adolescentes e jovens os serviços de que necessitam. Para garantir que os serviços sejam prestados de acordo com os padrões de qualidade nacionais, era essencial abordar as competências dos profissionais, como comunicação apropriada para a idade, sigilo e a avaliação integrada dos riscos para a saúde, entre outros. Nos primeiros 10 anos, a iniciativa baseou-se em treinamento em serviço, em grande parte patrocinado por agências doadoras.

O país, com uma população de 3,5 milhões de habitantes, tem apenas uma faculdade de medicina: a Universidade Estadual de Medicina e Farmácia "Nicolae Testemitanu". Oferece cursos de graduação e pós-graduação, bem como estágios clínicos, residências, doutorado, pós-doutorado e formação contínua em educação profissional. Para minimizar a dependência de financiamento de doadores, em 2014 foi desenvolvido, aprovado e integrado uma grade curricular universitária para a educação médica contínua, um curso de pós-graduação para prestadores de serviços (treinamento em serviço como parte da educação continuada). Esse curso de 50 horas é administrado conjuntamente pela Universidade Estadual de Medicina e pelo Centro de Recursos Nacionais para Serviços de Saúde Amigos de Jovens, "Neovita". Os provedores podem escolher esse curso como parte de suas cinco matrículas anuais em atividades de educação profissional continuada.

Ter um curso dedicado à saúde de adolescente na educação profissional continuada foi uma conquista importante e uma chave para a sustentabilidade. No entanto, logo foi percebido que a melhoria da estrutura, conteúdo e qualidade do componente de saúde de adolescentes dos currículos de graduação também é muito importante. Havia dois motivos para isso. Em primeiro lugar, melhorar o componente de saúde da adolescência na graduação asseguraria que todo graduado em medicina – e, portanto, a força de trabalho futura – tivesse as competências básicas para atenção à adolescentes. Em segundo lugar, a reforma da atenção primária na República da Moldávia, que colocava o médico de família no centro da atenção à saúde, estava bem consolidada. Era importante, portanto, garantir que todos adolescentes recebessem atendimento responsivo, independentemente de procurarem cuidados em uma unidade básica de saúde ou um centro de saúde amigo de jovens. Por conseguinte, a focalização do componente de saúde de adolescentes durante a residência em medicina de família é essencial.

Entre 2014 e 2016, questões de saúde e desenvolvimento de adolescentes foram incorporadas às grades curriculares de pós-graduação de três maneiras:

- Na residência em medicina de família (18 horas – 3 horas de aulas teóricas e 15 horas de seminários práticos).
- Na residência em pediatria (45 horas – 6 horas de aulas teóricas e 39 horas de seminários práticos).
- Na residência em ginecologia e obstetrícia (140 horas — 70 horas de aulas teóricas e 70 horas de aulas práticas). Esse curso foi estabelecido muito antes da década de 2000, mas seu conteúdo foi atualizado recentemente.

Com esses esforços bem-sucedidos, o país assegurou a disponibilidade de treinamento em saúde e desenvolvimento de adolescentes tanto nos cursos de graduação como no treinamento em serviço. Isso possibilita uma progressão ao longo de todo o espectro da educação para assegurar a aprendizagem ao longo da vida. Não foi um processo fácil ou óbvio. Alguns dos fatores que contribuíram para o sucesso foram:

- O envolvimento dos decisores universitários de alto nível foi essencial para a obtenção de aprovação formal e integração do curso de saúde da adolescência no currículo universitário para a educação profissional continuada.
- O Centro de Recursos Nacionais para Serviços de Saúde Amigos de Jovens Neovita forneceu a base para treinamento prático em saúde de adolescente para residentes e clínicos.
- Dar treinamento de última geração em saúde de adolescente para professores de disciplinas-chave foi um fator importante para entender que adolescentes não são simplesmente crianças crescidas ou adultos jovens.
- A realização de conferências nacionais semanais sobre a saúde de adolescente proporcionou a oportunidade de unir profissionais (ou seja, acadêmicos, prestadores de serviço e formuladores de políticas) que trabalham em prol da saúde da adolescência e da juventude na Moldávia para compartilhar avanços científicos e programáticos.
- O apoio financeiro de longo prazo do projeto Geração Saudável para aumento de escala dos serviços de saúde amigos de jovens na Moldávia, financiado pela Agência Suíça de Desenvolvimento e Cooperação, permitiu sustentar e expandir os investimentos iniciais em fortalecimento da capacidade institucional para treinamento em saúde de adolescente.

Fonte: (320)

Áreas-chave para programação (continuação): Uma força de trabalho sensível à adolescentes

41. Criar um entendimento comum entre os principais atores, como os ministérios da saúde, educação e juventude; o conselho nacional de classe; agências de desenvolvimento curricular; associações profissionais; e outras organizações da sociedade civil sobre a importância de investir em uma força de trabalho competente.

42. Definir competências essenciais em saúde e desenvolvimento de adolescentes, de acordo com as Competências Essenciais da OMS para Saúde e Desenvolvimento de Adolescente para os Prestadores de Atenção Primária (408). Quando relevante, incluir competências em saúde de adolescente nas descrições de cargos e políticas relacionadas à capacidade de recursos humanos.

43. Criar e implementar programas de treinamento baseados em competências na educação profissional e continuada. Para informar o desenvolvimento de tais programas, avaliar a estrutura, o conteúdo e a qualidade do componente de saúde de adolescente nas grades curriculares das principais instituições educacionais e formativas. Identificar oportunidades para fortalecer o componente de saúde de adolescente. A ferramenta da OMS para avaliar o componente de saúde e desenvolvimento de adolescente na educação profissional (408) pode informar esse processo.

44. Estabelecer um mecanismo para consultar os prestadores de cuidados de saúde sobre suas necessidades de treinamento e educação em saúde de adolescente e realizar atividades de capacitação em nível nacional e subnacional que estejam alinhadas com as necessidades relatadas. Facilitar o acesso dos profissionais a cursos gratuitos online.

45. Desenvolver e revisar informações e materiais de treinamento, diretrizes clínicas e outras ferramentas para apoiar a tomada de decisões em cuidados de saúde para adolescentes.

46. Fortalecer a capacidade dos agentes comunitários de saúde para alcançar adolescentes, especialmente aqueles que estão fora da escola, com educação e serviços de saúde.

47. Construir um sistema de supervisão da atenção à saúde de adolescentes e fornecer oportunidades de aprendizagem colaborativa como uma estratégia-chave para melhorar o desempenho dos profissionais.

Fontes: (301); (323); (408).

5.5.1.3. Prestação de serviços de qualidade e plataformas de prestação de serviço que maximizem a cobertura

As iniciativas globais estão instando os países a priorizar a qualidade como forma de reforçar as abordagens de saúde baseadas em direitos (132). No entanto, evidências de países de alta, média e baixa renda mostram que adolescentes enfrentam muitas barreiras para receber cuidados de saúde de qualidade, e que os serviços para adolescentes costumam ser fragmentados, mal coordenados e desiguais em qualidade (18); (301). Reconhecendo esses problemas, muitos países avançaram para uma abordagem baseada em normas e padrões para melhorar a qualidade dos cuidados para adolescentes (Figura A5.3 no Anexo 5), embora poucos avaliem o progresso na aderência a tais padrões. Para informar essas ações, foram realizadas pesquisas para medir a qualidade dos serviços de saúde para adolescentes no Quirguistão, no Maláui, na Moldávia, na África do Sul, no Tajiquistão, na Tanzânia e na Ucrânia (301).

O estudo de caso A5.10 mostra como medir a qualidade dos serviços em relação aos padrões nacionais no Quirguistão ajudou a identificar áreas de melhoria para os centros implementarem atenção centrada em adolescentes.

Os esforços de programação devem ser direcionados ao estabelecimento, implementação e monitoramento de padrões para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde de adolescentes como forma de minimizar a variabilidade, garantir um nível básico de qualidade e proteger os direitos de adolescentes (322). Também devem ser empreendidos esforços para garantir que os serviços não sejam acessados somente por uma minoria privilegiada de adolescentes, mas que estejam chegando também a subgrupos marginalizados de adolescentes.

Uma consideração crítica na programação nacional para saúde de adolescentes é a integração de serviços no local de prestação. Por exemplo, integrar o tratamento da queixa principal com uma avaliação mais ampla usando a *checklist* HEADSSS (domicílio, educação, atividades/emprego, drogas, suicídio, sexo) é uma oportunidade de criar um contexto para orientação antecipada e intervenções preventivas (319).

Em outro exemplo, se a vacinação contra o HPV e o tratamento antiparasitário contra esquistossomose forem identificados como prioridades durante o exercício nacional de priorização, pode-se considerar a aplicação simultânea de vacina contra o HPV e anti-helmínticos (301). A integração dos serviços é importante do ponto de vista tanto da maximização da eficiência como da melhoria da capacidade de resposta às necessidades de adolescentes.

Áreas-chave para programação (continuação): Assegurar a qualidade dos serviços de saúde para adolescentes

48. Desenvolver uma compreensão compartilhada da saúde de adolescentes e da necessidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde para adolescentes.

49. Desenvolver e implementar padrões nacionais de qualidade e sistemas de monitoramento de acordo com os Padrões Globais da OMS e da UNAIDS para Serviços de Saúde de Qualidade para Adolescentes (18); (323). Posicionar a melhoria da qualidade baseada em padrões nos programas nacionais de saúde de adolescente, quando existirem, ou integrá-la a plataformas nacionais gerais de melhoramento da qualidade.

50. Implementar padrões e normas eletrônicos para automatizar os processos de coleta e análise de dados e melhorar a participação de adolescentes no fornecimento de *feedback* aos estabelecimentos de saúde, usando tecnologias de informática.

51. Estabelecer plataformas de aprendizagem locais, subnacionais e nacionais para melhorar a qualidade.

Fortalecer plataformas de prestação de serviço que maximizem a cobertura

52. Melhorar a capacidade dos serviços de atenção primária e referenciada para oferecer serviços integrados e centrados em adolescentes (por exemplo, treinar profissionais para que realizem a avaliação HEADSSS para detectar problemas de saúde e desenvolvimento que o adolescente não relatou; ver Tabela A.3.2)

53. Fortalecer os serviços de saúde escolar (tanto sediados em escolas quanto vinculados a elas) para facilitar o acesso de adolescentes a serviços preventivos e abordar prontamente problemas de saúde visíveis. *Vide* estudo de caso A5.11 sobre serviços de saúde obrigatórios sob a égide do Programa Nacional de Saúde Escolar e Universitária no Marrocos.

54. Envolver os agentes comunitários de saúde para alcançar adolescentes, especialmente aqueles fora da escola, com educação e serviços de saúde.

55. Estabelecer mecanismos para o envolvimento formal de ONGs na prestação de serviços em nome do governo para fortalecer as plataformas comunitárias de prestação de serviços e alcançar populações adolescentes subatendidas. *Vide* estudo de caso A5.12 sobre o esquema Mother NGO na Índia para prestar serviços de saúde reprodutiva e infantil em áreas desatendidas.

56. Explorar o potencial de divulgação de informação e prestação de serviços através do uso de redes sociais e mídias digitais para fornecer, por exemplo, interações personalizadas confidenciais e anônimas, linhas diretas de ajuda, educação em saúde e lembretes de consultas via mensagens de texto e prescrição e pagamento de medicamentos online. *Vide*, por exemplo, o estudo de caso A5.13 sobre o uso de jogos de celular para conscientização sobre HIV/Aids na Ásia e África.

Fontes: (18); (324).

5.5.1.4.
Dados desagregados por idade e sexo nos sistemas de gestão de saúde e sistemas de informação

Os sistemas nacionais de gestão da saúde e os sistemas de informação raramente captam dados específicos para adolescentes. Mesmo quando isso ocorre no nível do estabelecimento de saúde, os dados são geralmente agregados com dados de outras faixas etárias à medida que se deslocam para níveis superiores (distrital ou nacional). Os dados desagregados por idade e sexo em adolescentes são raros nos países que mais precisam deles, isto é, aqueles com grandes populações de adolescentes, altas cargas de doença na adolescência e infraestruturas relativamente fracas. Em vez disso, os dados geralmente são compilados de maneiras que obscurecem as experiências particulares de adolescentes; por exemplo, através do uso de faixas etárias de 5-14 anos e 15-49 anos. Existem outros pontos fracos além da desagregação por idade e sexo. Os dados sobre adolescentes jovens (10 a 14 anos) estão disponíveis principalmente a partir de sistemas de coleta de dados baseados nas escolas, que têm utilidade limitada onde o absenteísmo é alto e a retenção é baixa. Os programas devem rever todos os sistemas nacionais de coleta de dados de saúde e encontrar formas de incorporar um foco em adolescentes, inclusive em adolescentes muito jovens e fora da escola. Idealmente, todos os dados devem ser desagregados por sexo e faixa etária (de 5 em 5 anos) nos primeiros 25 anos de vida.

Áreas-chave para programação (continuação): Sistemas de gestão de saúde e sistemas de informação

57. Identificar e responder a deficiências específicas nos sistemas nacionais de coleta de dados, incluindo uma revisão das fontes e mecanismos de coleta de dados sobre indicadores de impacto, efeitos, produtos, processos e insumos (ver Seção 6).

58. Melhorar a capacidade das agências nacionais e subnacionais de estatística para informar regularmente sobre a saúde, desenvolvimento e bem-estar de adolescentes, desagregados por idade e sexo. No mínimo, os dados devem ser desagregados por idade e sexo, e sempre que possível, outros estratificadores relevantes devem ser incluídos, p. ex. educação, moradia rural ou urbana. Garantir que essa informação seja facilmente acessível ao público.

59. Implementar abordagens de monitoramento participativo para engajar os próprios adolescentes na concepção de sistemas de monitoramento e avaliação, para captar a perspectiva do usuário (por exemplo, qualidade do serviço e implementação de políticas) e assegurar que sejam implementados mecanismos para dar voz à adolescentes jovens (10 a 14 anos).

60. Garantir que os formulários de coleta e notificação de dados dos estabelecimentos incluam um foco explícito em adolescentes (incluindo jovens adolescentes), utilização de serviços desagregada por causa e qualidade dos serviços (ver Quadro 5.3).

61. Garantir que os relatórios locais e distritais abordem adolescentes (10-19 anos), inclusive a utilização de serviços por causa específica e a qualidade da atenção.

62. Desenvolver capacidade nacional para realizar pesquisas padronizadas sobre comportamentos importantes de adolescentes e determinantes sociais essenciais, e realizar tais pesquisas em intervalos regulares. Exemplos incluem a Global School-Based Student Health Survey (GSHS), a Global Youth Tobacco Survey (GYTS) e a Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC). Garantir que estejam disponíveis sistemas de coleta de dados para adolescentes fora da escola.

63. Desenvolver capacidade nacional para realizar pesquisas padronizadas para monitorar os insumos, processos e resultados dos programas nacionais de saúde escolar. Exemplos incluem o School Health Policies and Practices Study e pesquisas baseadas nas ferramentas Focusing Resources on Effective School Health (FRESH). Tais pesquisas devem ser realizadas em intervalos regulares.

64. Fortalecer a disponibilidade de dados e informações desagregados para expor desigualdades. Usar os dados para planejar ações corretivas para enfrentar desigualdades.

65. Fortalecer a capacidade de pesquisa qualitativa para entender as causas subjacentes das tendências (por exemplo, em comportamentos relacionados à saúde ou uso de serviços).

66. Sintetizar e disseminar a base de evidências para a ação.

Fontes: (300); (323).

Quadro 5.1. Desagregação de dados nacionais por idade e sexo

Vários países começaram a desagregação por idade e sexo em seus relatórios de nível nacional de dados de rotina provenientes de sistemas de gestão de saúde e informação. Esses países incluem Argentina, El Salvador, Indonésia, Maláui, Moldávia, Tajiquistão e Tanzânia. Os dados desagregados de tais sistemas fornecem uma visão geral anual de quais adolescentes estão usando serviços e por quê. Esses dados são mais oportunos e sua coleta requer menos recursos do que os dados de inquéritos domiciliares autorrelatados (que geralmente são coletados a cada quatro anos) ou dados coletados em escolas, que também são coletados com menor frequência. As estatísticas dos estabelecimentos de saúde podem contribuir de forma importante para monitorar e fortalecer a prestação de serviços para adolescentes. Porém, como os dados dos estabelecimentos só são representativos de adolescentes que acessam os serviços, eles precisam ser interpretados com cautela.

Na Argentina, até 2010, as informações de saúde disponíveis eram fragmentadas ou inexistentes. Os sistemas de informação não consideravam a adolescência como um estágio no curso da vida, e os dados de saúde da adolescência eram registrados como de crianças ou adultos, dependendo se eram menores ou maiores de 14 anos, respectivamente. Desde 2010, o Departamento de Estatística e Informática do Ministério da Saúde publica um diretório de dados das estatísticas vitais da população adolescente: http://www.msal.gob.ar/im-ages/stories/bes/graficos/0000000872cnt-linea-base-adolescencia-2016.pdf. Esse compêndio apresenta dados sobre as principais características sociodemográficas da população adolescente, principais causas de morbimortalidade, cobertura nos serviços públicos de saúde, comportamentos relacionados à saúde e utilização específica dos serviços hospitalares.

Fontes: (301); (325).

©Palash Khatri

5.5.2.
Programas específicos para adolescentes dentro do setor da saúde

Influenciar o processo de planejamento estratégico e operacional de rotina dos setores ajudará a garantir resultados sustentáveis a longo prazo. Porém, é improvável que produza resultados imediatos, especialmente se não houver coordenação obrigatória desses esforços no Ministério da Saúde. Por conseguinte, alguns países também consideraram necessário estabelecer programas nacionais específicos para adolescentes.

De modo geral, esses programas são de três tipos:

- Programas que se concentram em um único tema (por exemplo, programas de vacinação contra o HPV, estudo de caso A5.14 no Anexo 5).
- Programas que têm um único tema como principal consideração, mas que utilizam uma abordagem ampla para responder ao problema; por exemplo, melhorar a disponibilidade de serviços amigos de adolescentes para SSR (por exemplo, o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Sexual de Adolescentes no Nepal, estudo de caso A5.1 no Anexo 5).
- Programas com um foco amplo que abordam múltiplos problemas de forma integrada (estudo de caso 17). Exemplos desse tipo de programa são os programas nacionais de saúde para adolescentes que existem em muitos países, inclusive o Chile (estudo de caso A5.15 no Anexo 5), Costa Rica, Hungria, México, Filipinas, Portugal, Uruguai e Uzbequistão.

Para continuar os esforços, é importante que o programa seja formalizado (Quadro 5.2).

Quadro 5.2. Características de um programa de saúde para adolescentes formalizado

Um programa nacional de saúde para adolescentes é um conjunto abrangente de estratégias, atividades e serviços planejados e sequenciais destinados a atingir objetivos e metas bem definidos. Os termos projeto, iniciativa e programa são frequentemente usados de forma intercambiável. Projetos e iniciativas bem-sucedidos em pequena escala podem tornar-se programas nacionais (ver, por exemplo, o estudo de caso A5.1 sobre a transição de um projeto para um programa nacional de SSR para adolescentes no Nepal). Neste documento, nos concentramos em programas formalizados de saúde para adolescentes.

As suas características comuns são:

- ter declarações de política para apoiar os esforços do programa;
- ser um item enumerado em um orçamento permanente do ministério de saúde ou educação;
- ocupar lugar em um organograma; ter pessoal permanente atribuído a funções específicas do programa (por exemplo, coordenadores nacionais, subnacionais e locais);
- ter descrições que incluem funções de prevenção e nível de esforço;
- ter instalações e equipamentos para operações do programa; e
- desenvolver uma memória institucional para acordos e entendimentos importantes.

O programa nacional da Argentina para saúde integrada de adolescente (estudo de caso 17), o programa de serviços de saúde escolar dos EUA (estudo de caso A5.2) e os programas de saúde escolar de Ruanda e Portugal (estudos de caso 18 e A5.3) são exemplos de programas que apresentam essas características.

Fonte: (326).

Estudo de caso 17

Programa nacional da Argentina para saúde integrada de adolescente

Na Argentina, o Programa Nacional para a Saúde Integrada de Adolescente (Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, PNSIA) foi criado em 2007. É administrado por uma equipe interdisciplinar de 15 pessoas (13 técnicos, inclusive o Coordenador Nacional e dois funcionários administrativos) e cada uma das 24 jurisdições tem um coordenador provincial. Em 2016, foi criado um Conselho Consultivo do Programa, e há planos em curso para incluir organizações juvenis na governança do programa.

O orçamento do PNSIA vem do orçamento da Direção Nacional de Maternidade, Infância e Adolescência. Em 2016, o orçamento do PNSIA constava do equivalente a US$440.000. Esse é um orçamento para atividades, e não inclui remuneração de recursos humanos.

O PNSIA busca atingir os seguintes objetivos:

- alcançar cobertura de saúde universal através do acesso a serviços, medicamentos e vacinas essenciais e de qualidade;
- promover a saúde holística na adolescência mediante promoção de estilos de vida saudáveis, apoio ao planejamento de projetos de vida e incorporação de perspectivas de gênero no sistema de saúde; e
- melhorar a saúde na adolescência, reduzindo a morbidade materna e a mortalidade na adolescência; reduzir a gravidez precoce; reduzir a morbimortalidade por causas externas (lesões não intencionais/ acidentes, suicídios e homicídios); e reduzir o consumo problemático de álcool e outras substâncias.

As estratégias de implementação da PNSIA incluem facilitar o estabelecimento de programas provinciais; fortalecer o sistema de gestão de saúde e informação; melhorar a capacidade de recursos humanos e serviços de saúde de qualidade para adolescentes; estabelecer mecanismos de proteção contra riscos financeiros para adolescentes; e garantir a participação de adolescentes no desenho e atividades do programa.

Em 2007, na época da criação do programa, apenas cinco jurisdições tinham um programa provincial de saúde para adolescentes. Considerando a estrutura federal do sistema de saúde na Argentina, uma das principais prioridades do PNSIA foi estimular as províncias a estabelecer programas locais para contribuir para a consecução dos objetivos. Atualmente, 23 das 24 jurisdições têm um programa provincial e um coordenador responsável, e esses constituem a Rede Nacional de Saúde de Adolescentes. Para fortalecer essa rede e capacitar a equipe, realizam-se três reuniões anuais com os coordenadores provinciais. Nessas reuniões, são compartilhadas experiências, divulgadas boas práticas, é realizado treinamento sobre temas selecionados de saúde de adolescente e as diretrizes técnicas e de manejo são acordadas. Graças a esse investimento na capacidade dos coordenadores provinciais, eles conseguiram instalar firmemente a agenda de saúde de adolescentes em seus ministérios provinciais. Apesar das mudanças políticas nas províncias, a rede permaneceu relativamente estável. Mesmo quando os coordenadores provinciais mudaram, houve uma continuidade com os esforços provinciais anteriores.

Em toda a Argentina, mais de 250 espaços amigos de adolescentes foram criados em estabelecimentos de saúde da rede de atenção primária e de referência. É importante notar que estão distribuídos em diferentes locais em todo o país. As oportunidades de educação e treinamento em serviço em cuidados de saúde para adolescentes foram expandidas em nível nacional e provincial, inclusive através do ensino a distância. Finalmente, o treinamento em saúde de adolescentes foi integrado aos programas de residência médica em pediatria e clínica geral.

Entre as principais realizações do PNSIA estão a melhoria do sistema de gestão de saúde e informação para refletir a população adolescente (ver Quadro 5.1) e a garantia da proteção contra risco financeiro para adolescentes. Em 2012, o Ministério da Saúde da Argentina integrou o PNSIA ao Programa SUMAR.

O Programa SUMAR financia a cobertura de um conjunto essencial de serviços de saúde, que inclui:

- check-ups gerais e encaminhamento a especialistas;
- serviços ginecológicos (inclusive inserção e retirada de DIU);
- exames odontológicos e oftalmológicos;
- acompanhamento para transtornos nutricionais e asma;
- exame e diagnóstico confidencial da gravidez;
- imunizações contra a hepatite B, o HPV e a gripe (para adolescentes com fatores de risco) e todas aquelas indicadas no calendário nacional;
- orientação de saúde sexual;
- consulta de saúde mental;
- atenção urgente em casos de tentativa de suicídio ou violência sexual; e
- oficinas de promoção da saúde para adolescentes, realizadas em diferentes contextos.

O Programa SUMAR fez contribuições substanciais para melhorar a cobertura de saúde eficaz para adolescentes. Até o início de 2017, quase 3 milhões de adolescentes possuíam cobertura de saúde eficaz fornecida inteiramente pelo sistema público. Em 2014, 958.648 adolescentes foram submetidos a pelo menos um exame de saúde compatível com os requisitos nacionais de qualidade, e 840.828 em 2015.

Esses dois programas nacionais também estão totalmente integrados com outras políticas sociais, como o Programa Nacional de Controle de Doenças Imunopreveníveis, o Programa Nacional de Saúde Sexual e Procriação Responsável e o Subsídio Universal por Filho, uma transferência condicionada de renda (com requisitos específicos, como frequência escolar, exames médicos e vacinas) fornecida às famílias desempregadas com filhos menores de 18 anos.

Fonte: (325).

5. Programação nacional

Conforme indicado na Seção 5.1, os programas bem-sucedidos do setor da saúde raramente são implementados isoladamente de outros setores. Por exemplo, na Argentina, o PNSIA é liderado pelo Ministério da Saúde (estudo de caso 17). Porém, as atividades são implementadas em colaboração com os setores de educação, justiça e bem-estar social. As principais áreas de programação 4-68 devem informar as ações para estabelecer ou fortalecer programas existentes de saúde de adolescente.

5.6. Programação com outros setores para abordar os determinantes da saúde

5.6.1. Programação para a saúde de adolescentes em todas as políticas

Da mesma forma que o setor de saúde, outros setores precisam normalizar a atenção para as necessidades específicas de adolescentes em todos os aspectos do seu trabalho. A isso se dá o nome de abordagem de "saúde de adolescentes em todas as políticas" (Quadro 5.3).

Quadro 5.3. Saúde de adolescentes em todas as políticas (SATP)

A SATP é uma abordagem de política pública em todos os setores que considera sistematicamente as implicações das decisões sobre a saúde de adolescentes, evita efeitos nocivos e busca sinergias para melhorar a saúde de adolescentes e a equidade em saúde (292); (327). É uma estratégia que facilita a formulação de políticas públicas sensíveis à adolescentes em setores que não a saúde (328). O planejamento estratégico e operacional em setores-chave como educação, família e sociedade, recreação e esportes, transportes, alimentos e agricultura deve ser realizado com a participação de especialistas do setor da saúde. Esse planejamento deve visar garantir que as políticas para cada setor sejam formuladas e implementadas com a devida atenção à inclusão de políticas e intervenções baseadas em evidências que melhorem a saúde de adolescentes.

Na SATP, mesmo que a responsabilidade pela implementação recaia sobre outros setores, o setor de saúde tem um papel importante a desempenhar na conscientização, na mobilização e na assistência técnica a outros setores (ver áreas-chave para programação 69-71). Deve buscar proativamente oportunidades para influenciar o planejamento estratégico e operacional de rotina de setores-chave (292). Por exemplo, o setor de educação pode usar o planejamento estratégico para ajustar seus investimentos em resposta à mudança dos mercados de trabalho e das demandas sociais por educação (329), e essa é uma oportunidade para o setor da saúde se envolver e garantir que as políticas educacionais revisadas considerem as implicações para a saúde de adolescentes. Por conseguinte, é preciso haver uma estrutura de governança e mecanismos de coordenação (ver áreas-chave para a programação 1 e 2) para facilitar esse engajamento (295); (331).

Muitas das considerações práticas sobre planejamento e gestão de um programa intersetorial que são descritas na Seção 5.6.1 (Quadro 5.4) também são aplicáveis à colaboração entre o setor da saúde e outros setores dentro da SATP.

Áreas-chave para programação (continuação):
Saúde de adolescentes em todas as políticas: O setor da saúde

67. Criar plataformas para o Ministério da Saúde se envolver nos ciclos de planejamento de outros setores para o desenvolvimento de planos de longo, médio e curto prazo, levando em consideração as necessidades de saúde de adolescentes (ver área-chave para programação 2c). Esse acordo deve ser recíproco, de modo que outros setores relevantes também participem no desenvolvimento dos planos em saúde.

68. Apoiar a SATP através da implementação de atividades conjuntas em todas as etapas do planejamento estratégico de outros setores, inclusive durante a avaliação de situação e necessidades, formulação de políticas, elaboração de planos e avaliação de políticas-chave. *Vide* estudo de caso A5.16 sobre o modelo de Cardiff para o uso estratégico de informações do setor de saúde para melhorar o policiamento. Especificamente, o setor da saúde pode:

a. Trabalhar com legisladores para garantir que as leis e políticas recomendadas na Seção 3 (ou seja, idade mínima para compra ou consumo de bebidas alcoólicas, regulação da comercialização de produtos não saudáveis, etc.) sejam adotadas e implementadas.
b. Usar ferramentas e processos como a avaliação de impacto em saúde (332) para identificar o impacto das políticas de um setor – inclusive potenciais consequências não intencionais – sobre a saúde e a equidade de adolescentes. Divulgá-lo a todos os interessados e ao público, e ajudar o setor envolvido a desenvolver intervenções para abordá-lo. Destacar as potenciais consequências da inação para a saúde de adolescente.
c. Ajudar o setor a realizar avaliações baseadas em necessidades para adolescentes, inclusive aquelas relacionadas a mudanças de estilo de vida, consumo de alimentos e outros determinantes de saúde relacionados ao mandato do setor.
d. Trabalhar com os ministérios relevantes para desenvolver políticas, diretrizes, padrões e recomendações baseadas em evidências para áreas do mandato do setor que tenham um impacto direto na saúde de adolescente. Conforme apropriado, garantir que a distribuição integrada de serviços em todos os setores esteja sendo planejada e implementada (por exemplo, apoio para alunos com afecções crônicas em instituições educacionais).
e. Apoiar ações para garantir uma força de trabalho de saúde pública competente no trato com adolescentes em setores-chave (por exemplo, educação e justiça criminal), inclusive providenciando treinamento e suporte para abordar novos desenvolvimentos.
f. Mobilizar parcerias regionais e locais para identificar e abordar questões de saúde pública que tenham implicações para a ação em outros setores, por exemplo, fortalecer coalizões de profissionais – como aqueles que trabalham em saúde pública, meio ambiente, nutrição, epidemiologia de doenças crônicas e ciências sociais e comportamentais – para colaborar no desenvolvimento e promoção de políticas de saúde para adolescentes.

Áreas-chave para programação (continuação): O setor da educação (19); (310); (326); (333); (334).

69. Melhorar as instalações do sistema educacional e reduzir a exposição a riscos ambientais, garantindo padrões mínimos para o projeto de instalações (por exemplo, materiais de construção seguros e sólidos, abrigo, proteção contra o calor ou o frio, luz, acesso à energia limpa, ventilação, sanitários) e a disponibilidade de saneamento e água potável.

70. Assegurar condições adequadas para a higiene menstrual, tais como sanitários individuais, com tranca, privada, água e sabão para lavagem, bem como um espaço privado adequado ao ar livre onde as meninas possam secar panos menstruais molhados e/ou um compartimento fechado ou incinerador para absorventes usados.

71. Apoiar a alfabetização em saúde dos professores através de uma combinação de oportunidades de treinamento durante a graduação e capacitação em serviço. *Vide* estudo de caso A5.17 sobre como ajudar os professores a entender melhor a saúde mental através do currículo HeadStrong que melhorou a alfabetização em saúde mental e reduziu o estigma.

72. Envolver-se em programas para melhorar o acesso à saúde e à educação, por exemplo, mediante transferências condicionadas e incondicionais de renda.

73. Apoiar políticas para melhorar o acesso das meninas às escolas, por exemplo, adotando uma estratégia integrada que aborde as barreiras culturais e de gênero que afetam a educação das meninas; redistribuindo professores para áreas remotas, onde as desigualdades no acesso entre meninos e meninas são maiores; e aumentando o número de professores.

74. Proporcionar educação para crianças difíceis de alcançar e colaborar com profissionais de saúde na concepção e prestação de atividades educativas.

75. Abordar as necessidades dos alunos com afecções crônicas e deficiências, adaptando os edifícios e as salas de aula às suas necessidades especiais; criando ambientes inclusivos e amigáveis para a aprendizagem; e fortalecendo os vínculos com os serviços de saúde para diagnóstico e intervenção precoces.

76. Colaborar com as autoridades locais para estabelecer programas saudáveis de refeições escolares (ver estudo de caso A 3.2 sobre o programa nacional da Suécia para fornecer merenda escolar a todos os alunos).

77. Desenvolver currículos para promover a alfabetização em saúde; abordar o *bullying* homofóbico e o estigma relacionado ao HIV e violência de gênero; e incorporar educação abrangente e baseada em habilidades para a vida. Promover abordagens de desenvolvimento positivas para melhorar a autoestima através de intervenções de aprendizagem, abordagens de governança participativa e envolvimento mais amplo da comunidade.

78. Planejar e implementar uma resposta abrangente do setor de educação à gravidez precoce e indesejada para ajudar adolescentes grávidas e parentes a continuar e retornar à educação. Isso inclui intervenções curriculares; erradicação de políticas e práticas que resultam na expulsão ou exclusão de gestantes e mães adolescentes; promoção de um ambiente escolar seguro, livre de violência de gênero, estigma, discriminação e *bullying* contra adolescentes grávidas e mães adolescentes; garantia de um ambiente favorável para as mães adolescentes, com aulas de puericultura, espaço para amamentação e aconselhamento; articular com professores e diretores de escolas para garantir o apoio às adolescentes grávidas; e facilitar e promover vínculos eficazes entre as escolas e serviços de saúde sensíveis à adolescentes, dentro e fora do setor de saúde.

79. Planejar e implementar respostas abrangentes do setor educacional ao uso de substâncias. O documento de orientação Respostas do Setor da Educação ao Uso de Álcool, Tabaco e Drogas (326) apresenta políticas e práticas baseadas em evidências e promissoras, inclusive com exemplos práticos de diferentes regiões, sobre as respostas do setor educacional ao uso de substâncias.

80. Implementar "escolas expandidas" para melhorar as condições sociais e familiares para o sucesso escolar, oferecendo diferentes serviços sociais e de apoio para estudantes, famílias e comunidades. As ações podem incluir:

a. trabalhar com autoridades de saúde e outras agências sociais para prestar serviços de saúde, aconselhamento familiar e capacitação parental;
b. visitas domiciliares ou capacitação escolar para discutir problemas de saúde, como problemas de sono, alimentação e comportamento; e
c. atividades de divulgação em conjunto com o setor da saúde para aumentar a alfabetização em saúde e as habilidades dos pais.

81. Monitorar a qualidade da implementação de programas escolares de promoção da saúde, utilizando ferramentas e recursos disponíveis (*vide* Quadro A3.1.2 para uma lista de recursos).

82. Implementar políticas para garantir uma abordagem do curso de vida para a educação, reconhecendo a importância das intervenções de desenvolvimento na primeira infância para melhorar a saúde e a equidade da saúde a longo prazo.

Áreas-chave para programação (continuação): O setor da proteção social (335).

83. Implementar programas de transferência condicionada e incondicional de renda que criem incentivos para aumentar comportamentos específicos de promoção da saúde (por exemplo, nutrição, frequência escolar, exames médicos e vacinas). Projetar intervenções do lado da demanda para aumentar o acesso de adolescentes aos serviços de saúde, o que pode incluir o reembolso de cobranças por serviços e custos de transporte.

84. Aumentar a portabilidade dos benefícios de proteção social para que a cobertura de saúde seja mais sensível às necessidades de populações adolescentes mais velhos e adultos jovens cada vez mais móveis, que também podem estar sujeitas a mudanças de emprego mais frequentes.

85. Adaptar as intervenções de saúde e nutrição às necessidades de desenvolvimento de adolescentes de várias idades, por exemplo, ao certificar-se de que as transferências de renda para melhorar a nutrição levem em consideração o aporte calórico recomendado para meninos e meninas adolescentes.

86. Contribuir para a formulação, implementação e avaliação de políticas ativas de trabalho juvenil para que as políticas ofereçam aos jovens desempregados oportunidades de re-treinamento e apoio à busca de emprego, bem como esquemas de segurança de renda para proteger os adultos jovens de serem afetados desproporcionalmente pelo desemprego.

87. Em colaboração com o setor da educação, implementar programas para adolescentes que são obrigados a procurar emprego por circunstâncias familiares, para ajudá-los a retornar à escola.

88. Participar de parcerias público-privadas para combater o trabalho infantil em países onde um grande número de crianças estão envolvidas no trabalho (por exemplo, na agricultura), aumentando a coordenação com os comitês nacionais de trabalho infantil e apoiando o desenvolvimento e a expansão de sistemas de monitoramento de base comunitária.

Telecomunicações (22); (336)

89. Trabalhar com os legisladores para garantir que existam todos os poderes legais necessários para permitir que as autoridades da lei e outras agências relevantes protejam os menores de 18 anos em todas as plataformas habilitadas para acesso à Internet.

90. Trabalhar com todos os interessados relevantes envolvidos na segurança infantil online para formular uma estratégia nacional para proteção das crianças na Internet. A Tabela A3.3 apresenta áreas-chave para consideração ao formular uma estratégia nacional para proteção das crianças na Internet (22).

91. Assegurar que as empresas que desenvolvem, fornecem ou façam uso de telecomunicações ou atividades relacionadas para a entrega de seus produtos e prestação de seus serviços sigam as diretrizes recomendadas para a indústria (336).

Elas devem tomar as medidas adequadas para integrar considerações de direitos da criança em todas as políticas corporativas e processos de gestão, conforme apropriado; desenvolver procedimentos operacionais padrão para lidar com material que envolva abuso sexual infantil; criar um ambiente seguro e adequado para a idade; educar crianças, pais e professores sobre a segurança das crianças na Internet e seu uso responsável das tecnologias de informação e comunicação; e promover a tecnologia digital como modo de aumentar o engajamento cívico.

5. Programação nacional

Áreas-chave para programação (continuação): O setor viário e de transporte (337).

92. Assegurar o cumprimento das leis sobre o uso de capacetes de motocicleta e cinto de segurança.

93. Implementar a habilitação gradativa de condutores.

94. Implementar medidas de controle do álcool ajustadas por idade.

95. Promover o transporte ativo (por exemplo, espaços para caminhadas e ciclismo) entre comunidades residenciais e escolas.

96. Promover medidas especiais de segurança viária em torno de escolas e playgrounds. Identificar oportunidades para a moderação do tráfego e aumentar o número de lombadas no entorno de escolas e *playgrounds*, reduzir as velocidades das vias e melhorar o ambiente para pedestres e ciclistas.

97. Assegurar que os custos de transporte para adolescentes não prejudiquem seu acesso a escolas, serviços sociais e serviços de saúde.

98. Reduzir os impactos negativos para a saúde da expansão da malha viária, como a redução de áreas de recreação seguras e áreas esportivas para adolescentes. Colaborar com o setor da saúde para avaliar os impactos potenciais de projetos de infraestrutura sobre a saúde e antecipar, prevenir ou mitigar seu impacto negativo especificamente sobre adolescentes. Apoiar e facilitar consultas comunitárias para avaliar as necessidades de adolescentes, particularmente para grupos vulneráveis ou excluídos (por exemplo, adolescentes com mobilidade limitada).

O setor de moradia e urbanismo (338).

99. Garantir que o desenvolvimento de planos diretores para o urbanismo leve em consideração as necessidades de adolescentes (por exemplo, para *playgrounds* e parques seguros ou ciclovias para escolas) na configuração planejada de edifícios, tráfego, infraestrutura pública e uso do solo. Dar voz à adolescentes e incluir suas contribuições nos planos diretores.

100. Aumentar os espaços verdes em torno das escolas para fornecer sombra e melhorar a qualidade do ar.

101. Prevenir o crime através de projetos ambientais, planejando ambientes físicos de forma a aumentar a abertura e promover a interação social. Implementar iniciativas para prevenir a degradação física do ambiente urbano, a qual pode estimular a delinquência por menores e o abandono dos espaços públicos (ver estudo de caso A5.7 sobre como o transporte público inclusivo para os pobres urbanos contribuiu para a redução da violência juvenil em Medellín, Colômbia).

102. Em caso de despejos forçados/reintegrações de posse, avaliar os impactos negativos sobre adolescentes e garantir que os planos de relocação levem em consideração os direitos de adolescentes à educação e a atividades recreativas seguras.

Áreas-chave para programação (continuação): O setor energético (114); (339).

103. Garantir o acesso à energia confiável e limpa (ou seja, não poluente) em lares, escolas e estabelecimentos de saúde.

104. Apoiar iniciativas para implementar transporte público, ciclovias e faixas de pedestres eficientes em termos energéticos.

105. Apoiar ou defender medidas para combater a pobreza energética de mulheres e meninas, inclusive com fornecimento de combustíveis limpos e seguros para cozinhar, aquecer e iluminar os lares de famílias de baixa renda. Divulgar informações sobre como instalar, usar e realizar manutenção de fogões de cozinha de maneira segura.

O setor do meio ambiente (114)

106. Promover programas de rotulagem ecológica, nos quais um rótulo ou etiqueta indica que a fabricação do produto está em conformidade com padrões ambientais reconhecidos, e promover a educação de adolescentes a respeito da rotulagem ecológica.

107. Colaborar com ministérios de saúde e educação para integrar o viver sustentável (por exemplo, mudanças de estilo de vida para reduzir as emissões de gases do efeito estufa).

108. Apoiar a identificação de fontes de poluição e articular junto às autoridades de urbanismo para que residências, escolas e hospitais sejam situados longe de vias altamente poluídas pelo tráfego de veículos.

109. Formular estratégias voltadas para a prevenção de doenças e doenças causadas por produtos químicos ao longo do curso da vida, inclusive com estratégias direcionadas especificamente para a saúde de crianças e adolescentes.

110. Aplicar medidas de gestão ambiental dos recursos hídricos em áreas onde a esquistossomose é endêmica, para proteger adolescentes vulneráveis (crianças e adolescentes que nadam em água contaminada).

111. Fornecer informações aos consumidores sobre os riscos ambientais de maior interesse para o país ou região.

Áreas-chave para programação (continuação): O sistema de justiça criminal (340), (342).

112. Fornecer orientação e treinamento aos agentes de policiamento ostensivo sobre como reconhecer diferentes formas de violência contra adolescentes e como identificar sinais de que adolescentes podem estar em risco ou serem vítimas de violência.

113. Estabelecer mecanismos de detecção e notificação para detectar incidentes de violência contra crianças e adolescentes, inclusive tornando obrigatório por lei que certos grupos de profissionais que estão rotineiramente em contato com crianças e adolescentes (por exemplo, médicos, enfermeiros e professores) notifiquem as autoridades quando houver suspeita de que uma criança é, ou provavelmente se tornará, vítima de violência.

114. Adotar legislação para facilitar a detecção e investigação da pornografia infantil.

115. Disponibilizar instalações e serviços para crianças vítimas que necessitem de proteção e cuidados temporários em local seguro, enquanto se aguarda uma determinação final do que é melhor para elas.

116. Quando for necessário o envolvimento de adolescentes vítimas de violência no processo de justiça criminal, implementar medidas para garantir que isso não resulte em dificuldades e traumas adicionais.

117. Promover a recuperação física e psicológica das vítimas e a reintegração social bem-sucedida, criando uma unidade especializada integrada e multidisciplinar, a qual deve promover uma maior coordenação e cooperação entre o sistema de justiça criminal e os setores de proteção infantil, saúde, educação e serviços sociais, permitindo-lhes responder de forma rápida e competente às necessidades médicas, psicológicas, sociais e jurídicas de adolescentes, protegendo a privacidade de adolescentes vítimas de violência.

118. Disponibilizar treinamento, procedimentos operacionais padrão, ferramentas de orientação e supervisão efetiva para garantir que qualquer investigação (inclusive coleta de provas) seja conduzida de forma sensível à adolescentes e respeite a dignidade e a integridade de adolescentes.

119. Implementar procedimentos sensíveis à adolescentes, como salas de entrevistas projetadas para crianças; serviços interdisciplinares para crianças vítimas; serviços localizados no mesmo ambiente para facilitar o acesso; tribunais com ambientes modificados que levem as necessidades das testemunhas infantis em consideração; recessos e intervalos durante depoimentos de crianças; audiências agendadas em horários adequados à idade e maturidade da criança; um sistema de notificação apropriado para garantir que a criança apareça perante o tribunal somente quando necessário; e outras medidas adequadas para facilitar o depoimento de crianças.

120. Tomar medidas para garantir que a privação de liberdade seja usada apenas como medida de último recurso e por um período de tempo mais curto e que penas alternativas estejam disponíveis, tais como ordens de curatela, orientação e supervisão; aconselhamento; suspensão condicional de pena; acolhimento familiar; programas de educação e formação profissional; e outras alternativas à institucionalização.

121. Implementar treinamento baseado em competências para os profissionais da justiça criminal sobre maneiras apropriadas, sensíveis à adolescentes e sensíveis ao gênero para lidar com crianças vítimas.

122. Implementar medidas para prevenir e responder à violência contra crianças nos centros de detenção, como a prevenção da superlotação; separação entre crianças e adultos, e entre meninos e meninas; e garantindo que todos os centros de detenção adotem e implementem políticas, procedimentos e práticas sensíveis às crianças e monitorem rigorosamente a conformidade aos mesmos.

123. Proibir e prevenir efetivamente o uso do castigo físico como medida disciplinar e adotar políticas e procedimentos disciplinares claros e transparentes que incentivem o uso de formas de disciplina positivas e educacionais.

124. Implementar medidas para eliminar o risco de todas as formas de assédio, violência e discriminação contra as meninas nos centros de detenção e assegurar que as necessidades especiais e vulnerabilidades das meninas sejam levadas em consideração em todas as decisões que as afetem.

125. Estabelecer mecanismos seguros, confidenciais, eficazes e de fácil acesso para receber queixas de crianças que sofram violência dentro do sistema de justiça.

126. Empregar profissionais de saúde qualificados, sensíveis às condições particulares de adolescentes, nas prisões que detenham mulheres ou jovens.

127. Disponibilizar programas de tratamento para delinquentes juvenis no sistema de justiça criminal, que incluam intervenções como aconselhamento e capacitação (incluindo abordagens cognitivo-comportamentais).

Fontes: (11); (45); (106); (300); (301); (310); (311); (332); (333); (335); (337); (338); (339); (340); (342); (343).

5.6.2.
Programas intersetoriais

Patton e colegas sugeriram que os resultados mais impressionantes para a saúde e o bem-estar de adolescentes são alcançados quando as ações são intersetoriais, multiníveis e multicomponentes (55). Ao contrário dos programas monossetoriais, ações intersetoriais exigem políticas públicas que envolvam dois ou mais ministérios desempenhando diferentes papéis para um propósito comum. Tais colaborações são muito mais complicadas do que simplesmente envolver outros setores na implementação do programa através do intercâmbio de informações, coordenação ou cooperação. Os programas intersetoriais exigem ações integradas em todos os setores e envolvem a definição de uma nova política ou programa em conjunto com outros setores – além do compartilhamento de recursos, responsabilidades e ações relacionadas. Isso requer solidariedade e compartilhamento de poder para atingir um objetivo social comum, em vez de objetivos setoriais específicos (106). Os programas intersetoriais para a saúde de adolescentes, como para outras áreas, não são fáceis de alcançar. Para serem mais eficazes, eles precisam incluir tanto o governo nacional como (talvez especialmente) o governo local. Para isso, os mecanismos de governança fortes descritos nas áreas-chave para a programação 1 e 2 são necessários para permitir a coordenação dos esforços em todos os setores e ministérios.

5.6.2.1.
Considerações práticas em planejamento e gestão da ação intersetorial

Os problemas que requerem ação intersetorial geralmente são os mais complexos (por exemplo, gravidez na adolescência, violência juvenil, lesão e suicídio). Em muitos contextos, a ideia de que tais questões complexas não são apenas acidentes inevitáveis e sim problemas que podem ser evitados pode ser nova. Portanto, é importante construir os fundamentos humanos e institucionais necessários para a ação intersetorial mesmo antes de estabelecer um programa intersetorial formal (176). Isso pode ser feito de maneira sistemática (Quadro 5.4).

Quadro 5.4. Considerações práticas em planejamento e gestão de programas intersetoriais

Aumentar a conscientização da magnitude do problema e de que a prevenção é possível. Considerando que os ministérios da Saúde, tanto em nível nacional como local, geram grande parte dos dados disponíveis sobre problemas como violência juvenil, autolesão, gravidez na adolescência e desnutrição (e supervisionam o tratamento de grande proporção das vítimas destes problemas), estão bem posicionados para aumentar a conscientização sobre essas questões. É essencial que haja três tipos de conscientização: conscientização no Ministério da Saúde e nas equipes distritais de gestão da saúde, conscientização entre outros setores e conscientização do público. Veja o exemplo de como os dados do Ministério da Saúde do Brasil sobre um aumento dramático da mortalidade por acidentes de trânsito levaram a uma mudança na legislação (estudo de caso A3.6).

Esclarecer o marco de política que ordena ou permite ação intersetorial para a questão em tela. Identificar os documentos de política (como estratégias nacionais e planos de ação) que estipulam a necessidade de ação conjunta em todos os setores para abordar o problema em questão, além de outros documentos importantes para assegurar o bom planejamento, coordenação e implementação de ações intersetoriais.

Investir em consultas com diferentes setores e na criação de uma visão compartilhada entre os principais interessados diretos. Identificar pontos focais em outros setores para a questão (ou questões) em tela e organizar reuniões informais com outros setores-chave. Compartilhar informações sobre seu trabalho e objetivos atuais, identificar interesses comuns e estabelecer um mecanismo para trocar informações regularmente.

Ter em mente as barreiras mais comuns à ação intersetorial e tomar medidas corretivas proativas. A colaboração com outros setores traz desafios específicos de comunicação. Isso inclui a falta de compreensão das agendas políticas e imperativos administrativos de outros setores e diferenças no discurso entre os setores na definição de prioridades e objetivos. Também existem barreiras estruturais. Por exemplo, as dotações orçamentárias dentro de cada setor podem ser difíceis de alinhar com as rubricas orçamentárias necessárias para a ação intersetorial. Qualquer ação intersetorial efetiva terá que se antecipar a essas barreiras (ver Quadro A5.2, que apresenta uma *checklist* de barreiras comportamentais e estruturais à ação intersetorial) e planejar ações corretivas. O Quadro A5.3 descreve desafios particulares enfrentados pelos programas de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em países de baixa e média renda.

Quadro 5.4. Considerações práticas em planejamento e gestão de programas intersetoriais (continuação)

Estabelecer uma parceria formal, com estrutura de governança clara, mandato proveniente do mais alto nível do governo, e representação forte de adolescentes e da comunidade (*vide* estudo de caso A5.18, sobre a governança da Scottish Pregnancy and Parenthood in Young People Strategy). Nomear uma liderança nacional, com mandato proveniente do mais alto nível do governo, que será responsável pela implementação geral do programa e pela articulação com organizações locais e nacionais. Desenvolver e acordar termos de referência para a liderança nacional e para cada agência envolvida. Organizações e indivíduos envolvidos em parcerias precisam ter tanto autoridade quanto flexibilidade para participar de tomada de decisão mútua. A clareza a respeito dos parceiros e partes interessadas é fundamental: quem são, quantos são, seus papéis e responsabilidades e a necessidade de participação e compromisso consistentes.

Considerar a criação de um grupo consultivo independente. Com base em relatórios de progresso anuais, o grupo assegurará o escrutínio independente dos avanços obtidos e destacará questões potencialmente negligenciadas que requerem atenção dos setores envolvidos.

Investir cedo na capacidade de organização. Um programa bem projetado alcança e capacita uma ampla gama de profissionais de saúde, administradores de programas e formuladores de políticas para auxiliá-los no desenvolvimento de planos, prestação de serviços e pesquisas em nível local. Fornece materiais de orientação e manuais para apoiar a implementação local e facilitar a fidelidade na implementação do programa. As principais áreas em que tais recursos podem ser necessários incluem: participação da comunidade e de jovens; planejamento em nível distrital; trabalho interdisciplinar e intersetorial; parcerias entre o setor público/pesquisa/prática; indicadores e medidas fundamentais; e problemas de saúde específicos. Tais programas colaboram com centros e instituições de pesquisa nacionais importantes e alavancam seus recursos para desenvolvimento de intervenções e pesquisa em implementação. Também desenvolve a capacidade central de outros programas para a saúde e desenvolvimento de adolescentes já em andamento (por exemplo, programas nacionais de saúde mental e HIV)

Assegurar o financiamento adequado. O financiamento discricionário para as atividades nacionais, subnacionais e locais deve estar disponível e ser mantido durante todo o programa. Devem ser alocados fundos para áreas locais através de subsídios de implementação de programas e contratos sujeitos a condições, tais como a nomeação de coordenadores locais e o desenvolvimento de planos locais (o estudo de caso 14 e o estudo de caso A5.2 dos EUA descrevem como a implementação de um plano de serviços locais aprovado pelo o distrito foi usada como condição para receber financiamento estatal).

Criar um mecanismo para a análise. Esse deve ser informado pela coleta sistemática de dados através do sistema de informação e deve facilitar o ajuste da resposta dos setores envolvidos, conforme necessário, em intervalos regulares. Fornecer suporte contínuo ao monitoramento contínuo, melhoria contínua da qualidade e avaliação rigorosa de intervenções e políticas.

Planejar tendo a sustentabilidade a longo prazo em mente desde o princípio. Isso se aplica se o programa foi concebido como um projeto local com a visão de se expandir posteriormente para o nível subnacional ou nacional. O guia da OMS Beginning With the End in Mind: Planning Pilot Projects and Other Programmatic Research for Successful Scaling up (345) contém 12 recomendações sobre como projetar projetos-piloto com a ampliação em mente. Também inclui uma *checklist* que fornece uma visão geral rápida da escalabilidade de um projeto. O estudo de caso A5.19 de Moçambique mostra como uma iniciativa que começou em dois locais em 1999 foi projetada desde o início para ser ampliada, e em 10 anos conseguiu cobrir todas as províncias do país. As lições aprendidas com a primeira geração de programas de SSR desenvolvidos em países de baixa e média renda reafirmam a importância do planejamento e gerenciamento cuidadoso da expansão (Quadro A5.3).

Fontes: (176); (301); (326); (345).

5.6.2.2.
Prioridades para programas intersetoriais

As prioridades para os programas intersetoriais serão estabelecidas durante o processo de priorização nacional, conforme descrito na Seção 4. Eles podem ser focados em uma única questão ou tema, como a gravidez na adolescência (estudo de caso 14) ou a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes (caso estudo A5.19 no Anexo 5), ou ser amplos, como um programa de serviços de saúde escolar (estudo de caso A5.2 no anexo 5) e um programa escolar de promoção da saúde (estudo de caso 18 de Ruanda e estudo de caso A5.3 no anexo 5). Está além do alcance desse documento apresentar uma lista exaustiva de programas intersetoriais para a saúde de adolescente. Como regra geral, uma prioridade dos programas intersetoriais é abordar os determinantes estruturais e intermediários da saúde, nenhum dos quais poderia ser abordado adequadamente por um único setor (331). Áreas como saúde mental e uso de substâncias, violência juvenil, prevenção de DNTs e casamento precoce poderiam ser priorizadas para programas intersetoriais. Porém, essa lista não é exclusiva, e outras prioridades podem ser identificadas durante o processo de priorização nacional.

Com a expansão das taxas de matrícula no ensino primário e secundário, as escolas tornaram-se um cenário muito importante para atuar nos determinantes mais amplos da saúde, bem como uma plataforma conveniente para garantir cobertura de saúde universal com intervenções preventivas, de apoio precoce e de tratamento. É por isso que os programas de saúde escolar são comuns em muitos países.

Os programas de saúde escolar são a forma mais comum de programas intersetoriais institucionalizados. Estão em vigor em quase todos os países das Regiões do Mediterrâneo Europeu e Oriental, em muitos países da América Latina, do Sudeste Asiático e do Pacífico Ocidental e em pelo menos 21 países da África. Várias iniciativas promovem uma abordagem de toda a escola para a saúde dos estudantes. Essas incluem FRESH, liderada pela UNESCO; Escolas amigas da criança, liderada pelo UNICEF; Saúde Escolar e Nutrição, liderada pelo Banco Mundial; e o Marco de Escolas Promotoras de Saúde da OMS.

A base de evidências para os efeitos positivos das intervenções escolares e programas de saúde escolar é convincente. Há comprovação de impacto positivo em todos os resultados de saúde, inclusive SSR, uso de substâncias, nutrição, atividade física, saúde mental e imunização (347); (348); (349); (350); (351); (352). Investir na saúde escolar é uma prioridade fundamental para programas intersetoriais (353). Os países que não possuem programas de saúde escolar devem considerar estabelecê-los, e os países que já os possuem devem considerar revisá-los criticamente para alinhá-los com a base de evidências e com as prioridades emergentes. Os recursos que podem informar os programas de saúde escolar estão listados na Seção A3.1.2.

©Hanalie Albiso

Estudo de caso 18

A política integral de saúde escolar de Ruanda

As crianças em idade escolar em Ruanda enfrentam muitos desafios relacionados a problemas de saúde, pobreza e riscos ambientais, como instalações inadequadas de água e saneamento, infraestrutura escolar limitada, doenças transmissíveis e não transmissíveis e violência de gênero. Outras questões de saúde importantes relacionam-se com a sexualidade, SSR, prevenção do HIV, trauma, violência, abuso de substâncias e problemas de saúde mental. Esses fatores afetam a frequência escolar e a capacidade dos alunos para se concentrar nas lições, levando a taxas de retenção precárias.

A fim de superar essas barreiras, o Governo de Ruanda desenvolveu uma política nacional abrangente de saúde escolar como um conjunto integrado de esforços planejados e sequenciais destinados a promover o desenvolvimento físico, social, psicológico e educacional dos estudantes.

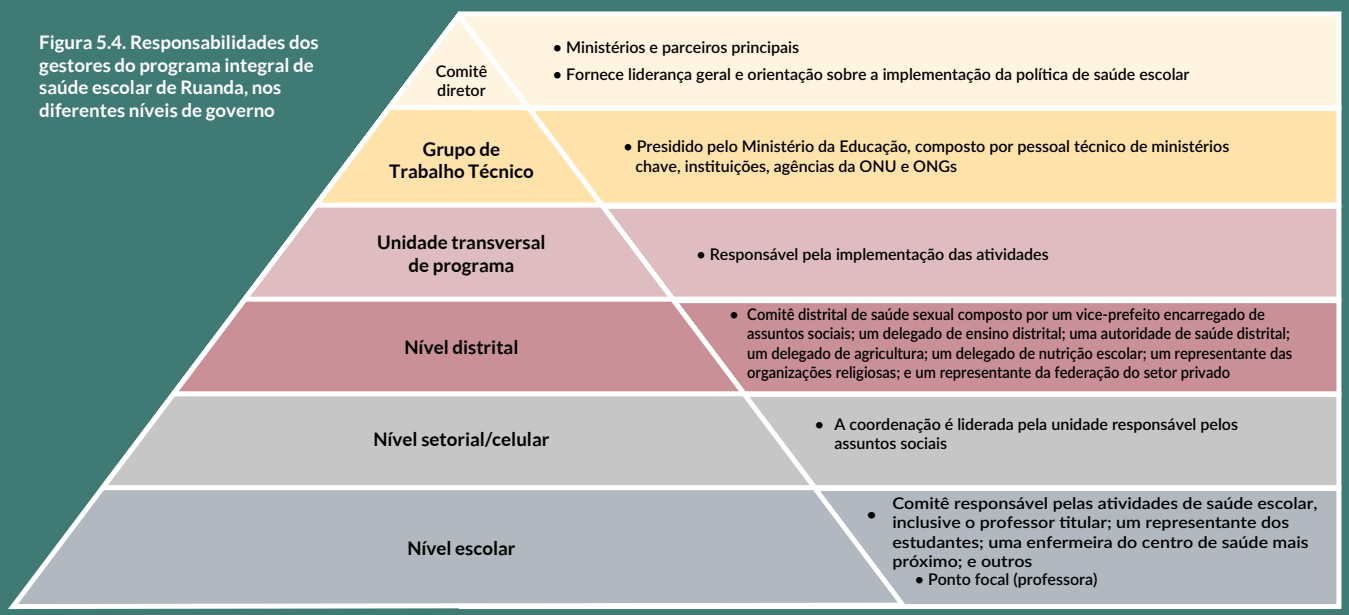
A política de saúde escolar recomenda ações de política em oito áreas principais:

- promoção da saúde e controle e prevenção de doenças
- HIV, Aids e outras DSTs
- saúde e direitos sexuais e reprodutivos
- saúde ambiental
- nutrição escolar
- educação física
- saúde mental e necessidades relacionadas
- gênero e questões de violência a ele relacionadas.

A política adota uma abordagem que envolve toda a escola, com intervenções direcionadas para melhorar o currículo escolar; a infraestrutura física; acesso a serviços de saúde baseados na escola; o ethos escolar; políticas escolares; e ligações com a comunidade. Recomenda um pacote mínimo de saúde escolar, que inclui promoção e educação em saúde; referência e acompanhamento de problemas menores de saúde; fornecimento de água potável e saneamento; desparasitação; e nutrição escolar. Nove ministérios implementam a política, cada qual com suas áreas específicas de responsabilidade.

A política é regida por estruturas tanto políticas como operacionais, como mostra a Figura 5.4.

Figura 5.4. Responsabilidades dos gestores do programa integral de saúde escolar de Ruanda, nos diferentes níveis de governo



A política é financiada por rubricas orçamentárias em todos os setores. A estratégia de monitoramento e avaliação se concentra no fortalecimento da coleta de dados de indicadores de saúde escolar, com base na coleta de dados atual do Ministério da Educação. Esses dados permitirão ao Ministério da Educação monitorar a implementação dos serviços de saúde escolar e educação e medir seu impacto no progresso dos estudantes. Um conjunto de indicadores foi identificado e sugerido para medir e monitorar a implementação de atividades.

Fonte: (354).

Áreas-chave para programação (continuação): Programas intersetoriais

128. Estabelecer, ou analisar criticamente, os programas de saúde escolar para abordar as prioridades (por exemplo, DNTs, SSR, doenças transmissíveis e violência) de forma integrada. Planejar intervenções nos seis componentes programáticos recomendados pelo Marco de Escolas Promotoras de Saúde da OMS:

a. Políticas e planos de saúde escolar que visem assegurar um ambiente físico e psicossocial seguro e saudável (abordando questões como *bullying*, assédio sexual, uso de substâncias, violência escolar, alimentação e dieta e saúde mental). *Vide*, por exemplo, o estudo de caso A3.4 sobre o programa nacional da Suécia para fornecer refeições escolares a todos os alunos.

b. Um ambiente físico seguro que aborde a segurança e a condição física das instalações da escola, água, saneamento, serviços de higiene menstrual e ambientes saudáveis para promover uma alimentação saudável e atividade física, entre outros. *Vide* estudos de caso A3.17 da Mauritânia, A3.18 da Papua Nova Guiné e A3.20 do Paquistão sobre a criação de melhores condições para saneamento, higiene menstrual e atividade física nas escolas.

c. Um ambiente social escolar seguro e solidário, através de políticas escolares que deem apoio aos estudantes e de um *ethos* que aborde vulnerabilidades psicológicas individuais; e melhorar o ambiente da sala de aula e a participação e engajamento dos estudantes.

d. Articular com as famílias e com a comunidade em geral para garantir um ambiente seguro e que dê apoio além das instalações da escola, e oferecer apoio aos pais. *Vide* estudo de caso 8 sobre o envolvimento dos professores no Butão para melhorar as habilidades e capacidades dos pais de adolescentes.

e. Intervenções curriculares para desenvolver habilidades pessoais de saúde. A educação em saúde geralmente cabe melhor em uma matéria relacionada à saúde (que pode receber vários nomes, como vida ativa saudável, saúde e vida familiar, saúde e educação física, educação em habilidades pessoais e sociais, educação em saúde e carreira, educação de habilidades para a vida etc.). *Vide* estudo de caso A5.20 da Ucrânia e A3.21 da Costa Rica sobre a prevenção do uso de substâncias baseada no currículo e o exemplo do Brasil sobre inclusão da educação sexual nos currículos escolares (estudo de caso A3.5).

f. Serviços escolares de saúde (sediados na escola ou vinculados à escola) para fornecer um contínuo de promoção, prevenção e detecção precoce, além de serviços de referência, dentro das instalações escolares ou mediante vínculo com serviços em outros lugares da comunidade. Os serviços escolares de saúde devem ser embasados em um acordo formal entre a instituição educacional e o prestador de cuidados de saúde. *Vide* o estudo de caso A5.2 sobre como a colaboração entre os setores é formalizada através de acordos entre agências de saúde pública e educação estatal.

129. Estabelecer programas para melhorar o estado nutricional das adolescentes (ver Características dos programas de nutrição dirigidos às adolescentes no Quadro A5.4 no Anexo):

a. Usar várias plataformas e estratégias de prestação de serviço, como educação nutricional e promoção da nutrição; meios de comunicação em massa; distribuição de micronutrientes, alimentos ou dinheiro; e capacitação de prestadores de serviços, organizações locais e governos locais, entre outros, para alcançar meninas adolescentes nas escolas, residências e na comunidade com intervenções nutricionais.

b. Abordar as práticas além da ingestão de ferro e ácido fólico por si só, incluindo também a promoção da diversidade alimentar, práticas gerais de boa alimentação, exercícios e fortificação de alimentos, entre outros.

c. Expandir o alcance além da subnutrição para incluir a prevenção de DNTs relacionadas à nutrição, de modo a enfrentar a epidemia de sobrepeso e obesidade.

d. Fortalecer a colaboração entre os setores de saúde, agricultura e educação para garantir a educação nutricional das adolescentes que frequentam a escola; fortificar produtos alimentares servidos a adolescentes que frequentam a escola; e promover programas de jardinagem para adolescentes nas escolas para fins de subsistência e diversidade alimentar.

e. Abordar as normas de gênero através da programação de nutrição, por exemplo, através de iniciativas de mudança de tarefas que treinem as adolescentes sobre abordagens nutricionais, inclusive práticas gerais de boa alimentação e suplementação de ferro e ácido fólico, e capacitá-las para prestar serviços aos seus pares na comunidade; promover uma distribuição de alimentos mais equitativa nos domicílios; incluir programas agrícolas no ambiente escolar para as meninas adolescentes aprenderem a cultivar alimentos, para aumentar seu potencial de ganhos futuro e impactar positivamente a diversidade alimentar doméstica; capacitar as meninas e mulheres da comunidade em técnicas de jardinagem para aumentar sua capacidade de contribuir para a nutrição familiar; e direcionar programas de criação de gado a famílias chefiadas por mulheres, para fornecer-lhes um potencial de ganhos de base e aumentar a disponibilidade de alimentos nutritivos disponíveis no domicílio.

Áreas-chave para programação (continuação): Programas intersetoriais

130. Implementar programas para prevenir a violência juvenil, priorizando abordagens e estratégias promissoras (veja mais detalhes sobre atividades e intervenções-chave recomendadas nas Tabelas A3.5 e A3.6):

a. Programas de puericultura e educação infantil para pais.
b. Desenvolvimento de habilidades acadêmicas e sociais e prevenção de *bullying* na escola.
c. Abordagens terapêuticas para jovens em maior risco de violência ou já envolvidos em violência.
d. Estratégias no âmbito da comunidade e da sociedade, como o policiamento de "hot spots"; policiamento comunitário e orientado ao problema; redução do acesso e uso nocivo do álcool; programas de controle de drogas; redução do acesso e uso indevido de armas de fogo; e modificação espacial, renovação urbana e desconcentração da pobreza. *Vide* o estudo de caso A3.9 sobre a renovação urbana de bairros de baixa renda na Colômbia.

131. Implementar programas para prevenir a gravidez precoce, tendo em vista os seguintes componentes:

a. Reduzir o casamento antes dos 18 anos (proibir o casamento precoce, manter as meninas na escola e influenciar as normas culturais que apoiam o casamento precoce).
b. Reduzir a gravidez antes dos 20 anos (defender a prevenção da gravidez entre adolescentes, educar meninas e meninos sobre a sexualidade e trabalhar com as comunidades para promover a prevenção da gravidez precoce).
c. Aumentar o uso de contracepção por adolescentes em risco de gravidez indesejada (legislar o acesso a anticoncepcionais, informações e serviços de planejamento familiar; reduzir o custo da contracepção e possibilitar o uso de serviços de contracepção; educar adolescentes sobre o uso de anticoncepcionais; aumentar o apoio comunitário para a disponibilização de anticoncepcionais para adolescentes).
d. Reduzir o sexo forçado entre adolescentes (proibir o sexo forçado, capacitar as meninas a resistirem ao sexo forçado, influenciar as normas sociais que toleram o sexo forçado e envolver homens e meninos para desafiar as normas de gênero).

132. Implementar programas nacionais de prevenção de uso de drogas no início e no final da adolescência de acordo com as Normas Internacionais de Prevenção do Uso de Drogas (355). Essa orientação fornece uma visão abrangente aos programas nacionais de prevenção de drogas baseados em evidências e, para cada tipo de programa, resume suas principais características associadas a resultados positivos da prevenção. O Quadro A5.5 fornece exemplos de registros de programas baseados em evidências para saúde mental e contra transtornos de uso de substância.

133. Implementar programas multissetoriais para reduzir as taxas de suicídio juvenil. O Anexo A3.7.2 e o Quadro A3.4 fornecem detalhes sobre as abordagens recomendadas para o desenvolvimento de uma estratégia nacional de prevenção do suicídio e intervenções de prevenção de suicídio baseadas em evidências. *Vide* estudos de caso A3.22 da Nova Zelândia e A3.24 de Hong Kong (ERA da China).

Fontes: (176); (190); (300); (301); (326); (356).

5.7.
Programação em contextos humanitários e frágeis

A Seção 3 identifica abordagens e intervenções relevantes para a saúde de adolescentes para uso em contextos humanitários e frágeis que são baseadas em evidências. Essa Seção analisa os aspectos específicos da adoção de programas para a implementação dessas intervenções.

Um programa de recuperação em um contexto humanitário e frágil deve ser orientado por princípios de desenvolvimento que buscam gerar processos autossustentáveis, nacionais e resilientes para recuperação pós-crise (357). Portanto, as principais estratégias de implementação descritas no marco lógico (Figura 5.1) serão as mesmas em contextos humanitários e frágeis. Deverão abordar leis e política, a capacidade de recursos humanos, a prestação de serviços sensíveis à adolescentes e a proteção contra riscos financeiros, e promover a participação de adolescentes na liderança e em arranjos de governança para a prestação de contas. As principais áreas de programação descritas nas seções anteriores são amplamente relevantes para contextos humanitários e frágeis. Essa Seção analisa aspectos dessas áreas programáticas que são específicos para contextos humanitários e frágeis.

A programação para adolescentes em contextos humanitários e frágeis deve ser conduzida de acordo com a orientação humanitária geral, que exige que todas as intervenções e apoios:

- estejam bem coordenadas entre as autoridades relevantes e responsáveis, agências de ajuda humanitária, organizações da sociedade civil e representantes das populações afetadas;
- baseiem-se em princípios participativos e implementados em conjunto com as comunidades;
- baseiem-se em uma avaliação das capacidades e necessidades;
- construam e fortaleçam recursos existentes e práticas úteis;
- promovam os direitos humanos e protejam as populações afetadas contra violações dos direitos humanos; e
- garantam que todos os esforços de coleta de dados sigam os padrões vigentes de segurança e ética para pesquisar, documentar e monitorar riscos, programas e intervenções para a saúde. Fontes: (44); (161); (357); (404).

Os princípios gerais para a programação em contextos humanitários e frágeis estão fora do alcance desse documento de orientação, mas podem ser encontrados em outras publicações (316); (404).

Áreas-chave para programação (continuação): Saúde em contextos humanitários e frágeis (áreas-chave apresentadas em detalhe no Quadro A5.6 do Anexo 5)

134. Assegurar que sejam implementadas políticas para proteger as meninas e meninos do trabalho infantil e da exploração e abuso por trabalhadores de ajuda humanitária.

135. Implementar medidas de proteção específicas para menores não acompanhados, órfãos e outras crianças vulneráveis. Reestabelecer as redes e estruturas de apoio comunitário para órfãos e crianças vulneráveis e garantir que adolescentes que perderam seus pais ou cuidadores recebam cuidados consistentes e solidários.

136. Garantir que os programas abordem a complexa relação entre fragilidade e casamento infantil. *Vide* estudo de caso A5.21 sobre ações para prevenir e mitigar as consequências do casamento infantil e forçado entre os refugiados sírios na Jordânia.

137. Garantir que as políticas e práticas em contextos humanitários e frágeis respeitem o direito de adolescentes à dignidade, ao seu melhor interesse, à segurança, à autonomia e à autodeterminação, em consonância com sua capacidade evolutiva.

138. Implementar políticas para o acesso gratuito a intervenções e serviços essenciais em todos os setores (por exemplo, serviços de saúde, aprendizagem e educação), inclusive o pacote básico de serviços de saúde, para todos adolescentes e promulgar políticas para promover a inclusão.

139. Capacitar trabalhadores de ajuda humanitária em abordagens centradas em adolescentes e nos princípios de sigilo, segurança, respeito e não discriminação.

140. Estabelecer, conforme apropriado, espaços amigos de adolescentes e meninas como primeira resposta às necessidades de proteção, bem-estar psicossocial e educação não-escolar para adolescentes. *Vide* Estudos de caso A3.25 da Nigéria e A3.26 do Maláui sobre o estabelecimento de espaços seguros para adolescentes e meninas deslocadas. Garantir que os recursos comunitários sejam identificados, mobilizados e utilizados para implementar programas de educação e outras atividades de aprendizagem nas escolas ou em outros locais.

141. Assegurar o acesso seguro e a utilização e manutenção dos sanitários, e providenciar materiais e instalações para a higiene menstrual. *Vide* Quadro A3.6 sobre a formulação de boas práticas para instalações de água, saneamento e higiene sensíveis à menstruação nas emergências e o estudo de caso A3.27 da Etiópia.

Fontes: (11); (44); (159); (161); (198); (357); (361); (363); (364); (365); (366); (404).

5.8. Abordagens de desenvolvimento positivo e transformativas de gênero na programação

Apoiar transições saudáveis e crescimento saudável na adolescência é um objetivo importante para os programas (ver Quadro 1.2, [TN: This is Box 1.2, not 1.1] Uma abordagem de desenvolvimento positivo para intervenções e programas de saúde de adolescente). Os programas devem, portanto, implementar intervenções para aumentar a resiliência e os fatores protetores de adolescentes (por exemplo, um ambiente escolar positivo e frequência escolar), não apenas se concentrar na redução de fatores de risco (por exemplo, remover barreiras aos serviços de saúde). Na programação, o desenvolvimento positivo é um meio e um fim em si só: para alcançar resultados de saúde, as abordagens que promovem o desenvolvimento positivo devem ser consideradas, e os resultados de desenvolvimento positivos devem ser parte do que o programa está tentando alcançar.

Um exemplo útil é a educação sexual. Uma abordagem holística à educação sexual exige olhar além da mortalidade, da morbidade e dos riscos (por exemplo, reduzir o risco de gravidez ou DST) para desenvolver um foco na saúde e bem-estar e uma abordagem positiva à sexualidade para todos os programas e serviços (116). A educação sexual integral requer um enfoque mais amplo que aborde questões-chave, como a autoconfiança de jovens, sua autoexpressão, a cidadania, a sexualidade e as aspirações e a capacidade de pensar criticamente e tomar decisões informadas (116). O estudo de caso A5.22 no Anexo 5 ilustra um exemplo de uma abordagem baseada em direitos, centrada no gênero e cidadania para a educação sexual.

As abordagens de desenvolvimento positivo e transformativas de gênero devem ser princípios transversais ao projetar quaisquer programas (ver estudos de caso 19, A5.18, e A5.22-A5.24).

Estudo de caso 19

Iniciativas da região do Sahel para empoderamento das meninas

O projeto Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend (SWEDD) (SWEDD) cobre Burkina Faso, Chade, Costa do Marfim, Mauritânia, Mali e Níger. O Banco Mundial forneceu US$ 205 milhões ao projeto com o objetivo de acelerar a transição demográfica e posicionar a região para beneficiar-se do dividendo demográfico. Investir no empoderamento social e econômico das adolescentes é essencial para alcançar esses objetivos.

As adolescentes são marginalizadas em todo o mundo, e suas vulnerabilidades e restrições são particularmente agudas na região do Sahel. Em toda a região, a maioria das meninas se casa durante a adolescência; a média de idade no momento do casamento varia de 15,7 anos em Níger a 19,7 na Costa do Marfim. Uma vez casadas, as meninas geralmente abandonam a escola. As taxas de conclusão do ensino fundamental para meninas nos países do SWEDD são assustadoramente baixas, especialmente nas áreas rurais. O casamento precoce também significa atividade sexual precoce e, na maioria dos casos, gestação precoce. Em todos os países do projeto, com exceção da Mauritânia, a taxa de fertilidade das adolescentes excede a média da África subsaariana.

Um componente-chave do projeto SWEDD é o desenvolvimento positivo. Pretende expandir a gama de escolhas e oportunidades disponíveis para as meninas pobres e suas famílias, a fim de tornar a decisão de atrasar o casamento e a maternidade mais viável e desejável. O projeto visa meninas de 10 a 19 anos que correm alto risco de casamento e gestação precoce. Dezenove intervenções apropriadas para a idade e baseadas em evidências foram desenvolvidas por vários ministérios nos seis países e serão realizadas nos próximos anos para:

- Empoderar as meninas – Essas intervenções reforçam a capacidade das meninas para levar uma vida saudável e produtiva e apoiam um ambiente comunitário propício. Exemplos incluem clubes comunitários ou escolares que oferecem espaços seguros e treinamento em habilidades da vida para as meninas; e atividades de sensibilização em nível comunitário que visam os maridos, pais e/ou outros membros da comunidade.
- Melhorar as oportunidades econômicas – Esses programas buscam expandir a gama de oportunidades econômicas oferecidas às raparigas (especialmente as que não frequentam a escola) e/ou suas famílias. Exemplos incluem treinamento em habilidades comerciais ou vocacionais; empréstimos produtivos em dinheiro e/ou em espécie (alguns dos quais serão condicionados à postergação do casamento); e acesso a ativos ou serviços financeiros.
- Manter as meninas na escola – Essas intervenções buscam promover a retenção escolar, reduzir o abandono escolar ou permitir a reentrada na escolaridade formal. Exemplos incluem transferências condicionadas ou incondicionais de renda; transferências em espécie (por exemplo, alimentação, transporte e alojamento) para meninas e/ou suas famílias; e criação de ambientes de aprendizagem amigos das meninas.

Fonte: (115).

©Hauranitai Shulika

6. Monitoramento, avaliação e pesquisa

Principais mensagens:

1. As rápidas mudanças físicas, emocionais e sociais que ocorrem durante a adolescência representam desafios especiais para os programas de saúde de adolescentes. Por isso, é essencial desagregar os dados por idade (faixas etárias de cinco em cinco anos) e sexo.
2. É essencial que os programas de saúde para adolescentes monitorem toda a gama de indicadores, desde insumos e processos até efeitos, produtos e impacto; eles respondem a diferentes perguntas e são úteis para diferentes propósitos.
3. Para monitorar programas e, especialmente, seus produtos e impactos, a Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e de Adolescentes (2016-2030) conta com 60 indicadores, dos quais 43 são específicos para adolescentes (por exemplo, taxa de mortalidade de adolescentes) ou incluem adolescentes (por exemplo, experiência de violência sexual). Os países devem coletar e usar os dados desses indicadores para monitorar seus progressos rumo aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e, especificamente, no setor da saúde, para monitorar o progresso rumo à cobertura de saúde universal.
4. O Health Data Collaborative está trabalhando com os países para melhorar a disponibilidade, qualidade e uso de dados para a tomada de decisões locais e rastreamento do progresso rumo aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados à saúde.
5. Os países devem considerar o estabelecimento de mecanismos de coleta de dados dirigidos por jovens para assegurar o envolvimento de jovens com a implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e responsabilização pelos mesmos.
6. As avaliações periódicas dos programas de saúde para adolescentes são essenciais e devem basear-se em dados de monitoramento coletados rotineiramente.
7. Três exercícios globais recentes para definir prioridades de pesquisa relacionadas à saúde de adolescentes mostram que as prioridades se afastaram das questões básicas sobre o estado de saúde de adolescente e passaram a visar a melhor forma de aumentar a escala de intervenções baseadas em evidências já existentes e testar a eficácia de novas intervenções.
8. Deve-se dar especial atenção ao envolvimento de adolescentes no monitoramento, avaliação e pesquisa dos programas, levando em consideração sua capacidade evolutiva e a necessidade de proteção apropriada. Apesar dessas questões adicionais, adolescentes não devem ser excluídos desnecessariamente de participação nas atividades de monitoramento, avaliação e pesquisa de programas.

6.1.
Monitoramento de programas de saúde de adolescentes

O monitoramento é a coleta sistemática de dados para verificar o progresso de um programa. Tem como objetivo responder à pergunta: estamos fazendo o que nos propusemos a fazer? É um componente essencial dos programas para orientar esforços e investimentos e servir de base para acelerar e reforçar o progresso. É também uma ferramenta vital para a promoção de causa e para redobrar os esforços dos programas. A nova Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e de Adolescentes (2016-2030) enfatiza fortemente o monitoramento e a prestação de contas (11). A Seção 5 desse relatório estabeleceu o marco lógico (Figura 5.1) necessário para transformar políticas e intervenções prioritárias para adolescentes em implementação de programas. O monitoramento do sucesso e dos desafios da implementação é importante não só para demonstrar o progresso, mas também para identificar áreas nas quais são necessárias ações corretivas para que o programa possa atingir seus objetivos.

O marco comum de monitoramento e avaliação da Parceria Internacional para a Saúde (IHP+) (368); (369) classifica os indicadores para monitoramento de programas de saúde em cinco categorias: insumos (por exemplo, financiamento, recursos humanos); processos (por exemplo, cadeia de suprimentos e mecanismos para compartilhar informações); produtos (por exemplo, disponibilidade de serviços e intervenções e sua qualidade); efeitos (por exemplo, cobertura de intervenção e prevalência de comportamentos de risco); e impacto (por exemplo, impacto na saúde e eficiência do sistema). O Marco da IHP+ é útil para refletir sobre quais processos serão necessários para monitorar e avaliar programas de saúde para adolescentes (Tabela 6.1).

Tabela 6.1. Exemplos de indicadores para monitoramento de um programa projetado para assegurar que o sistema nacional de saúde seja sensível à adolescentes

PROGRAMA (VER SEÇÃO 5)	INSUMOS E PROCESSOS	PRODUTOS	EFEITOS	IMPACTO
Programa para assegurar que o sistema nacional de saúde seja sensível à adolescentes	Financiamento do programa e recursos disponíveis • Por fonte • Número de profissionais de saúde por 10.000 habitantes por categoria, distribuição geográfica, local de trabalho, etc. Processos apropriados implantados para apoiar a saúde de adolescentes • Estruturas de governança para o programa de saúde de adolescentes definidas em âmbito nacional, estadual e local • Mecanismos implantados para garantir que o sistema de saúde seja sensível à adolescentes	Treinamento em saúde de adolescente ministrado aos profissionais de saúde • Número e porcentagem de profissionais de saúde treinados para prestar serviços de saúde a adolescentes • Proporção das instituições de educação e treinamento visadas que possuem um componente de saúde dos adolescentes em seu currículo, de acordo com as competências essenciais da OMS sobre saúde de adolescente para profissionais da atenção primária Serviços de saúde sensíveis à adolescentes disponíveis e acessíveis • Número e proporção de estabelecimentos de saúde com acreditação de "amigo de adolescente" • Número e proporção de profissionais de saúde com acreditação de "amigo de adolescente" por categoria • Professores treinados para fornecer educação de saúde à adolescentes • Proporção de instituições de educação e treinamento visadas cujos professores foram treinados em abordagens recomendadas para educação e treinamento em saúde para adolescentes.	Serviços de saúde aceitáveis à adolescentes • Proporção de adolescentes que relatam satisfação com o atendimento Cobertura • Porcentagem de meninas e jovens de 15 a 19 anos que têm suas necessidades de planejamento familiar atendidas com métodos modernos	Melhores resultados de saúde de adolescentes • Taxa de mortalidade na adolescência (por sexo) • Taxa de natalidade na adolescência (por faixa etária)

6. Monitoramento, avaliação e pesquisa

O Marco de Indicadores e Monitoramento da Estratégia Global para as Mulheres, as Crianças e os Adolescentes (2016-2030) (370) fornece orientações explícitas sobre indicadores que devem ser coletados pelos programas nacionais de adolescentes para monitorar o progresso rumo aos 17 objetivos da Estratégia Global. Esses objetivos se alinham com os ODS e incluem indicadores que serão relevantes para todos os sistemas de saúde. Eles também permitem comparações válidas dentro de e entre programas.

Os indicadores da Estratégia Global relacionados à adolescentes são mapeados em relação ao Marco IHP+ na Tabela A6.1 no Anexo 6.1. Esse mapeamento mostra que a maioria dos indicadores da Estratégia Global (370) mede efeitos (resultados de saúde) ou impactos – e a grande maioria dos indicadores relacionados à saúde de adolescentes que medem insumos, processos ou produtos não são específicos para adolescentes, mas sim para mulheres, crianças e adolescentes juntamente. No contexto nacional, indicadores selecionados para o monitoramento de insumos, processos e produtos exclusivos ao contexto do país precisam ser adicionados para impulsionar melhorias na eficácia, eficiência e sustentabilidade do programa.

Essa Seção sobre o monitoramento dos programas de saúde para adolescentes baseia-se nas seções anteriores do documento, adicionando exemplos de indicadores necessários para medir o quanto um programa está favorecendo um sistema nacional de saúde sensível à adolescentes (Tabela 6.1).

Conforme indicado na Seção 5, o número de programas e intervenções intersetoriais em potencial visando a saúde de adolescentes é grande. Exemplos de três programas específicos são apresentados na Tabela 6.2, para ilustrar os principais princípios de como os países podem monitorar o sucesso de seus programas selecionados para melhorar a saúde de adolescentes. Os três exemplos são: um programa para reduzir a gravidez na adolescência, um programa de saúde escolar e um programa de saúde mental para adolescentes. O programa para reduzir a gravidez na adolescência é explorado ainda mais na Tabela A6.2 do Anexo A6.2.

Os indicadores sugeridos nas Tabelas 6.1 e 6.2 não têm a intenção de ser prescritivos ou exaustivos; são utilizados como exemplos para demonstrar a importância de diferentes tipos de indicadores para o monitoramento e avaliação do programa no dia-a-dia.

Os programas de saúde para adolescentes têm características específicas em relação aos dirigidos a outras faixas etárias, e essas características devem ser consideradas ao projetar sistemas para monitorá-los. Entre essas, destaca-se o fato de que muitas das necessidades de saúde de adolescentes jovens são muito diferentes das de adolescentes mais velhos. As mudanças de desenvolvimento durante a adolescência são rápidas e, ao contrário do que ocorre em crianças, diferem substancialmente entre os sexos. Portanto, é necessária uma desagregação detalhada dos dados de monitoramento em idade e sexo, em maior grau do que para qualquer outra faixa etária.

A escolha dos indicadores de monitoramento depende das prioridades estratégicas específicas do programa e é limitada por considerações práticas e fontes de dados disponíveis. Os países precisarão selecionar indicadores relevantes para complementar os indicadores genéricos recomendados pelo Quadro de Monitoramento e Indicadores da Estratégia Global, que são especificamente adaptados para dar uma visão clara se o programa está conseguindo o que foi planejado. Esses indicadores também fornecerão informações para ajudar na gestão e tomada de decisões no dia-a-dia.

Para que um programa seja operado de forma eficaz, o monitoramento precisa ser abordado em todas as etapas do programa, inclusive a etapa de planejamento. Cada passo do marco lógico (descrito na Seção 5.1) precisa ser considerado separadamente, e cada atividade importante deve ser monitorada. No curto prazo, os dados mais úteis virão de indicadores que monitoram o progresso na primeira metade da cadeia de resultados (de insumos e processos até produtos), pois esses devem mudar de forma relativamente rápida. Porém, os indicadores de efeitos e impacto também devem ser monitorados desde o início para garantir que seja estabelecida uma linha de base de comparação para rastrear o progresso ao longo do tempo.

Os sistemas de coleta de dados e o uso e notificação dos dados coletados devem ser planejados desde o início do programa. A coleta de dados de rotina tem um custo em termos de tempo, pessoal e outros recursos para que cada ponto de coleta de dados esteja vinculado a um mecanismo de tomada de decisão específico; é preciso alocar recursos suficientes para esse elemento do ciclo do programa. Se o sistema de coleta de dados for muito pesado, o fardo do monitoramento afetará tanto a qualidade dos dados quanto o tempo do pessoal restante para atividades diretas relacionadas ao serviço.

Os sistemas devem ser desenvolvidos de modo a garantir que os dados de monitoramento possam e sejam utilizados para a gestão nos níveis mais baixos possíveis do sistema de saúde, como os níveis distrital ou subdistrital. Também são necessários sistemas para permitir que os dados de monitoramento sejam utilizados para o monitoramento em nível regional e nacional.

Sessenta indicadores específicos são recomendados no Quadro de Monitoramento e Indicadores da Estratégia Global. Esses 60 indicadores, classificados em três objetivos principais da Estratégia Global (Sobreviver, Prosperar e Transformar), foram selecionados para fornecer dados de profundidade suficiente para acompanhar o progresso nacional rumo à Estratégia Global (370). A Estratégia Global ressalta a importância da desagregação dos dados por idade, sexo e, quando apropriado, outros fatores, como riqueza e localização urbana ou rural.

Notas para a Tabela 6.2:

[1] Funcional significa que o ponto de água fornece água potável em quantidade suficiente para as necessidades da escola e é acessível para crianças com deficiência.

[2] Conforme definido em nível local e nacional.

[3] Por exemplo, prevê serviços de saúde mental para crianças e adolescentes e mecanismos para abordar a transição de serviços de saúde mental pediátricos para serviços de saúde mental para adultos.

[4] Por exemplo, mencionar programas escolares de promoção e prevenção e programas anti-*bullying*

Tabela 6.2. Exemplos de indicadores para monitoramento de três programas específicos de saúde de adolescentes

PROGRAMA (VER SEÇÃO 5)	INTERVENÇÃO (VER SEÇÃO 3)	INSUMOS E PROCESSOS	PRODUTOS	EFEITOS	IMPACTO
Programa para reduzir a gravidez na adolescência (384), (11), (370)	Informação, orientação e serviços para SSR integral, inclusive contracepção	Financiamento de programas para redução da gravidez na adolescência • Fonte de financiamento • Número de profissionais de saúde por 10.000 habitantes por categoria e área geográfica Processos apropriados implantados para apoiar o programa • Mecanismos implantados para garantir que o sistema de saúde seja sensível à adolescentes (inclusive prestação de serviços de contracepção a adolescentes) • Mecanismos implantados para produção e difusão de informação, educação e comunicação sobre redução da gravidez na adolescência Leis e regulações • Leis e regulações para garantir que as adolescentes e mulheres jovens (15-19 anos) obtenham acesso a atenção, informação e educação em SSR (inclusive serviços de contracepção)	Profissionais da saúde prestam informação e serviços de SSR integrais a adolescentes, inclusive contracepção • Número e porcentagem de profissionais de saúde treinados para prestar serviços de saúde a adolescentes (inclusive serviços de contracepção) • Proporção de instituições de educação e treinamento visadas cujos professores foram treinados em abordagens recomendadas para educação e treinamento em saúde para adolescentes (inclusive serviços de contracepção) Mensagens divulgadas para reduzir a gravidez na adolescência • Proporção atingida do público-alvo para mensagens de redução da gravidez na adolescência	Serviços de contracepção disponíveis com métodos modernos • Porcentagem de meninas e jovens de 15 a 19 anos que têm suas necessidades de planejamento familiar atendidas com métodos modernos • Proporção de meninas e jovens de 15 a 19 anos que tomam suas próprias decisões fundamentadas com respeito a relações sexuais, uso de métodos anticoncepcionais e saúde reprodutiva Educação sobre a sexualidade oferecida em escolas secundárias • Proporção das escolas secundárias que fornecem ESI • Proporção de homens e mulheres de 15-24 que têm conhecimento básico sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos Proteção legal para adolescentes e mulheres jovens • Proporção das mulheres de 20 a 24 anos casadas ou em união estável antes dos 15 e antes dos 18 anos • Proporção das mulheres de 20 a 24 anos que relatam sexarca antes dos 15 e antes dos 18 anos	Reduzir a taxa de natalidade na adolescência • Taxa de natalidade na adolescência (10-14, 15-19) por 1.000 mulheres nessa faixa etária Reduzir as complicações obstétricas em adolescentes • Proporção de adolescentes e jovens de 15 a 19 anos com complicações obstétricas devidas a aborto
Programas de saúde escolar (385); (386).	Promoção de comportamentos saudáveis (por exemplo, boa alimentação, atividade física, não usar tabaco, álcool ou drogas)	Financiamento de programas para promoção de comportamento saudável • Fonte de financiamento Serviços de saúde escolar fornecem um processo contínuo de promoção da saúde, prevenção e detecção precoce, além de serviços de referência • Pessoal treinado sobre os princípios e práticas da iniciativa de Escolas Promotoras da Saúde • O conteúdo prioritário de saúde e a pedagogia baseada em habilidades estão presentes na orientação nacional para currículos escolares, treinamento de professores e avaliações de aprendizagem Estratégia/políticas/normas de saúde escolar • Existe uma estratégia ou política relacionada à saúde escolar, seja como parte de uma política ou estratégia mais ampla de saúde, educação ou redução da pobreza ou como documento autônomo • Existem padrões ou normas nacionais de segurança escolar, que abordam o ambiente físico e socioemocional	Infraestrutura e serviços de uma Escola Promotora da Saúde • Porcentagem de escolas com um ponto de água funcional na escola ou perto dela[1] • Porcentagem de escolas que oferecem o pacote mínimo de serviços escolares de saúde e nutrição[2] Professores treinados nos princípios de saúde escolar • Número e porcentagem de professores que receberam formação inicial em educação em saúde baseada em habilidades, inclusive abordagens didáticas participativas Currículo escolar contém conteúdo prioritário de saúde • Porcentagem de escolas que oferecem sessões regulares de educação em saúde com base em habilidades, conforme recomendado na orientação nacional • Proporção das escolas secundárias que fornecem ESI	Comportamentos chave de risco à saúde • Prevalência de atividade física insuficiente entre adolescentes • Prevalência de tabagismo atual entre estudantes de 15 anos e mais velhos (desagregada por idade) • Uso nocivo de álcool entre adolescentes • Proporção de homens e mulheres de 15 a 24 anos com conhecimento básico sobre serviços e direitos de SSR Desenvolvimento positivo de adolescentes e vínculo com a escola • Você sente que há um adulto (um professor ou outra pessoa) na escola que realmente se preocupa com você como pessoa? Adolescentes vacinadas contra o HPV • Cobertura percentual da vacina contra o HPV em adolescentes e mulheres jovens de 15 a 24 anos	Prevenir as doenças transmissíveis e não transmissíveis em adolescentes • Taxa de mortalidade na adolescência • Taxa de mortalidade por suicídio na adolescência (desagregada por idade e sexo) • Proporção de jovens de 15 a 24 anos que não estão na escola, empregados nem em treinamento
Programa de saúde mental na adolescência (387)	Apoio psicossocial e serviços relacionados para saúde mental e bem-estar de adolescentes	Financiamento de programas para apoio psicossocial e serviços relacionados • Fonte de financiamento • Trabalhadores de saúde mental por 100.000 habitantes (psiquiatras, enfermeiras, prestadores de atenção psicossocial, pediatras) Políticas ou planos nacionais para saúde mental • Existência de uma política e/ou plano nacional de saúde mental que está de acordo com os instrumentos internacionais de direitos humanos e inclui um foco em adolescentes[3] Formação e suporte apropriado aos profissionais da saúde • Mecanismos implantados para treinamento, apoio e supervisão dos profissionais da saúde atuantes em saúde mental de adolescentes	Estabelecimentos de saúde oferecem serviços de saúde mental à adolescentes • Número e proporção de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de saúde mental a adolescentes • Número e proporção de profissionais de saúde com treinamento específico em prestação de serviços de saúde mental a adolescentes • Proporção de instituições de educação e treinamento visadas que incluem a saúde mental de adolescentes em seu currículo de treinamento para prestadores de atenção primária • Programas vigentes de promoção e prevenção em saúde mental multissetoriais que abordam as necessidades específicas dos adolescentes[2]	Serviços de saúde mental disponíveis à adolescentes e usados por adolescentes • Proporção de adolescentes entre 10-14 e 15-19 anos com transtornos mentais graves que utilizaram um pacote específico de serviços de saúde mental nos últimos 12 meses	Prevenir a depressão e o suicídio em adolescentes • Número de mortes por suicídio por ano por 100.000 adolescentes • Proporção de adolescentes que relatam sentir sintomas de depressão em um período específico

6. Monitoramento, avaliação e pesquisa

Para minimizar a carga de notificação para os países, 16 desses indicadores foram selecionados como indicadores-chave, cujo monitoramento a curto prazo é esperado de todos os países.

Indicadores-chave: Doze dos 16 indicadores-chave da Estratégia Global são relevantes para saúde de adolescente (Quadro A6.1 no Anexo 6.1), e seis desses "cobrem adolescentes e incluem uma faixa etária específica."

- Sobreviver
  - taxa de mortalidade na adolescência.
  - prosperar
  - taxa de natalidade na adolescência;
  - número de países com leis e regulamentações que garantem o acesso a atenção, informação e educação em SSR para mulheres de 15 a 49 anos.
- Transformar
  - proporção de crianças e jovens (que frequentam a escola) na 2ª e 3ª série; no final do ensino primário; e no final do ensino secundário que alcançam pelo menos um nível mínimo de proficiência em leitura e matemática, desagregada por sexo;
  - proporção de mulheres e meninas de 15 anos ou mais que já sofreram violência física, sexual ou psicológica por parte de um parceiro íntimo atual ou anterior, nos últimos 12 meses, desagregada por forma de violência e por faixa etária;
  - proporção de jovens (mulheres e homens) de 18 a 29 anos que sofreram violência sexual até os 18 anos.

Da lista completa de 60 indicadores principais, 43 estão relacionados com adolescentes (ver Quadro A6.1 no Anexo 6.1).

Indicadores para desenvolvimento futuro

Foram identificados 25 indicadores adicionais que requerem um desenvolvimento adicional (370). Dezessete desses podem ser utilizados como indicadores da saúde de adolescente, se forem desagregados por idade. Os indicadores que exigem desenvolvimento adicional que estão relacionados à saúde de adolescente são mostrados em itálico na Tabela A6.1.

Muitos programas visam capacitar adolescentes, melhorar seu desenvolvimento positivo e/ou influenciar suas normas sociais e de gênero, bem como seus conhecimentos relacionados à saúde.

A medição do desenvolvimento positivo de adolescentes geralmente é realizada usando indicadores compostos, para formar um índice a partir de uma bateria de perguntas feitas em uma pesquisa. Um exemplo de uma escala validada é a *Gender Equitable Men* (GEM) (371). Indicadores que medem atributos de desenvolvimento positivo de adolescentes, como autoimagem positiva; relacionamentos com os pais, colegas, escola e a comunidade em geral; normas de gênero; habilidades para lidar com emoções ou conflitos; e autoeficácia pessoal também são úteis. O estudo Global Early Adolescent dá um exemplo de uma tentativa de fazer isso entre adolescentes jovens em centros de estudo em 15 países (105).

Indicadores contextuais

Mais 18 indicadores contextuais também foram sugeridos (370). Esses incluem indicadores que são indiretamente relevantes à saúde de adolescente, como:

- número de profissionais de saúde por 100.000 habitantes
- proporção das pessoas de 15 a 24 anos que não estão na escola, empregadas ou em treinamento.

Monitoramento de estratégia

Indicadores para monitorar o progresso em direção aos objetivos da Estratégia Global são necessários nos níveis global e regional. Além disso, os indicadores da Estratégia Global precisam ser monitorados onde as ações específicas para melhorar a saúde das mulheres, crianças e adolescentes ocorrerão em nível nacional e subnacional.

Fontes de dados

O relatório de 2016 sobre dados dos países para a Estratégia Global (391) mostrou que muitos países terão dados empíricos sobre alguns, mas não todos, os indicadores relacionados à saúde de adolescentes enumerados na Tabela A6.1 do Anexo 6.1. O Health Data Collaborative está trabalhando com os países para melhorar a disponibilidade, qualidade e uso de dados para a tomada de decisões locais e rastreamento do progresso rumo aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados à saúde (https://www.healthdatacollaborative.org/). Para monitoramento e avaliação da programação da saúde de adolescentes, os países precisarão garantir a inclusão de um foco na desagregação por idade e sexo.

O Quadro 6.1 mostra um exemplo de como melhorar a medição no nível do país (para a taxa de mortalidade de adolescentes).

Quadro 6.1. Medição da taxa de mortalidade na adolescência

A fonte principal de dados para a taxa de mortalidade na adolescência deve ser um sistema de registro civil e estatísticas vitais razoavelmente completo, mas isso não existe ou está longe de ser perfeito em muitos países de baixa e média renda. As iniciativas para melhorar a integridade e a precisão dos sistemas de registro civil e estatísticas vitais incluem o Health Data Collaborative (www.healthdatacollaborative.org), criado recentemente para trabalhar com os países para melhorar a disponibilidade, a qualidade e o uso de dados para a tomada de decisões locais e rastreamento do progresso rumo aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados à saúde. Porém, o Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (ONU-DESA) planeja usar uma combinação de dados de sistemas de registro civil e estatísticas vitais e censos de população para gerar modelos de tabelas de vida a partir das quais a taxa de mortalidade de adolescentes pode ser estimada.

Os países com sistemas de registro vitais de amostragem ou sentinelas e/ou com sistemas locais de vigilância demográfica e de saúde devem fazer pleno uso destes para obter estimativas da taxa de mortalidade de adolescentes desagregada por sexo. Devem triangular essas estimativas com as estimativas produzidas pelo DESA da ONU, pelo Observatório Global da Saúde e por outras fontes, como o Projeto de Carga Global de Doença do Instituto de Métricas e Avaliação da Saúde.

Na ausência de outras fontes, os dados das pesquisas populacionais são frequentemente usados para modelar a mortalidade de recém-nascidos, crianças e até mesmo adultos, mas muitas dessas pesquisas não incluem adolescentes e, portanto, não podem ser usadas para modelar a mortalidade nessa faixa etária.

6. Monitoramento, avaliação e pesquisa

As principais fonte de dados para muitos dos indicadores relacionados à saúde de adolescentes provavelmente serão as pesquisas domiciliares representativas em nível nacional, como a DHS ou pesquisas por conglomerados de indicadores múltiplos (MICS – embora essas geralmente não incluam adolescentes do sexo masculino e homens jovens), ou levantamentos de saúde baseados na escola, tais como a *Global School-Based Student Health Survey* (GSHS), a pesquisa *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC) e o *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS). Embora fontes como a DHS e as MICS não se concentrem explicitamente em adolescentes, adolescentes mais velhas e, às vezes, meninos de 15 a 19 anos geralmente estão incluídos. A Tabela 6.3 enumera as fontes de dados às quais os gestores de programas podem recorrer para informar-se sobre diferentes tipos de indicadores. Alguns desses dados podem não ser coletados rotineiramente, e pesquisas ou estudos especiais podem ser necessários.

Tabela 6.3. Fontes de dados para indicadores relacionados com a saúde de adolescente coletados em âmbito nacional

TIPO DE INDICADOR	FONTE DE DADOS	COLETADO COMO ROTINA?	EXEMPLO
Desfechos de saúde de adolescentes	• Sistema de registro civil e estatísticas vitais • Pesquisas domiciliares nacionalmente representativas como DHS, MICS	Sim	Taxa de natalidade na adolescência (10-14, 15-19 anos) por 1.000 mulheres em cada faixa etária
Disponibilidade de serviços	• Relatórios de rotina dos estabelecimentos • Informação administrativa	Sim	Proporção das vítimas de estupro que buscaram atendimento em um prazo de 72 horas e receberam profilaxia pós-exposição contra HIV
Prestação de serviços	• Levantamentos nos estabelecimentos de saúde	Não	Proporção dos estabelecimentos de saúde que prestam serviços de saúde de adolescente
Prontidão dos serviços	• Levantamentos nos estabelecimentos de saúde	Não	Proporção de profissionais de saúde com treinamento específico em prestação de serviços de saúde a adolescentes
Políticas, legislação e regulamentação	• Entrevistas com informantes-chave • Notificação pelos governos	Não	Políticas e planos nacionais para saúde mental estão de acordo com instrumentos internacionais de direitos humanos e têm um foco na saúde de adolescente
Financiamento de programas e recursos	• Informação administrativa do programa • Notificação pelos governos	Sim	Fonte de financiamento do programa e quantia fornecida (em US$)
Processos disponíveis para apoiar o programa	• Pesquisas nacionalmente ou localmente representativas *ad hoc* • Estudos de coorte	Não	Proporção atingida do público-alvo para mensagens de redução da gravidez na adolescência

Os riscos para a saúde raramente são distribuídos igualmente nas populações, e os programas de saúde atingem diferentes subpopulações em diferentes graus. Nos programas para adolescentes, muitas vezes é mais difícil alcançar aqueles que apresentam o maior risco, tanto em termos de comportamentos de risco como de saúde, pois esses adolescentes também podem ser menos propensos a frequentar a escola ou procurar serviços de saúde.

O monitoramento da equidade e dos direitos de adolescentes é de importância vital, e o Manual técnico Innov8 fornece uma ferramenta útil para isso (106). A orientação da OMS sobre o monitoramento da desigualdade na saúde também é relevante para monitorar programas de saúde para adolescentes (372).

Avaliar a cobertura e o impacto de um programa entre subgrupos da população adolescente medirá se o programa está chegando a todos os grupos de forma igual. Para tanto, os dados devem ser desagregados por idade, sexo e atributos sociais, como riqueza e frequência escolar. Muitas fontes de dados têm dados sobre subpopulações que não são publicadas em relatórios resumidos. Por exemplo, os dados das DHS sobre mulheres em idade reprodutiva podem ser desagregados para mostrar resultados na faixa etária dos 15 aos 19 anos de idade.

Para o monitoramento da Estratégia Global, também pode ser importante desagregar dentro da população de adolescentes. Por exemplo, um dos indicadores da Estratégia Global é a prevalência de atividade física insuficiente entre adolescentes, mas esse indicador pode diferir substancialmente entre adolescentes jovens e adolescentes mais velhos, por sexo dentro de cada uma dessas faixas etárias, por residência rural ou urbana, e em adolescentes que frequentam x os que não frequentam a escola. Ignorar essas diferenças pode significar que as necessidades de subpopulações particulares não serão atendidas pelos programas. Além disso, as necessidades específicas de jovens adolescentes (10-14 anos) são muitas vezes esquecidas.

Poucas pesquisas coletam dados em uma amostra representativa de todos adolescentes. Algumas, como a GSHS e a GYTS, visam incluir uma amostra representativa de adolescentes que frequentam a escola dentro de faixas etárias específicas. Os vieses introduzidos pela exclusão de adolescentes que não frequentam a escola variam de acordo com o país, pois a proporção de adolescentes que estão na escola difere consideravelmente. No entanto, o acesso a adolescentes fora da escola é mais difícil do que o acesso a crianças pequenas, pois eles são muito mais móveis.

A parceria Cada Mulher, Cada Criança preparará um relatório anual sobre o progresso rumo aos objetivos da Estratégia Global. São planejadas outras compilações de dados existentes relacionados a adolescentes, como o *Country Tracker* dirigido pelo UNICEF e o Índice Mundial de Jovens liderado pelo Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) e pelo Enviado do Secretário-Geral das Nações Unidas para a Juventude. Iniciativas também estão em andamento ou estão sendo planejadas para envolver ativamente adolescentes e jovens adultos no acompanhamento do progresso rumo aos objetivos da Estratégia Global, ou mais amplamente rumo aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Exemplos incluem a Fase 4 do projeto ACT! 2015 em 12 países, liderada por uma coalizão de organizações juvenis (PACT) com o UNAIDS e a Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF). O objetivo é estabelecer mecanismos de responsabilização liderados por jovens e orientados para os dados para garantir o envolvimento de jovens com a implementação dos ODS e construir uma base de evidências para promoção de causa (http://www.ippf.org/our-approach/programmes/act2015). Outra iniciativa está sendo desenvolvida sob o título provisório de *Youth Voices Count*, liderada pela OMS. Os países devem se preparar para aproveitar plenamente essas iniciativas globais e devem considerar o estabelecimento de mecanismos semelhantes de coleta de dados dirigidos por jovens para garantir o envolvimento de jovens na implementação e monitoramento da programação nacional em saúde de adolescentes.

É provável que o potencial de coleta e/ou mineração de dados provenientes diretamente de adolescentes e jovens através de meios eletrônicos, como mensagens de texto, programas de rádio e redes sociais, aumentará consideravelmente durante o período da Estratégia Global.

Dois exemplos existentes são:

- U-Report – uma "ferramenta de mensagens social" que permite a qualquer pessoa de qualquer comunidade, em qualquer lugar do mundo, responder a enquetes, notificar problemas, apoiar os direitos das crianças e atuar como agentes positivos de mudança em prol das pessoas em seus países https://ureport.in/);
- Crisis Trends – uma ferramenta que explora as crises enfrentadas por pessoas nos EUA, como ansiedade (http://crisistrends.org/).

Dois estudos de caso no Anexo 6.3 ilustram a utilidade do monitoramento de rotina dos Programas de Saúde de Adolescentes para:

- detectar o impacto do Ano Nacional de Sobriedade na demanda a ambulatórios por coma alcoólico em jovens de 7 a 14 anos na Lituânia (estudo de caso A6.1; (321)); e
- avaliar o impacto da *Teenage Pregnancy Strategy for England* nas taxas de concepção em menores de 18 anos, e promover ação em áreas onde o desempenho ficou aquém do ideal (estudo de caso A6.2).

©Ammad Khan

6.2. Avaliação de programas de saúde de adolescentes

Enquanto o monitoramento é a coleta sistemática de dados para verificar o progresso de um programa ou a implementação de uma intervenção, a avaliação é a análise crítica do grau em que o programa atende às metas e objetivos estabelecidos. Ela pretende responder a perguntas como: o programa está alcançando seus objetivos, objetivos e metas associadas? Está sendo executado de forma eficaz e eficiente? As avaliações contribuem para a base de evidências da eficácia das intervenções e podem ser usadas para melhorar ou redirecionar a implementação e o planejamento subsequente do programa. Elas podem ser conduzidas por uma equipe interna do programa ou por avaliadores externos. Os dados de monitoramento são um recurso importante para qualquer avaliação de programa.

As avaliações de programas devem seguir os critérios do Comitê de Assistência ao Desenvolvimento (373), que incluem medidas dos seguintes aspectos do programa:

- relevância – compatibilidade com a meta geral do programa e seu impacto desejado;
- eficácia – motivos para consecução (ou não) dos principais objetivos do programa;
- eficiência – se os recursos menos caros foram usados para conseguir os resultados;
- impacto – medidas do programa que fizeram diferença real para seus beneficiários; e
- sustentabilidade – probabilidade que os benefícios do programa continuarão na ausência de apoio externo.

Esse documento não abordará os conceitos básicos de avaliação de programas em geral. Boas orientações sobre isso podem ser encontradas em outras publicações (368); (369). O objetivo aqui é destacar questões que são considerações particularmente importantes para avaliações de programas de saúde para adolescentes.

Os países devem realizar avaliações periódicas do grau em que seu programa de saúde para adolescentes está cumprindo as metas e objetivos relacionados à Estratégia Global. O estudo de caso 20 dá o exemplo da avaliação da Iniciativa Nacional de Clínicas Amigas de Adolescentes na África do Sul (374), enquanto o estudo de caso A6.3 no Anexo 6.3 apresenta o exemplo da avaliação de um programa de saúde reprodutiva e sexual no estado de Jharkhand, na Índia (375).

Estudo de caso 20

Avaliação de normas para melhorar a qualidade dos serviços ambulatoriais para adolescentes na África do Sul

A Iniciativa Nacional de Clínicas Amigas de Adolescentes (NAFCI) da África do Sul foi iniciada em 1999 como um componente integral do *Love* Life, um programa nacional multidimensional para jovens com HIV/Aids. As clínicas da NAFCI concordaram com um conjunto de 10 normas relacionadas à prestação de serviços sensíveis aos para adolescentes. Uma avaliação independente foi realizada entre junho de 2002 e março de 2003. Uma avaliação de um dia foi realizada em 11 clínicas NAFCI por uma equipe que incluiu um representante juvenil, e também em 11 clínicas controle que foram selecionadas aleatoriamente de uma mesma comunidade. As 10 normas foram avaliadas utilizando 41 critérios específicos.

As clínicas da NAFCI apresentaram um desempenho significativamente melhor do que as clínicas controle em critérios específicos para a prestação de serviços sensíveis para adolescentes, determinação das necessidades de saúde de adolescentes na comunidade, conhecimento dos direitos de adolescentes, disponibilidade de informações específicas para adolescentes e atitudes não preconceituosas da equipe. Em geral, a avaliação mostrou que as clínicas da NAFCI apresentaram pontuações significativamente melhores para oito das 10 normas.

Esses resultados foram utilizados para apoiar pedidos de expansão da iniciativa de clínicas NAFCI. A avaliação também revelou áreas onde eram necessárias novas melhorias para garantir que todas as clínicas NAFCI atendessem todas as 10 normas desejadas para cuidado de adolescentes, e mostraram que uma única orientação para as normas não era suficiente. Melhorias significativas só foram observadas quando as clínicas foram apoiadas ao longo de certo período de tempo por um facilitador treinado em abordagens de melhoria de qualidade.

Fonte: (374).

Para que uma avaliação de programa seja significativa e útil, ela deve ser rigorosa e objetiva. Deve ir além de uma simples *checklist* superficial que revela pouco sobre a qualidade ou cobertura de um programa implementado. Por exemplo, uma avaliação de um programa nacional de educação sexual integral (ESI) deve ir mais longe do que simplesmente documentar se a educação sexual está no currículo nacional. A avaliação deve avaliar se cada aspecto do currículo de ESI está alinhado com os tópicos e abordagens propostos na Orientação Técnica Internacional da UNESCO sobre Educação Sexual (376), particularmente para tópicos que possam ser sensíveis ou controversos. A análise deve avaliar a qualidade e cobertura dos aspectos relacionados dos programas de treinamento de professores. Também deve incluir uma avaliação da qualidade e cobertura da implementação do programa de ESI. Idealmente, tal avaliação incluiria a participação de especialistas externos em ESI para garantir que haja capacidade técnica rigorosa para avaliar o programa e reduzir o potencial de viés – considerando que os representantes do setor da educação podem ter um conflito de interesses.

O planejamento das avaliações deve ser parte do planejamento do programa e deve ser incluído no plano inicial do programa para que o orçamento adequado seja alocado para as avaliações. O planejamento das avaliações também ajuda a esclarecer as metas e objetivos específicos do programa, tornando mais fácil antecipar-se a desafios que, de outra forma, seriam detectados pelos avaliadores e evitá-los.

A principal função de um sistema de monitoramento e avaliação é produzir informações sobre as quais basear decisões de gerenciamento. Se programas estão sendo avaliados, as informações obtidas devem ser alimentadas direta e prontamente no planejamento do programa e na definição de prioridades. As avaliações periódicas dos programas são uma maneira de garantir que as descobertas das avaliações sejam efetivamente usadas, e não fiquem juntando poeira em alguma estante. Essas avaliações devem incluir uma avaliação que leve em consideração os resultados das avaliações de programa internas e externas. Um exemplo de tal análise na Índia é dado no estudo de caso A6.4 (Anexo 6A.3), que é baseado em um artigo de 2016 de Hoopes e cols. (377). As avaliações dos programas também devem levar em conta os dados de monitoramento disponíveis e as opiniões dos interessados, que devem incluir as opiniões dos próprios adolescentes e das organizações lideradas por jovens e que servem à jovens.

Os resultados da avaliação devem ser utilizados em processos de análise participativa, nos quais as prioridades, abordagens e objetivos do programa serão reavaliados e alterados conforme for necessário.

6.3. Áreas prioritárias para pesquisa futura

A pesquisa visa aumentar o conhecimento atual através da descoberta de novos fatos. As seções anteriores desse documento demonstraram que se sabe muito sobre as cargas de morbidade (por doença e lesões) na adolescência e os fatores de risco para a futura carga na vida adulta; que as intervenções de saúde de adolescente são eficazes; e como essas intervenções podem ser priorizadas e depois implementadas em programas de saúde para adolescentes. Porém, novas pesquisas serão essenciais para impulsionar o progresso rumo à Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e de Adolescentes (2016-2030), a fim de alcançar os ambiciosos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados à saúde. Refletindo isso, pesquisa e inovação é uma das nove áreas de ação destacadas pela Estratégia Global (11). As principais áreas de pesquisa incluirão pesquisas para desenvolver evidências sobre as quais as intervenções devem ser implementadas (pesquisas sobre o "quê" da programação em saúde de adolescentes) e sobre a melhor forma de implementar intervenções baseadas em evidências (pesquisas sobre o "como" da programação em saúde de adolescentes).

No entanto, a capacidade de pesquisa sobre saúde de adolescentes é fraca em relação à capacidade de pesquisa em saúde materna, neonatal e infantil, e especialmente em países de baixa e média renda, onde é mais necessária (55). O investimento no fortalecimento da capacidade de pesquisa precisará envolver múltiplas disciplinas e provavelmente trará um retorno considerável sobre o investimento.

O número de questões de pesquisa importantes é grande. É preciso selecionar prioridades para investimento.

A OMS realizou recentemente dois exercícios globais de definição de prioridades em pesquisa de saúde para adolescentes para ajudar os países a priorizar seus investimentos em pesquisa (378); (379). Ambos usaram a metodologia do Instituto de Pesquisa sobre Saúde Infantil e Nutrição (CHNRI) (380), nas quais especialistas propõem possíveis questões de pesquisa e depois as pontuam com base em critérios explícitos relacionados a clareza, capacidade de resposta, importância, potencial de implementação e relevância para a equidade.

O primeiro exercício de estabelecimento de prioridades (378) concentrou-se em sete áreas relacionadas com a SSR de adolescentes:

- saúde materna
- contracepção
- violência de gênero
- tratamento e atenção a pacientes com HIV
- aborto
- integração de serviços de planejamento familiar e serviços relacionados ao HIV
- doenças sexualmente transmissíveis.

As cinco principais questões de pesquisa em SSR em cada uma dessas sete áreas estão resumidas na Tabela A6.3 no Anexo 6.4, juntamente com o tipo de pergunta. A maioria das questões foram descritivas: pesquisa epidemiológica ou avaliação de intervenções existentes (n = 16) ou relacionadas ao desenvolvimento de intervenções: pesquisa operacional ou ampliação de intervenções existentes (n = 18), com apenas duas relacionadas à descoberta de novas intervenções.

O segundo exercício (379) cobriu outras oito áreas da saúde de adolescentes:

- prevenção e controle das doenças transmissíveis
- lesões e violência
- saúde mental
- tratamento de DNTs
- nutrição
- atividade física
- uso de substâncias
- política, saúde e sistemas sociais.

As cinco principais questões de pesquisa em cada uma dessas oito áreas estão resumidas na Tabela A6.4 no Anexo 6.4, juntamente com o tipo de pergunta. A maioria das 40 questões que foram classificadas entre as cinco principais nas oito áreas de saúde foram relacionadas a epidemiologia descritiva (n = 13), desenvolvimento e teste de intervenções (n = 8) ou prestação e implementação de intervenções (n = 14), com algumas relacionadas à descoberta de intervenções (n = 3) ou às políticas em saúde de adolescentes ou à pesquisa em sistemas sociais e de saúde (n = 2).

Ambos os exercícios mostraram que as prioridades se afastaram de questões básicas sobre a prevalência de condições de saúde específicas e passaram a priorizar questões sobre a melhor forma de ampliar as intervenções existentes e testar a eficácia de novas.

Prioridades de pesquisa sobre o casamento infantil também foram identificadas em uma reunião de grupo de peritos realizada pela OMS em 2013 (396). Foram identificadas cinco áreas-chave: prevalência e tendências; causas; consequências; esforços de prevenção; e esforços para apoiar as meninas casadas.

6.4.
Envolvimento de adolescentes em monitoramento, avaliação e pesquisa

Em condições ideais, o monitoramento, avaliação e pesquisa de programas destinados a melhorar a saúde de adolescentes deve incluir sempre as opiniões dos próprios adolescentes. Existe também o potencial crescente para que adolescentes ou jovens sejam contratados como avaliadores ativos e não apenas como sujeitos da avaliação. Esse engajamento pode incluir os jovens ativamente e de forma significativa na concepção, implementação, análise e interpretação dos resultados e na formulação das recomendações resultantes da avaliação do programa. Ideias sobre como envolver adolescentes podem ser encontradas no Guia de Participação Juvenil desenvolvido pela Family Health International and Advocates for Youth (382).

A capacidade de evolução rápida de adolescentes é importante no que diz respeito ao seu consentimento e assentimento para a coleta de dados, e ao papel que adolescentes podem ter como participantes ativos na concepção, implementação, análise e interpretação das avaliações de programas. A capacidade de um adolescente de 19 anos será muito diferente da capacidade de uma criança de 10 anos. Além disso, todos adolescentes da mesma idade não terão a mesma capacidade. Por conseguinte, os métodos de coleta de dados e os instrumentos de estudo podem precisar variar durante a adolescência, e abordagens especiais de coleta de dados podem ser necessárias para superar a timidez ou para garantir a compreensão, especialmente entre adolescentes mais jovens. Diferentes instrumentos de coleta de dados podem ser necessários para adolescentes jovens e para adolescentes mais velhos, ou para adolescentes com deficiência.

Muitas vezes são necessárias consultas extra com adolescentes, suas famílias e suas comunidades antes da coleta de dados. Um exemplo disso seria se uma pesquisa por questionário for usada, o que exigirá fazer perguntas sensíveis a adolescentes menores de idade (geralmente menores de 18 anos), como perguntas a adolescentes não casados sobre seu comportamento sexual ou uso de drogas ilegais. Além disso, o consentimento apropriado dos pais ou responsáveis legais, além do consentimento dos próprios adolescentes, é necessário para adolescentes menores de idade. As garantias legais e éticas de proteção e acesso aos serviços também precisam ser consideradas.

O equilíbrio entre os benefícios que podem ser obtidos para todos adolescentes a partir de uma avaliação ou estudo de pesquisa e os direitos dos participantes específicos que serão envolvidos na coleta de dados exige revisão cuidadosa por um comitê de ética em pesquisa (160).

Toda atividade de monitoramento, avaliação e pesquisa deve levar em conta a capacidade evolutiva de adolescentes e deve fornecer proteção adequada. Apesar dessas questões adicionais, adolescentes não devem ser excluídos desnecessariamente da participação no monitoramento, avaliação e pesquisa de programas.

7. Conclusões

Esse é um momento emocionante para a saúde de adolescentes. Em muitos países, os serviços e programas para adolescentes não são mais simplesmente incluídos nos programas para crianças ou adultos. Em vez disso, vários governos elaboraram e agora implementam programas nacionais de saúde específicos para adolescentes. Esses esforços variam muito dentro e entre países e regiões, mas muitos países conseguiram ampliar a educação básica em saúde sexual e reprodutiva (SSR) nas escolas e prestar serviços e *commodities* de SSR à adolescentes através de unidades de saúde. Além disso, alguns países estão trabalhando para ampliar seus programas de saúde de adolescentes para incluir outras prioridades, como as lesões e violência, doenças transmissíveis e não transmissíveis, nutrição e atividade física e saúde mental e uso de substâncias.

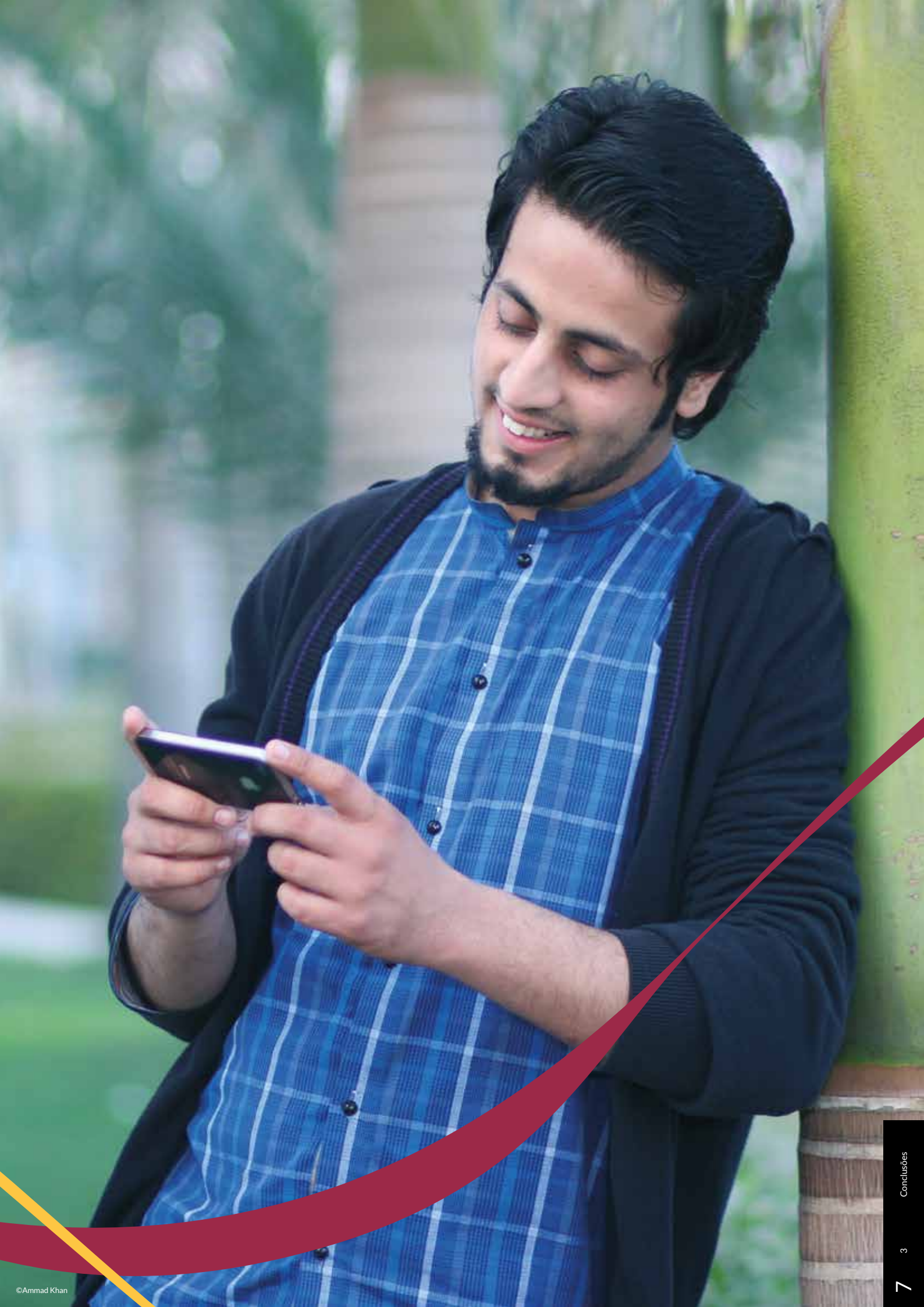
Esse é um momento emocionante para a saúde de adolescentes

Porém, ainda há muito por fazer. Tornou-se cada vez mais evidente que outras questões de saúde de adolescente – entre as quais há contribuições importantes para a mortalidade e a saúde precária na adolescência e na idade adulta – vêm sendo negligenciadas e merecem programação específica em nível nacional. Esses incluem outras causas de doenças e lesões, assim como questões sociais, educacionais e econômicas mais amplas relacionadas à saúde, desenvolvimento e bem-estar de adolescentes.

Hoje, os governos nacionais já têm a evidência e as ferramentas necessárias para abordar esses desafios de maneira eficaz, como descreve o documento de orientação da AA-HA! para apoiar sua implementação pelos países.

Os governos também têm argumentos sólidos de economia, saúde pública e direitos humanos para fazê-lo. Através destes esforços, eles aproveitarão o dividendo tríplice de benefícios para adolescentes agora, para suas futuras vidas adultas e para a próxima geração. Os parceiros das Nações Unidas envolvidos na produção desse documento de orientação estão prontos para fornecer assistência técnica aos países conforme esses aceleram suas ações em prol da saúde de adolescentes.

É importante que os governos e seus parceiros aprendam a implementar programas de saúde de adolescentes com base na orientação contida no documento de orientação da AA-HA! e na Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e de Adolescentes (2016-2030) como um todo. Plataformas de aprendizagem serão necessárias para ajudar ao compartilhamento das experiências, para que o guia de orientação AA-HA! se torne um documento em evolução.



©Ammad Khan

8. Referências

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Definition of youth. Fact sheet; 2016. (http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/factsheets/youth-definition.pdf).
2. World Bank. World development indicators. Washington DC; 2016. (http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators).
3. Mathers C, Gretchen S et al. WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2011. Genebra: OMS; 2013. (http://www.who.int/healthinfo/statistics/GlobalDALYmethods_2000_2011.pdf).
4. Population Reference Bureau. The challenge of attaining the demographic dividend. Policy brief. Washington DC; 2012. (http://www.prb.org/pdf12/demographic-dividend.pdf)
5. The determinants of health. In: WHO health impact assessment [website]. (http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/).
6. WHO. Emergency response framework (ERF). Genebra; 2013. (http://www.who.int/hac/about/erf_.pdf).
7. Harper K, Armelagos G. The changing disease-scape in the third epidemiological transition. International journal of environmental research and public health. 2010;7(2):675-97. (http://www.mdpi.com/1660-4601/7/2/675).
8. WHO. Gender. In: WHO gender, equity and human rights [website]. (http://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/gender-definition/en/).
9. Napierala Mavedzenge S, Luecke E, Ross DA. Effectiveness of HIV prevention treatment and care interventions among adolescents: a systematic review of systematic reviews. UNICEF technical brief. Nova York: UNICEF; 2013. (http://www.grassrootsoccer.org/wp-content/uploads/SystReview-of-Syst-Review-Napierala-Mavedzenge-et-al-UNICEF-TechnBrief-Systematic-Review_Effective-HIV-Response-in-Adolescents_2013.pdf).
10. WHO. Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. Genebra; 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252276/1/9789241511537-eng. pdf?ua=1)
11. EWEC. The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030). Nova York; 2015. (http://www.who.int/pmnch/media/events/2015/gs_2016_30.pdf).
12. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (eds.). World report on violence and health. Genebra: OMS; 2002. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf).
13. Risk factors. In: WHO health topics [website]. (http://www.who.int/topics/risk_factors/en/.
14. OHCHR. Convention on the rights of the child. Nova York; 1989. (http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx).
15. United Nations Committee on the Rights of the Child. General comment No. 20 (2016) on the implementation of the rights of the child during adolescence; CRC/C/GC/20. (http://www.refworld.org/docid/589dad3d4.html).
16. a. WHO. Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015 Genebra; 2016. (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html).
    b. WHO. Global health estimates 2015: DALYs by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015 Genebra; 2016. (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html).
    c. UNAIDS. Prevention Gap Report. Genebra; 2016. (http://www.refworld.org/docid/57862e014.html).
17. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, El Bcheraoui C, Moradi-Lakeh M, et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. Lancet. 2016;387(10036):2383-401. (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673616006486).
18. WHO, UNAIDS. Global standards for quality health-care services for adolescents. A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents. Genebra; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183935/1/9789241549332_vol1_eng.pdf)
19. UNESCO. Puberty education & menstrual hygiene management. Paris; 2014. (http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002267/226792e.pdf).
20. Catalano RF, Berglund ML, Ryan JAM, Lonczak HS, Hawkins JD. Positive youth development in the United States: research findings on evaluations of positive youth development programs. The Annals of the American Academy of Political and Social Science. 2004;591(1):98-124. (http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0002716203260102).
21. House S, Mahon T, Cavill S. Menstrual hygiene matters. A resource for improving menstrual hygiene around the world. WaterAid: 2012. (http://www.wateraid.org/what-we-do/our-approach/research-and-publications/view-publication?id=02309d73-8e41-4d04-b2ef-6641f6616a4f).
22. ITU. Guidelines for policy makers on child online protection. Genebra; 2009.https://www.itu.int/en/cop/Documents/guidelines-policy%20makers-e.pdf
23. ITU. Guidelines for children on child online protection. Genebra; second edition 2016. (https://www.itu.int/en/cop/documents/s-gen-cop.child-2016-pdf-e%5b1%5d.pdf).
24. ITU. Guidelines for parents, guardians and educators on child online protection. Genebra; second edition 2016. (http://www.itu.int/en/cop/pages/guidelines.aspx).
25. Sumpter C, Torondel B. A systematic review of the health and social effects of menstrual hygiene management. PLoS One. 2013;8(4):e62004. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23637945).
26. UNFPA. UNFPA framework for action on adolescents & youth. Opening doors with young people: 4 keys. Nova York; 2007.
27. Save the Children, UNICEF. Every child's right to be heard: a resource guide on the UN committee on the rights of the child general comment No.12. Londres; 2011.

28. WHO. Broadening the horizon: Balancing protection and risk for adolescents. Genebra; 2002. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_01_20/en/).
29. WHO. Adolescent friendly health services: an agenda for change. Genebra; 2002. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/).
30. WHO. Creating an environment for emotional and social well-being: an important responsibility of a health promoting and child-friendly school. Information series on school health document 10. Genebra; 2003. (http://apps.who.int/iris/handle/10665/42819).
31. WHO. Skills for health. Skills-based health education including life skills: an important component of a child-friendly/health-promoting school. Information series on school health document 9. Genebra; 2003.
32. WHO. Family life, reproductive health, and population education: key elements of a health-promoting school. Information series on school health document 8. Genebra; 2003. (http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf).
33. WHO. Helping parents in developing countries improve adolescents' health. Genebra; 2007. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43725/1/9789241595841_eng.pdf).
34. WHO. Adolescent job aid: a handy desk reference tool for primary level health workers. Genebra, Development. Genebra; 2010. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44387/1/9789241599962_eng.pdf).
35. WHO. mHealth: new horizons for health through mobile technologies. Based on the findings of the second global survey on ehealth. Genebra; 2011. (http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf).
36. WHO. Report of the commission on ending childhood obesity. Genebra; 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf).
37. WHO. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Mental health gap action programme (mhGAP)—version 2.0. Genebra; 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250239/1/9789241549790-eng.pdf).
38. WHO. Preventing suicide: A global imperative. Luxembourg; 2014. (http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/).
39. UNHCR, UNICEF, WFP, WHO. Food and nutrition needs in emergencies. Genebra, 2002. (http://www.who.int/nutrition/publications/emergencies/a83743/en/).
40. The Sphere Project. The sphere handbook: humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. Bourton on Dunsmore, Reino Unido: Practical Action Publishing; 2011. (http://www.sphereproject.org).
41. WHO. Guidance note on disability and emergency risk management for health. Genebra; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf).
42. Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. Advocating for change for adolescent health. A toolkit for youth organizations to champion and advocate for adolescent health and well-being. Genebra; 2017 (no prelo; título provisório).
43. WHO, UNHCR. Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons. Genebra; 2004. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43117/1/924159263X.pdf).
44. WHO. Do's and don'ts in community-based psychosocial support for sexual violence survivors in conflict-affected settings. Genebra; 2012. (http://www.unhcr.org/protection/health/50b48c4f6/dos-donts-community-based-psychosocial-support-sexual-violence-survivors.html).
45. WHO. INSPIRE: seven strategies for ending violence against children. Genebra; 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207717/1/9789241565356-eng.pdf).
46. Inter-Agency Standing Committee. Sexual and reproductive health (SSR) including HIV: From minimum initial response to comprehensive services. 2010.
47. Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises. Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings. 2010 revision for field review. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305149/pdf/Bookshelf_NBK305149.pdf).
48. WHO, UNICEF, USAID. Improving nutrition outcomes with better water, sanitation and hygiene: practical solutions for policies and programmes. Genebra; 2015. (https://www.unicef.org/media/files/IntegratingWASHandNut_WHO_UNICEF_USAID_Nov2015.pdf).
49. WHO, UNHCR. mhGAP humanitarian intervention guide (mhGAP-HIG). Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies. Genebra; 2015. (http://www.who.int/mental_health/publications/mhgap_hig/en/).
50. EWEC. A global strategy for every woman every child in every setting. EWEC Technical Content Workstream Working Group on Humanitarian Challenges (21/03/2015). (http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2015/02/15 revised_EWEC_Humanitarian150322RKMT-HD_11 2015-03-24.pdf).
51. UN Secretary-General announces $25 billion in initial commitments to end preventable deaths of women, children and adolescents by 2030. In: United Nations Sustainable Development Goals [website] 26 September 2015. (http://www.un.org/sustainabledevelopment/blog/2015/09/un-secretary-general-announces-25-billion-in-initial-commitments-to-end-preventable-deaths-of-women-children-and-adolescents-by-2030/)
52. United Nations General Assembly A/RES/70/1. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. Nova York; 2015. (http://unctad.org/meetings/en/Sessional-Documents/ares70d1_en.pdf).
53. United Nations Committee on the Rights of the Child. General comment No. 4 (2003): Adolescent health and development in the context of the convention on the rights of the child. CRC/GC/2003/4. (http://www.refworld.org/docid/4538834f0.html).

8. Referências

54. Deogan C, Ferguson J, Stenberg K. Resource needs for adolescent friendly health services: estimates for 74 lowand middle-income countries. PLoS One. 2012;7(12):e51420. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23300548).
55. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. Lancet. 2016;387(10036):2423-78. (http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00579-1/fulltext).
56. Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, Anderson I, Gulmezoglu AM, Temmerman M et al. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new global investment framework. Lancet. 2014;383(9925):1333-54. (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067361362231X).
57. Urdal H. A clash of generations? youth bulges and political violence. Expert paper No. 2012/1. Nova York: United Nations Department of Economic and Social Affairs (Population Division); 2012. (http://www.un.org/esa/population/publications/expertpapers/Urdal_Expert%20Paper.pdf).
58. United Nations Department of Economic and Social Affairs (Population Division). Population 2030: Demographic challenges and opportunities for sustainable development planning. (ST/ESA/SER.A/389). Nova York; 2015. (http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/population2030.pdf).
59. UNFPA. The case for investing in young people as part of a national poverty reduction strategy. Nova York; 2010. (http://www.unfpa.org/publications/case-investing-young-people).
60. World Bank. World development report 2007: development and the next generation. Washington DC; 2007. (http://documents.worldbank.org/curated/en/556251468128407787/pdf/359990WDR0complete.pdf).
61. Chaaban J, Cunningham W. Measuring the economic gain of investing in girls: the girl effect dividend. Nova York: Banco Mundial; 2011. (http://elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/1813-9450-5753).
62. Resnick MD, Catalano RF, Sawyer SM, Viner R, Patton GC. Seizing the opportunities of adolescent health. Lancet. 2012;379(9826):1564-7. (http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)60472-3.pdf).
63. Bird K. The intergenerational transmission of poverty: an overview. Overseas Development Institute working paper 286/Chronic Poverty Research Centre Working Paper 99. Londres: ODI/CPRC; 2007. (https://pdfs.semanticscholar.org/b845/f2b2e157e341a8f4b9fde9d1477ef4ac1fca.pdf).
64. d'Addio AC. Intergenerational transmission of disadvantage: mobility or immobility across generations? OECD social, employment and migration working papers. 2007(52):0_1. (www.oecd.org/els/38335410.pdf).
65. UNICEF. The state of the world's children 2011. Adolescence—an age of opportunity. Nova York; 2011. (https://www.unicef.org/sowc2011/).
66. WHO. Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries. Genebra; 2004. (http://158.132.116.146/adh/2_AD_sexual_reproductiveH/WHO%20-%20Risk%20and%20protective%20factors%20affecting%20ASRH%20in%20developi.pdf).
67. WHO, UNODC, UNDP. Global status report on violence prevention 2014. Genebra; 2014. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/).
68. UNFPA. How our future depends on a girl at this decisive age: The state of world population 2016. Nova York; 2016. (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/the_state_of_world_population_2016_-_english.pdf).
69. EWEC. Technical guidance for prioritizing adolescent health. Nova York: UNFPA; 2017. (http://www.unfpa.org/publications/technical-guidance-prioritizing-adolescent-health).
70. WHO. Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach. Genebra; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170251/1/9789241549004_eng.pdf).
71. WHO. Building an adolescent-competent workforce. Policy brief. Genebra; 2015. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent-competent-workforce/en/).
72. Giedd JN. The teen brain: insights from neuroimaging. J Adolesc Health. 2008;42(4):335-43. (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X0800075X).
73. WHO. Health for the world's adolescents a second chance in the second decade: Summary. Genebra; 2014. (http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_mncah_hwa_executive_summary.pdf).
74. Crone EA, Dahl RE. Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. Nature Reviews Neuroscience. 2012;13(9):636-650. (http://www.nature.com/nrn/journal/v13/n9/full/nrn3313.html).
75. Patton GC, Viner R. Pubertal transitions in health. Lancet. 2007;369(9567):1130-9. (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673607603663).
76. Johnson SB, Blum RW, Giedd JN. Adolescent maturity and the brain: the promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. J Adolesc Health. 2009;45(3):216-21. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2892678/pdf/nihms207310.pdf).
77. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Adolescent Health Care. Committee opinion No. 653 summary: concerns regarding social media and health issues in adolescents and young adults. Obstet Gynecol. 2016 Feb;127(2):414. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26942381).
78. Bailin A, Milanaik R, Adesman A. Health implications of new age technologies for adolescents: a review of the research. Current Opinion in Pediatrics. 2014;26(5):605-19. (http://www.medscape.com/medline/abstract/25160783).

79. Boyar R, Levine D, Zensius N. TECHsex USA: youth sexuality and reproductive health in the digital age. Oakland: ISIS, Inc; 2011. (https://yth.org/wp-content/uploads/yth-youth-healthdigital-age.pdf).
80. Third A, Bellerose D, Dawkins U, Keltie E, Pihl K. Children's rights in the digital age: a download from children around the world. Melbourne: Young and Well Cooperative Research Centre; 2014. (https://www.unicef.org/publications/index_76268.html).
81. Parker I. Young people, sex and relationships: the new norms. Londres: Institute for Public Policy Research; 2014. (http://www.ippr.org/files/publications/pdf/young-people-sex-relationships_Aug2014.pdf?noredirect=1).
82. Aboujaoude E, Savage MW, Starcevic V, Salame WO. Cyberbullying: review of an old problem gone viral. J Adolesc Health. 2015;57(1):10-8. (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X15001664).
83. Calado F, Alexandre J, Griffiths MD. Prevalence of adolescent problem gambling: a systematic review of recent research. Journal of Gambling Studies. 2016:1-28. (https://link.springer.com/article/10.1007/s10899-016-9627-5).
84. Day A. Getting the 'blues': the existence, diffusion and influence of pornography on young peoples' sexual health in Sierra Leone. Cult Health Sex. 2014;16(2):178-89. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24387328).
85. Hamm MP, Newton AS, Chisholm A, Shulhan J, Milne A, Sundar P et al. Prevalence and effect of cyberbullying on children and young people: a scoping review of social media studies. JAMA Pediatrics. 2015;169(8):770-7. (http://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2337786).
86. Kuss DJ, Griffiths MD. Online gaming addiction in children and adolescents: a review of empirical research. J Behav Addict. 2012 Mar;1(1):3-22. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26166826).
87. Lam LT. Risk factors of internet addiction and the health effect of internet addiction on adolescents: a systematic review of longitudinal and prospective studies. Current Psychiatry Reports. 2014;16(11):1-9. (https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-014-0508-2).
88. Moreno MA, Whitehill JM. Influence of social media on alcohol use in adolescents and young adults. Alcohol Research: current reviews. 2014;36(1):91. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4432862/).
89. N'Dri KM, Yaya I, Saka B, Aboubakari AS, Kouassi DP, Ekou KF. Pornography and sexual behaviour of schoolchildren in the Cocody district of Abidjan. Santé Publique. 2015;27(5):733-7. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26752039).
90. Shek DT, Ma CM. A six-year longitudinal study of consumption of pornographic materials in Chinese adolescents in Hong Kong. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016;29(1):S12-S21. (http://www.jpagonline.org/article/S1083-3188(15)00325-3/ abstract).
91. Svedin CG, Åkerman I, Priebe G. Frequent users of pornography. A population based epidemiological study of Swedish male adolescents. Journal of Adolescence. 2011;34(4):779-88. (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/ S0140197110001387).
92. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Genebra: OMS; 2008. (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/).
93. Viner RM, Hargreaves DS, Ward J, Bonell C, Mokdad AH, Patton G. The Health Benefits of secondary education in adolescents and young adults: an international analysis in 186 low-, middle-and high-income countries from 1990 to 2013. SSM-Population Health. 3 (2017) 162-171. (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827316301690).
94. Pruss-Ustun A and Corvalán C. Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease (1ª ed.). Genebra: OMS; 2006. (http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf).
95. WHO, UNEP. Healthy environments for healthy children: key messages for action. Genebra; 2010. (http://www.who.int/ceh/publications/hehc_booklet_en.pdf).
96. WHO, UNEP. State of the science of endocrine disrupting chemicals—2012. Genebra; 2013. (http://www.who.int/ceh/publications/endocrine/en/).
97. Climate change and health fact sheet (reviewed June 2016). In: WHO media centre [website]. (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/en/).
98. WHO. Childhood lead poisoning. Genebra; 2010. (http://www. who.int/ceh/publications/leadguidance.pdf)
99. WHO. Children's exposure to mercury compounds. Genebra; 2010. (http://www.who.int/ceh/publications/children_exposure/en/).
100. WHO. WHO framework convention on tobacco control. Genebra; 2003. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591013.pdf).
101. WHO. MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic. Genebra; 2008 (http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_english.pdf).
102. WHO. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Genebra; 2010. (http://www.who.int/substance_abuse/ms-balcstragegy.pdf).
103. WHO. Policy brief: taking measures to implement the who set of recommendations to reduce the impact of the marketing of unhealthy foods and non-alcoholic beverages to children. Genebra; 2014. (http://www.who.int/nmh/ncd-coordination-mechanism/Policybrief31.pdf?ua=1).
104. Sonenstein FL. Introducing the well-being of adolescents in vulnerable environments study: methods and findings. J Adolesc Health. 2014;55(6 Suppl):S1-3. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25453997).
105. WHO, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, UNFPA. The global early adolescent study: an exploration of the evolving nature of gender norms and social relations 10-14 years: a critical age. (http://aphrc.org/wp-content/uploads/2015/04/GEAS-March-2015.pdf).
106. WHO. Innov8 approach for reviewing national health programmes to leave no one behind: technical handbook.

8. Referências

Genebra; 2016.(http:/apps.who.int/iris/bitstre am/10665/250442/1/9789241511391-eng.pdf?ua=1)

107. Autism spectrum disorders fact sheet (updated April 2017). In: WHO media centre [website]. (http://www.who.int/media-centre/factsheets/autism-spectrum-disorders/en/).
108. WHO. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Genebra; 2002. (http://www.who.int/whr/2002/en/).
109. USAID, PEPFAR, Youthpower. Positive youth development measure toolkit: a practical guide for implementers of youth programs. Washington DC; 2016. (https://static.globalinnovationexchange.org/s3fs-public/asset/document/pyd%20measurement%20toolkit%20final.pdf?fmetopj.28pxhwjfwdxarknamnnbvg_r).
110. WHO Western Pacific Region. Young people and alcohol: a resource book. Genebra; 2015. (http://www.wpro.who.int/mental_health_substance_abuse/publications/youngpeoplealcohol_wpro/en/).
111. National Registry of Evidence-Based Programs and Practices (NREPP). Learning Center literature review: positive youth development. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2015. (http://www.nrepp.samhsa.gov/docs/literatures/nrepp%20lit%20review_positive%20youth%20development.pdf).
112. UNICEF. Accelerating programming for and with adolescents. UNICEF 2014-2017 strategic plan. Nova York; 2014. (https://www.ungm.org/unuser/documents/downloadpublicdocument?docid=314191).
113. Cook P. understanding the effects of adolescent participation in health programmes. The International Journal of Children's Rights. 2008;16(1):121-39. (http://booksandjournals.brillonline.com/content/journals/10.1163/092755608x267139).
114. WHO. Inheriting a sustainable world? Atlas on children's health and the environment. Genebra; 2017. (http://apps.who. int/iris/bitstream/10665/254677/1/9789241511773-eng.pdf?ua=1).
115. World Bank. Working together to attain women's empowerment and demographic dividend in the Sahel. Nova York; 2015 (não publicado).
116. International Planned Parenthood Federation. Everyone's right to know: delivering comprehensive sexuality education for all young people. Londres; 2016 (http://www.ippf.org/sites/default/files/2016-05/ippf_cse_report_eng_web.pdf).
117. WHO. Food safety in natural disasters. International Food Safety Authorities Network (INFOSAN) information note No. 5/2005. (http://www.who.int/foodsafety/fs_management/no_05_naturaldisasters_sept05_en.pdf)
118. WHO. Youth and road safety. Genebra; 2007. (http://www.who.int/management/programme/ncd/youth%20and%20road%20safety.pdf)
119. WHO, UNICEF. World report on child injury prevention: Genebra; 2008. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/).
120. WHO. Injuries and violence: the facts 2014. Genebra; 2014. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/news/2015/Injury_violence_facts_2014/en/).
121. WHO. Youth violence: the health sector role in prevention and response. Infographic. Genebra; 2015 [http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/youth/yv_infographic_small.pdf?ua=1).
122. WHO. Global routine immunization strategies and practices (GRISP): a companion document to the global vaccine action plan (GVAP). Genebra; 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204500/1/9789241510103_eng.pdf).
123. UNAIDS. Global Aids up date. Genebra; 2016. (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/global-aids-update-2016).
124. WHO. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. Recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Genebra; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_ eng.pdf).
125. IPU, WHO. Child, early and forced marriage legislation in 37 Asia-Pacific countries. Genebra; 2016. (http://apps.who. int/iris/bitstream/10665/246283/1/9789241565042-eng.pdf?ua=1).
126. Looker KJ, Magaret AS, May MT, Turner KM, Vickerman P, Gottlieb SL et al. Global and regional estimates of prevalent and incident herpes simplex virus type 1 infections in 2012. PLoS One. 2015;10(10):e0140765. (http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0140765).
127. Herpes simplex virus fact sheet (updated January 2017). In: WHO media centre [website]. (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs400/en/).
128. WHO. Sexually transmitted infections: issues in adolescent health and development. WHO discussion papers on adolescence. Genebra; 2004. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42902/1/9241591420_eng.pdf).
129. The human papillomavirus (HPV) and cervical cancer fact sheet (updated June 2016). In: WHO media centre [website]. (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/.
130. Adolescent pregnancy fact sheet (updated September 2014). In: WHO media centre [website]. (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/).
131. Lopez LM, Grey TW, Hiller JE, Chen M. Education for contraceptive use by women after childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015. Issue 7. art. No. CD001863. (http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.cd001863.pub4/full).
132. WHO. 2015 Every woman, every child, every adolescent: achievements and prospects. The final report of the independent expert review group on information and accountability for women's and children's health. Genebra; 2015. (http://www.who.int/woman_child_accountability/ierg/reports/2015/iERG2015-ExecutiveSummary-EN.pdf?ua=1).
133. Neelofur-Khan D. Adolescent pregnancy—unmet needs and undone deeds. A review of the literature and programmes issues in adolescent health and

development. Genebra; 2007. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43702/1/9789241595650_eng.pdf).
134. UNICEF. A study on early child marriage in Jordan 2014. Amã: 2014. (http://www.unicef.org/jordan/UNICEFJordan_EarlyMarriageStudy2014-E_COPY_.pdf).
135. WHO. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement. Genebra; 2008. (http://www.who.int/reproductive-health/publications/fgm/9789241596442/en/).
136. Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. Lancet. 2006;367(9525):1835. (http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)68805-3/fulltext).
137. WHO. Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016-2021. Towards ending STIs. Genebra; 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246296/1/who-rhr-16.09-eng.pdf).
138. WHO, UNFPA. Married adolescents. No place of safety. Genebra; 2006. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43369/1/9241593776_eng.pdf).
139. WHO. Typhoid vaccines: WHO position paper. Genebra; 2008. (http://www.who.int/wer/2008/wer8306.pdf).
140. Meningococcal meningitis fact sheet (updated November 2015). In: WHO media centre [website]. (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs141/en/).
141. WHO. Guidelines for the treatment of malaria (3ª ed.). Genebra; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162441/1/9789241549127_eng.pdf).
142. WHO. The Africa Health Transformation Programme 2015-2020: A Vision for Universal Health Coverage. Brazzaville; 2015. (http://www.afro.who.int/en/rdo/reports/4928-the-africa-health-transformation-programme-2015-2020-avision-for-universal-health-coverage.html).
143. Global Burden of Disease Pediatrics Collaboration, Kyu HH, Pinho C, Wagner JA, Brown JC, Bertozzi-Villa A et al. Global and national burden of diseases and injuries among children and adolescents between 1990 and 2013: findings from the global burden of disease 2013 study. JAMA Pediatrics. 2016;170(3):267-87. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26810619).
144. Nankabirwa J, Brooker SJ, Clarke SE, Fernando D, Gitonga CW, Schellenberg D et al. Malaria in school-age children in Africa: an increasingly important challenge. Trop Med Int Health. 2014;19(11):1294-309. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25145389).
145. WHO. Global tuberculosis report 2015. Genebra; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf).
146. WHO. Roadmap for childhood tuberculosis: towards zero deaths. Genebra; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89506/1/9789241506137_eng.pdf).
147. Congenital anomalies fact sheet (updated September 2016). In: WHO media centre [website]. (http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs370/en/).
148. Sickle-cell disease and other haemoglobin disorders fact sheet (janeiro de 2011). In: WHO media centre [website]. (http://www. who.int/mediacentre/factsheets/fs308/en/).
149. Verduzco LA, Nathan DG. Sickle cell disease and stroke. Blood. 2009;114(25):5117-25. (http://www.bloodjournal.org/content/114/25/5117?variant=full-text&sso-checked=true).
150. WHO. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach. Genebra; 2007. (http://www.who.int/gard/publications/gard_manual/en/).
151. Sanfilippo AM, Barrio V, Kulp-Shorten C, Callen JP. Common pediatric and adolescent skin conditions. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2003;16(5):269-83. (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/s1083318803001475).
152. Krowchuk DP. Managing adolescent acne: a guide for pediatricians. Pediatr Rev. 2005;26(7):250-61.
153. WHO. Noncommunicable diseases risk behaviours among youth in the South-East Asia Region: findings from GSHS and GYTS. Nova Délhi: Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático; 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249590/1/9789290225232.pdf).
154. Fliege H, Lee J-R, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. Journal of Psychosomatic Research. 2009;66(6):477-93. (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399908004935).
155. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet. 2012;379(9834):2373-82. (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612603225).
156. Jans T, Taneli Y, Warnke A. Suicide and self-harming behaviour. In: Rey JM, editor. IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health. Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012:1-35. (http://iacapap.org/wp-content/uploads/e.4-suicide-072012.pdf).
157. WHO. Comprehensive and coordinated efforts for the management of autism spectrum disorders: report by the Secretariat. Genebra; 2013. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb133/b133_4-en.pdf).
158. UNFPA and the Women's Refugee Commission. Young people on the Frontlines of Crisis. 2015. (https://consultations.worldhumanitariansummit.org/node/504128).
159. WHO. WHO ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. Genebra; 2007. (http://www.who.int/gender/documents/oms_ethics&safety10aug07.pdf)./
160. WHO. The sexual and reproductive health of young adolescents in developing countries: reviewing the evidence, identifying research gaps, and moving the agenda: report of a WHO technical consultation, Genebra, 4-5 novembro de 2010. Genebra; 2011. (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescence/rhr_11_11/en/).

8. Referências

161. WHO. Mental health and psychosocial support for conflict-related sexual violence: principles and interventions. Genebra; 2012. (https://www.unicef.org/protection/files/summary_en_.pdf).
162. Save the Children. Every last girl. Londres; 2016. (http://www.ceipaz.org/images/contenido/every_last_girl.pdf).
163. UNICEF. Children with disabilities. The state of the world's children 2013. Nova York; 2013. (https://www.unicef.org/sowc2013/files/SWCR2013_ENG_Lo_res_24_Apr_2013.pdf).
164. UNICEF. Ending child marriage: progress and prospects. Nova York; 2014. (https://www.unicef.org/media/files/child_marriage_report_7_17_lr.pdf).
165. Barker G. What about boys? A literature review on the health and development of adolescent boys. Genebra: OMS; 2000. (http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.7.pdf).
166. Menstrual Hygiene Scheme. In: National health mission, Rashtriya Kishor Swasthya Karyakram [website]. Nova Délhi: Ministério de Saúde e Bem-Estar da Família, Governo da Índia; 2012. (http://nrhm.gov.in/nrhm-components/rmnch-a/adolescent-health-rksk/menstrual-hygiene-scheme-mhs/background.html#).
167. WHO. IMAI district clinician manual: hospital care for adolescents and adults. Genebra; 2011. (http://www.who.int/hiv/ pub/imai/imai2011/en/).
168. WHO. Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action. Genebra; 2013. (http://www.who.int/iris/ bitstream/10665/78256/1/9789241564564_eng.pdf?ua=1). 169.WHO. Child development and motorcycle safety. Nova Délhi: Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático; 2015. (http://www.searo.who.int/entity/disabilities_injury_rehabilitation/documents/childdevandmcsafety2015.pdf?ua=1).
169. WHO. Global report on drowning: preventing a leading killer. Genebra; 2014. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/global_report_drowning/final_report_full_web.pdf).
170. WHO. Drowning prevention in the South-East Asia Region-2014. Nova Délhi: Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático; 2014. (http://www.searo.who.int/entity/disabilities_injury_rehabilitation/documents/infosheetdrowningprevention-sear2014.pdf?ua=1).
171. WHO. A WHO plan for burn prevention and care. Genebra; 2008. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97852/1/9789241596299_eng.pdf).
172. WHO. Burning opportunity: clean household energy for health, sustainable development, and wellbeing of women and children. Genebra; 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204717/1/9789241565233_eng.pdf).
173. Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E et al. World report on road traffic injury prevention. Genebra: OMS; 2004. (http://cdrwww.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/intro.pdf).
174. WHO. Burn prevention: success stories and lessons learned. Genebra; 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97938/1/9789241501187_eng.pdf).
175. WHO. Preventing youth violence: an overview of the evidence. Genebra; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181008/1/9789241509251_eng.pdf?ua=1&ua=1&ua=1).
176. Child maltreatment fact sheet (reviewed September 2016). In: WHO media centre [website]. (http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs150/en/).
177. Smith CA, Ireland TO, Thornberry TP. Adolescent maltreatment and its impact on young adult antisocial behavior. Child Abuse & Neglect. 2005;29(10):1099-119. (http://ac.els-cdn. com/s0145213405002097/1-s2.0-s0145213405002097-main.pdf?_tid=ede1cece-185f-11e7-9e14-00000aab0f6c&acdnat=1491218775_87fbba76035feec14819d8c50a84d3ad).
178. Roach ES, Golomb MR, Adams R, Biller J, Daniels S, Deveber G et al. Management of stroke in infants and children: a scientific statement from a special writing group of the American Heart Association Stroke Council and the Council on Cardiovascular Disease in the Young. Stroke. 2008;39(9):2644-91. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18635845).
179. WHO. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Genebra; 2006. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf).
180. Rothman EF, Butchart A, Cerdá M. Intervening with perpetrators of intimate partner violence: a global perspective. Genebra: OMS; 2003. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/intervening_full.pdf).
181. WHO. Strengthening care for the injured: success stories and lessons learned from around the world. Genebra; 2010. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44361/1/9789241563963_eng.pdf).
182. WHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Genebra: OMS; 2010. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf).
183. De Koker P, Mathews C, Zuch M, Bastien S, Mason-Jones AJ. A systematic review of interventions for preventing adolescent intimate partner violence. J Adolesc Health. 2014;54(1):3-13. (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X13004606).
184. WHO. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Genebra; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf).
185. WHO. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Genebra; 2003. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf).
186. UNESCO. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach for schools,

teachers and health educators. Paris; 2009. (http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf).
187. Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School based sex education and HIV prevention in lowand middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2014;9(3):e89692. (http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0089692).
188. UNESCO. Comprehensive sexuality education: a global review 2015. Paris; 2015. (http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002357/235707e.pdf).
189. WHO. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents indeveloping countries. Genebra; 2011. (http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf).
190. Meuwissen LE, Gorter AC, Knottnerus AJA. Impact of accessible sexual and reproductive health care on poor and underserved adolescents in Managua, Nicaragua: a quasi-experimental intervention study. J Adolesc Health. 2006;38(1):56.e1-e9. (http://ac.els-cdn.com/S1054139X05000273/1-s2.0-S1054139X05000273-main.pdf?_tid=a4f544f8-1863-11e7-914d-00000aab0f6c&acdnat=1491220370_91069469824dde958c9729a9e2f862ed)
191. Crisman B, Dykstra S, Kenny C, O'Donnell M. The impact of legislation on the hazard of female genital mutilation/cutting: regression discontinuity evidence from Burkina Faso. Documento de trabalho 432, julho de 2016. Washington DC: Center for Global development; 2016. (https://www.cgdev.org/sites/default/files/impact-legislation-hazard-female-genital-mutilationcutting-regression-discontinuity.pdf).
192. WHO. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Genebra; 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206437/1/9789241549646_eng.pdf).
193. Save the Children. Too young to wed: The growing problem of child marriage among Syrian girls in Jordan. Londres; 2014. (http://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/too-young-wed)
194. UNICEF. Early marriage: child spouses. Florença; 2001. (https://www.unicef.org/childrenandislam/downloads/early_marriage_eng.pdf).
195. UNFPA. Girlhood, not motherhood: preventing adolescent pregnancy. Nova York; 2015. (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood_not_motherhood_final_web.pdf).
196. WHO and UNFPA. Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide. Copenhague; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/158866/1/9789241549103_eng.pdf).
197. WHO. Mental health and psychosocial support for conflict-related sexual violence: 10 myths. Genebra; 2012. (http://www.unicef.org/protection/files/policy_brief_10_myths_english_19-7.pdf).
198. WHO. Sexually transmitted infections (STIs): the importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health. Genebra; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82207/1/WHO_RHR_13.02_eng.pdf?ua=1).
199. WHO, UNAIDS. A framework for voluntary medical male circumcision: effective HIV prevention and a gateway to improved adolescent boys' & men's health in eastern and southern Africa by 2021. Genebra; 2016. (http://www.ehpsa.org/revhivprev/key-resources/6-voluntary-male-medical-circumcision/framework-2021/211-policy-brief-vmcc-2021web/file).
200. WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Genebra; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_ eng.pdf).
201. WHO. WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders. Genebra; 2012. (http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/en/).
202. WHO. HIV and young people who sell sex. Technical brief. Genebra; 2015. (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_young_people_who_sell_sex_en.pdf)
203. WHO. HIV and young people who inject drugs. Technical brief. Genebra; 2015. (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_young_people_drugs_en.pdf).
204. WHO. HIV and young men who have sex with men. Technical brief. Genebra; 2015. (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_young_men_sex_with_men_en.pdf).
205. WHO. Technical brief: HIV and young transgender people. Genebra; 2015. (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_young_transgender_en.pdf).
206. Government of the Republic of South Africa. A message to educators on tuberculosis. Pretoria: Department of Basic Education; 2015. (http://www.education.gov.za/portals/0/documents/publications/ls%20a%20message%20to%20educators_final.pdf?ver=2015-01-21-141829-000).
207. WHO. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children (2ª ed.). Genebra; 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112360/1/9789241548748_eng.pdf).
208. WHO. Global health sector response to HIV, 2000-2015. Focus on innovations in Africa: progress report. Genebra; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/198065/1/9789241509824_eng.pdf?ua=1).
209. WHO. Principles and considerations for adding a vaccine to a national immunization programme: from decision to implementation and monitoring. Genebra; 2014. (http://apps.who. int/iris/bitstream/10665/111548/1/9789241506892_eng.pdf?ua=1).
210. WHO. WHO cervical cancer prevention and control costing tool (C4P) user's guide. Genebra; 2012. (http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/c4p_user_guide_v1.0.pdf).
211. US Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. HPV vaccine for preteens

8. Referências

and teens. Diseases and the vaccines that prevent them: information for parents. Atlanta; 2015. (https://www.cdc.gov/vaccines/parents/diseases/teen/hpv-indepth-color.pdf).

212. Cancer Council Australia. Has the program been successful? In: HIV vaccine [website]. (http://www.hpvvaccine.org.au/thehpv-vaccine/has-the-program-been-successful.aspx) consultado em 4 de abril de 2017.
213. WHO. Malaria prevention and control: an important responsibility of a health-promoting school. Genebra; 2007. (http://apps.who.int/iris/handle/10665/43734).
214. Asthma fact sheet (updated November 2013). In: WHO media centre [website]. (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/).
215. WHO. Air quality guidelines for particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide: global update 2005, summary of risk assessment. Report No. 9289021926. Genebra; 2006. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69477/1/who_sde_phe_oeh_06.02_eng.pdf).
216. Ambient (outdoor) air quality and health fact sheet (atualizado em setembro de 2016). In: WHO media centre [website]. (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs313/en/).
217. WHO. Preventing diarrhoea through better water, sanitation and hygiene: exposures and impacts in lowand middle-income countries. Genebra; 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/150112/1/9789241564823_eng.pdf).
218. Rickert B. Water safety plan: a field guide to improving drinking-water safety in small communities. Copenhague: Escritório Regional da OMS para a Europa; 2014. (http://www.euro.who. int/data/assets/pdf_file/0004/243787/water-safety-planeng.pdf).
219. WHO, UNICEF. Water, sanitation and hygiene in health care facilities: status in low and middle income countries and way forward. Genebra; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154588/1/9789241508476_eng.pdf?ua=1).
220. WHO. Protecting surface water for health. Identifying, assessing and managing drinking-water quality risks in surface-water catchments. Genebra; 2016. (http://apps.who.int/iris/handle/10665/246196).
221. WHO. Sanitation safety planning: manual for safe use and disposal of wastewater, greywater and excreta. Genebra; 2016. (http://www.susana.org/es/recursos/biblioteca/details/2443).
222. WHO. Healthy Nutrition: an essential element of a healthpromoting school. Genebra; 1998. (http://www.who.int/hpr).
223. WHO. The physical school environment: an essential component of a health-promoting school. Genebra; 1998. (http://www.who.int/school_youth_health/media/en/physical_sch_ environment.pdf).
224. WHO. Local action: creating health promoting schools. Genebra; 2000. (http://www.who.int/school_youth_health/media/ en/sch_local_action_en.pdf).
225. WHO. Cholera vaccines: WHO position paper. Genebra; 2010. (http://www.who.int/wer/2010/wer8513.pdf?ua=1).
226. WHO. Investing in water and sanitation: increasing access, reducing inequalities. Special report for the sanitation and water for all (SWA) high-level meeting (HLM) 2014. GLAAS team in the water sanitation, hygiene and health (WSH). Genebra; 2014. (http://www.who.int/water_sanitation_health/glaas/2013/14063_swa_glaas_highlights.pdf).
227. WHO. Diarrhoea: why children are still dying and what can be done. Genebra; 2009. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44174/1/9789241598415_eng.pdf).
228. WHO. Meningococcal vaccines: WHO position paper. Genebra; 2011. (http://www.who.int/wer/2011/wer8647.pdf?ua=1).
229. WHO. Managing meningitis epidemics in Africa: a quick reference guide for health authorities and health-care workers. Genebra; rev. 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154595/1/who_hse_gar_eri_2010.4_rev1_eng.pdf).
230. WHO. Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Genebra; 2010. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44416/1/9789241500210_eng.pdf).
231. The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. PMNCH knowledge summary No. 18. Nutrition. Genebra; 2012. (http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/summaries/ks18.pdf?ua=1).
232. WHO. Global recommendations on physical activity for health. Genebra; 2010. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf).
233. WHO. Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Genebra; 2013. (http://apps.who.int/ iris/bitstream/10665/133525/1/9789241506557_eng.pdf).
234. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Genebra; 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1).
235. WHO. Guideline: daily iron supplementation in adult women and adolescent girls. Genebra; 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204761/1/9789241510196_eng.pdf?ua=1&ua=1).
236. WHO Regional Office for the Western Pacific. Be smart drink water: a guide for school principals in restricting the sale and marketing of sugary drinks in and around schools. Manila; 2016. (http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/13218).
237. WHO. Promoting physical activity in schools: an important element of a health-promoting school. Genebra; 2007. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43733/1/9789241595995_eng.pdf).
238. WHO. Tobacco use prevention: an important entry point for the development of health-promoting schools. Genebra; 1998. (http://apps.who.int/iris/handle/10665/65608).
239. WHO. Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions to TB patients in primary care. Genebra; 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112835/1/9789241506953_eng.pdf).

240. WHO. Cancer control: planning. Genebra; 2006. (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_planning/en/).
241. WHO. Cancer control: prevention. Genebra; 2007. (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_prevention/en/).
242. WHO. Cancer control: early detection. Genebra; 2007. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43743/1/9241547338_ eng.pdf).
243. WHO. Cancer control: diagnosis and treatment. Genebra; 2008. (https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20083162695).
244. WHO. Cancer control: palliative care. Genebra; 2007. (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/).
245. WHO. Cancer control: policy and advocacy. Genebra; 2008. (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_advocacy/en/).
246. Abdul Rahim O, Al-Hafez G. Health education for adolescent girls. Cairo: Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental; 2006.
247. WHO Regional Office for Europe. Youth-friendly health policies and services in the European region: sharing experiences. Copenhague; 2010.
248. WHO. Self care for health. Nova Délhi: Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático; 2013.
249. GIZ, BMZ, WHO. Urban transport and health. Module 5g. Sustainable transport: A sourcebook for policy-makers in developing cities. 2011. (http://www2.giz.de/wbf/library/detail.asp?number=9527).
250. de Bes J, Legierse CM, Prinsen CA, de Korte J. Patient education in chronic skin diseases: a systematic review. Acta Derm Venereol. 2011; 91(1):12-7.
251. WHO Regional Office for Africa. The health of the people: what works—the African regional health report 2014. Brazzaville; 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137377/4/9789290232612.pdf).
252. WHO. Intermittent iron and folic acid supplementation in menstruating women: guideline. Genebra; 2011.
253. WHO Regional Office for Africa. Sickle cell disease: a strategy for the WHO African Region. Report of the regional director. Brazzaville; 2010. (http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=5436).
254. Gutenbrunner C, Negrini S, Kiekens C, Zampolini M, Nugraha B. The global disability action plan 2014-2021 of the World Health Organization (WHO): a major step towards better health for all people with disabilities. Chance and challenge for physical and rehabilitation medicine (PRM). Eur J Phys Rehabil Med.2015; 51:1-4.
255. WHO. World report on disability 2011. Genebra; 2011. (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf).
256. Quint EH. Adolescents with special needs: clinical challenges in reproductive health care. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016;29(1):2-6. (http://ac.els-cdn.com/s1083318815002053/1-s2.0-s1083318815002053-main.pdf).
257. WHO. Psychosocial interventions, treatment of emotional disorders. Genebra: Mental health gap action programme (mhGAP); updated 2015. (http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/resource/child_q14.pdf?ua=1).
258. WHO. Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities. Genebra; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/184033/1/9789241565004_eng. pdf?ua=1).
259. WHO. Summaries of projects in developing countries assisting the parents of adolescents. Genebra; 2007. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43707/1/9789241595667_eng.pd).
260. WHO. Update of the mental health gap action programme (mhGAP) guidelines for mental, neurological and substance use disorders. Genebra; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstre am/10665/204132/1/9789241549417_eng.pdf?ua=1).
261. WHO. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report. Genebra; 2004. (http://apps.who.int/iris/handle/10665/43027).
262. WHO. Psychosocial interventions for treatment of behavioural disorders. Genebra; rev. 2015. (http://www.portal.pmnch.org/mental_health/mhgap/evidence/resource/child_q5.pdf).
263. WHO. Prevention of psychoactive substance use. A selected review of what works in the area of prevention. Genebra; 2002. (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_intro.pdf).
264. UNAIDS Guidance: HIV prevention among adolescent girls and young women: Putting HIV prevention among adolescent girls. 2016. (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/20160715_Prevention_girls).
265. Humeniuk R et al. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): manual for use in primary care. Genebra: OMS; 2010. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44321/1/9789241599399_eng.pdf).
266. WHO. Mental health in emergencies: mental and social aspects of health of populations exposed to extreme stressors. Genebra; 2003. (http://apps.who.int/iris/handle/10665/67866).
267. WHO. Psychological first aid: guide for field workers. Genebra; 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44615/1/9789241548205_eng.pdf).
268. WHO. 2015 WHO humanitarian response: summary of health priorities and WHO projects in interagency strategic response plans for humanitarian assistance to protracted emergencies. Genebra; 2015. (http://www.who.int/hac/who_humanitarian_response_plans2015.pdf).
269. UNICEF. Adolescent programming experiences during conflict and post-conflict: case studies; 2004. (https://www.unicef.org/adolescent_conflict(1).pdf).
270. Millstein S, Petersen A, Nightingale E, editors. Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century. Oxford University Press on Demand; 1994.

8. Referências

271. Alderman E, Rieder J, Cohen M. The history of adolescent medicine. Pediatr Res. 2003;54(1):137-47. (http://www.nature.com/pr/journal/v54/n1/pdf/pr2003374a.pdf).
272. WHO. The world health report: 1998: life in the 21st century: a vision for all. Report of the director-general. Genebra; 1998. (http://apps.who.int/iris/handle/10665/42065).
273. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Summary report on the regional workshop on adolescent health situation analysis and core indicators. Cairo; 2012. (http://applications.emro.who.int/docs/ic_meet_rep_2012_en_14636. pdf).
274. Republic of Zambia, Ministry of Health and WHO. Draft report situation analysis: adolescent health in Zambia. Lusaka; 2009.
275. Republic of Zambia, Ministry of Health. Adolescent health strategic plan: 2011 to 2015. Lusaka; 2012. (http://www.bettercarenetwork.org/sites/default/files/zambia%20-%20adolescent%20health%20strategic%20plan%202011-2015.pdf).
276. Scottish Executive. Delivering a healthy future. An action framework for children and young people's health in Scotland: a draft for consultation. Edimburgo; 2006. (http://www.gov.scot/resource/doc/110080/0026619.pdf).
277. Barnekow V, Smith L, Simonelli F, Majer K, Fernandes Guerreiro A. Development of national strategies—case studies from five countries. Copenhague: Escritório Regional da OMS para a Europa; 2008. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107921/1/e92117.pdf).
278. Scottish Government. Supporting young people's health & wellbeing a summary of Scottish Government policy. Edimburgo; 2013. (http://www.gov.scot/resource/0041/00418332.pdf).
279. Government of Mongolia, Ministry of Health. Health sector strategic master plan 2006-2015. Ulaanbaatar; 2015. (http://www.wpro.who.int/health_services/mongolia_nationalhealthplan.pdf).
280. Kirby D. BDI logic models: a useful tool for designing, strengthening and evaluating programs to reduce adolescent sexual risk-taking, pregnancy, HIV and other STDs. Scotts Valley: ETR Associates; 2004. (http://recapp.etr.org/recapp/documents/bdilogicmodel20030924.pdf).
281. WHO. Accelerating implementation of adolescent friendly health services (AFHS) in the South-East Asia region. Report of the meeting of the national adolescent health programme managers in member countries of the South-East Asia region, Bali, Indonesia, 12-15 de fevereiro de 2008. Nova Délhi: Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático; 2008. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204739/1/b3251.pdf).
282. Royal Government of Bhutan, Ministry of Education, Department of Youth and Sports. National youth policy. Thimphu; 2011. (http://www.gnhc.gov.bt/wp-content/uploads/2012/04/inside-national-youth-policy.pdf).
283. Royal Government of Bhutan. National strategic plan for HIV/Aids (2011-2015). Thimphu; 2011.
284. Royal Government of Bhutan. National standards and implementation guide for youth friendly health services. Thimphu; 2011. (http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/ files/resources/iiep_yfhsguide.pdf).
285. Royal Government of Bhutan Ministry of Health. National adolescent health strategic plan: 2013-2018. Thimphu; 2013. (http://www.health.gov.bt/wp-content/uploads/ftps/iec/national%20adolescent%20health%20strategic%20plan%2020132018.pdf).
286. Save the Children USA and UNFPA. Adolescent sexual and reproductive health toolkit for humanitarian settings: a companion to the inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings. Westport; 2009. (https://www.unfpa. org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_asrhtoolkit_english.pdf).
287. WHO Regional Office for the Western Pacific. Giving adolescents a voice. Conducting a rapid assessment of adolescent health needs: a manual for health planners and researchers. Manila; 2001. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207047/1/9290611596_eng.pdf).
288. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. A regional guide to conducting an adolescent health situation analysis. Cairo; 2011. (http://applications.emro.who.int/dsaf/emropub_2011_1268.pdf).
289. Health systems strengthening glossary. In: WHO health systems [website]. (http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html).
290. WHO. Intersectoral action for health: a cornerstone for health-for-all in the twenty-first century. Halifax; 1997 (http://apps.who.int/iris/handle/10665/55730?locale=en&locale=en&null).
291. WHO. Practising a health in all policies approach: lessons for universal health coverage and health equity: a policy briefing for ministries of health based on experiences from Africa, South-East Asia and the Western Pacific. Genebra; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/105529/1/9789241506632_eng.pdf?ua=1&ua=1).
292. Hadley A, Chandra-Mouli V, Ingham R. Implementing the United Kingdom Government's 10-year teenage pregnancy strategy for England (1999-2010): applicable lessons for other countries. J Adolesc Health. 2016;59(1):68-74. (http://ac.els-cdn.com/s1054139x16001026/1-s2.0-s1054139x16001026-main.pdf?_tid=2c455f7a-195311e7-bf38-00000aab0f6b&acdnat=1491323247_5dba22d112ffc975d6bb72faaad82ce4).
293. Hadley A, Ingham R, Chandra-Mouli V. Implementing the United Kingdom's ten-year teenage pregnancy strategy for England (1999-2010): how was this done and what did it achieve? Reproductive Health. 2016;13(1):139. DOI 10.1186/s12978-016-0255-4. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc5120422/pdf/12978_2016_article_255.pdf).
294. Public Health Agency of Canada. Toward health equity: Canadian approaches to the health sector role. Ottawa; 2014.

(http://www.who.int/social_determinants/publications/64-03-towards-health-equity-en-final.pdf)
295. The United Nations Interagency Task Force on Adolescent Girls. Girl power and potential: a joint programming framework for fulfilling the rights of marginalized adolescent girls. ILO, UNESCO, UNFPA, UNICEF, UNIFEM, WHO; 2009. (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ungirls-jointframeworkpdf.pdf).
296. United Nations. World Youth Report. Young people's transition to adulthood: progress and challenges. Nova York; 2007. (http://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/wyr07_complete.pdf).
297. Asker S, Gero A. The role of child and youth participation in development effectiveness: a literature review. Surry Hills: University of Technology and Child Fund Australia; 2012. (https://www.unicef.org/adolescence/cypguide/files/role_of_child_and_youth_participation_in_development_effectiveness.pdf).
298. Social participation. In: WHO social determinants of health [website]. (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/countrywork/within/socialparticipation/en/).
299. EWEC, WHO. Operational framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. Nova York; 2016. (http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/ewec-operational-framework/en/).
300. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade [website]. Genebra: OMS; 2014. (http://apps.who.int/adolescent/second-decade/).
301. Waddington C, Sambo C. Financing health care for adolescents: a necessary part of universal health coverage. Bull World Health Organ. 2015;93(1):57-9. (https://www.ncbi.nlm. nih.gov/pmc/articles/pmc4271683/pdf/blt.14.139741.pdf).
302. Geissler P, Nokes K, Prince R, Achieng'Odhiambo R, Aagaard-Hansen J, Ouma J. Children and medicines: self-treatment of common illnesses among Luo schoolchildren in western Kenya. Social Science & Medicine. 2000;50(12):177183. (http://ac.els-cdn.com/s0277953699004281/1-s2.0-s0277953699004281-main.pdf?_tid=29ae4b7c-1959-11e7-a9a0-00000aab0f27&acdnat=1491325820_94f1c15e0c737ca45267eaaa729b6e32).
303. Geissler P, Meinert L, Prince R, Nokes C, Aagaard-Hansen J, Jitta J et al. Self-treatment by Kenyan and Ugandan schoolchildren and the need for school-based education. Health Policy Plan. 2001;16(4):362-71.) (https://oup.silverchair-cdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/heapol/16/4/10.1093_heapol_16.4.362/1/160362.pdf?Expires=1491814154&Signature=Mk44nEqJM0d-q5SHsyNVHhw8EqsKlBE~CYRMALieVwGQTBrx98AM-4z-DHYitobZacTYja0La~dklwkkJf2k6dG4CdW9Tnw5gY-9zansB6cjU0haLNJvMOFEw1zmvmPDLJAgOk4or3TRY-L5rqgh8OJHSFdWzHVsp6rxTCcPakF77KbrE~J4DeT-6j~gevp2YhxxcZquOv6EuDbOR7RBInTOuUr8oAv9BV-lo54Ip98ng4DCjCW4JbfhLWJO05OKE3rEdEkpEpp88ae-ijIYzyTTh7RnkejViM12YUhhhSGT93yYwC~jQJVPXwJJa-J4PCnAaS9JGioywMRiPlGZWKi16GAIBA__&Key=-Pair-Id-APKAIUCZBIA4LVPAVW3Q).
304. Hampshire K, Porter G, Owusu S, Tanle A, Abane A. Out of the reach of children? Young people's health-seeking practices and agency in Africa's newly-emerging therapeutic landscapes. Soc Sci Med. 2011;73(5):702-10. (http://ac.els-cdn.com/S027795361100400X/1-s2.0-S027795361100400X-main.pdf?_tid=e027c14e-1959-11e7-9fb6-00000aacb360&acdnat=1491326126_cb044ea15f16fc5d8a1e9e3ad22816d3).
305. Rainey D, Brandon D, Krowchuk D. Confidential billing accounts for adolescents in private practice. J Adolesc Health. 2000;26(6):389-91. (http://ac.els-cdn.com/S1054139X99000798/1-s2.0-S1054139X99000798-main.pdf?_tid=2f4fc064-195a-11e7-8bf8-00000aacb361&acdnat=1491326259_74b0ee2ea0250f2feaf1153c6c484631).
306. Anderson I, Maliqi B, Axelson H, Ostergren M. How can health ministries present persuasive investment plans for women's, children's and adolescents' health? Bull World Health Organ. 2016;94(6):468-74. (http://cdrwww.who.int/bulletin/volumes/94/6/15-168419.pdf).
307. Water-related diseases: anaemia fact sheet. In: WHO water sanitation hygiene [website]. (http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases-risks/diseases/anemia/en/).
308. Rajan D, Barroy H, Stenberg K. Budgeting for health. In: Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Genebra: OMS; 2016. (http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/).
309. WHO. Public health agencies and cash transfer programmes: making the case for greater involvement. Genebra; 2011.(http://www.who.int/iris/handle/10665/44797).
310. WHO. OneHealth Tool: supporting integrated strategic health planning, costing and health impact analysis. Genebra; 2013. (http://www.who.int/choice/onehealthtool/onehealth_tool_supporting_integrated_strategic_health_planning.pdf)
311. WHO. Table 1: Summary of WHO position papers Recommendations for routine immunization (atualizado em 21 de maio de 2016). 2016. (http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/).
312. Health financing for universal health coverage. In: WHO programmes [website]. (http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/).
313. WHO. A framework for national health policies, strategies and plans. Genebra; 2010. (http://www.who.int/nationalpolicies/frameworknhpsp_final_en.pdf).
314. WHO, UNAIDS. Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents. Volume 1: Standards and criteria. 2015. (http://apps.who.int/iris/handle/10665/183935).
315. 316.64th World Health Assembly. Agenda item 13.4. Strengthening national health emergency and disaster management capacities and resilience of health systems. AMS64.10. 24 de maio de 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/3566/1/ A64_R10-en.pdf).

8. Referências

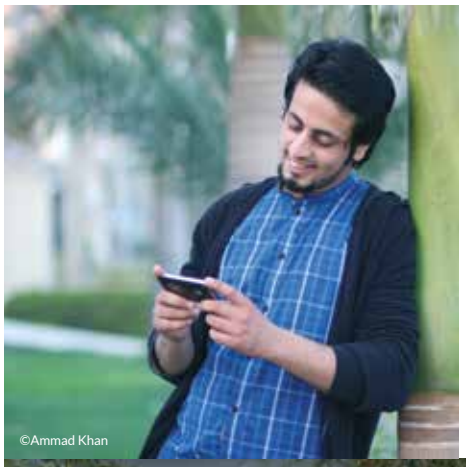
316. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. In: United Nations Division for Social Policy and Development Disabilities CRPD [website]. (https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html).
317. UNICEF. Adolescence: An age of opportunity. The state of the world's children 2011. Nova York; 2011. (https://www.unicef.org/sowc2011/)
318. Baltag V, Sawyer SM. Quality healthcare for adolescents. In: Cherry A, Baltag V, Dillon M, editors. International handbook on adolescent health and development: the public health response. Heidelberg: Springer; 2016. (http://www.springer.com/us/book/9783319407418).
319. Republic of Moldova, Ministry of Health. Continuous professional education program for doctors and pharmacists. Chi?in?u; 2016. (http://educatiecontinua.usmf.md/wp-content/blogs.dir/146/files/sites/146/2013/10/programul-fecmf-2016.doc)
320. Zaborskis A, Veryga A, Zemaitiene N, Zuoza R, Gaizauskiene A, Petkevicius R, Laukaitiene A. Lithuania: mediating the effects of alcohol and traffic safety control and policies. In: WHO 2010. Socio-environmentally determined health inequities among children and adolescents: summary of outcomes, background papers and country case studies. Copenhague: Escritório Regional da OMS para a Europa; 2010. (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/135891/e94866.pdf).
321. Nair M, Baltag V, Bose K, Boschi-Pinto C, Lambrechts T, Mathai M. Improving the quality of health care services for adolescents, globally: a standards-driven approach. J Adolesc Health. 2015 Sep:57(3):288-298. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4540599/).
322. WHO, UNAIDS. Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Volume 2: implementation guide. Genebra; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183935/4/9789241549332_vol2_eng.pdf).
323. Bundy DAP, de Silva N, Horton S, Patton GC, Jamison DT, editors. Disease control priorities. Third edition. Volume 8: child and adolescent health and development. Washington DC: Banco Mundial; 2017 (no prelo).
324. Argentine Republic, Ministry of Health. Programa nacional de salud integral en la adolescencia (PNSIA: national programme for integrated adolescent health). Comunicação pessoal à autora, 23 November 2016.
325. UNESCO, UNODC, WHO. Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs: good policy and practice in health education. Paris; 2017. (http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002475/247509e.pdf).
326. 67th World Health Assembly. Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity. Agenda item 14.6. 24 de maio de 2014. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha67/a67_r12-en.pdf).
327. WHO. Demonstrating a health in all policies analytic framework for learning from experiences: based on literature reviews from Africa, South-East Asia and the Western Pacific. Genebra; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104083/1/9789241506274_eng.pdf).
328. UNESCO. Strategic planning concept and rationale. Paris: International Institute for Educational Planning; 2010. (http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001897/189757e.pdf).
329. UNAIDS. Get on the fast-track: the life-cycle approach to HIV. Genebra; 2016. (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/get-on-the-fast-track)
330. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice). Genebra: OMS; 2010. (http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf).
331. Health impact assessment. In: WHO programmes [website]. (http://www.who.int/hia/tools/process/en/). Consultado em 16 de março de 2017.
332. UNESCO. Developing an education sector response to early and unintended pregnancy: discussion document for a global consultation, November 2014. Paris; 2014. (http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002305/230510E.pdf).
333. UNESCO. Substance use prevention in educational settings in Eastern Europe and Central Asia: a review of policies and practices. Escritório da UNESCO em Moscou; 2015. (http://iite.unesco.org/pics/publications/en/files/3214742.pdf).
334. WHO. Social determinants of health. Sectoral briefing series
335. Social protection: shared interests in vulnerability reduction and development. Genebra; 2012. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44876/1/9789241503655_eng.pdf).
336. ITU, UNICEF. Guidelines for industry on child online protection. Genebra; 2015. (https://www.unicef.org/csr/files/cop_guidelines_english.pdf).
337. WHO. Social determinants of health. Sectoral briefing series Transport (road transport): shared interests in sustainable outcomes. Genebra; 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44749/1/9789241502580_eng.pdf).
338. WHO. Social determinants of health. Sectoral briefing series Housing: shared interests in health and development. Genebra; 2011. (http://apps.who.int/iris/handle/10665/44705).
339. WHO. Social determinants of health. Sectoral briefing series Energy: shared interests in sustainable development and energy services. Genebra; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91591/1/9789241506199_eng.pdf).
340. UNODC. Model strategies and practical measures on the elimination of violence against children in the field of crime prevention and criminal justice. Nova York; 2015. (https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/14-08451_strategy_ebook.pdf).
341. WHO. Global health sector response to HIV, 20002015 Focus on innovations in Africa: progress report. Genebra; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/198065/1/9789241509824_eng.pdf).

342. WHO. Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health. Copenhague; Escritório Regional da OMS para a Europa; 2007. (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf).
343. Pruss-Ustun A, Corvalán C. Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks (second edition). Genebra: OMS; 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf?ua=1)
344. WHO. Reducing harm from alcohol use: good practices. Nova Délhi: Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático; 2009. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205737/1/b4955.pdf)
345. WHO. Beginning with the end in mind: planning pilot projects and other programmatic research for successful scaling up. Genebra; 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44708/1/9789241502320_eng.pdf).
346. WHO. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. In: Global Health Observatory visualizations [website]. (http://apps.who.int/gho/data/view.wrapper.MortAdov?lang=en&menu=hide). Consultado em 14 de março de 2017.
347. Das J, Salam R, Arshad A, Finkelstein Y, Bhutta Z. Interventions for adolescent substance abuse: an overview of systematic reviews. J of Adolesc Health. 2016;59(4):61-75. (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X16301677).
348. Das J, Salam R, Arshad A, Lassi Z, Khan M, Mahmood W et. al. Interventions for adolescent mental health: an overview of systematic reviews. J Adolesc Health. 2016; 59(4):49-60. (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X16301677).
349. Das J, Salam R, Arshad A, Lassi Z, Bhutta Z. Systematic review and meta-analysis of interventions to improve access and coverage of adolescent immunizations. J Adolesc Health. 2016;59(4):40-48. (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X16301768).
350. Langford R, Bonell C, Jones H, Pouliou T, Murphy S, Waters E et al. The WHO health promoting school framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. Cochrane Database Syst Rev. 2014(4):CD008958. (http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008958.pub2/pdf).
351. Salam R, Faqqah A, Sajjad N, Lassi Z, Das J, Kaufman M et al. Improving adolescent sexual and reproductive health: a systematic review of potential interventions. J Adolesc Health. 2016;59(4):11-28. (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X16301689).
352. Salam R, Hooda M, Das J, Arshad A, Lassi Z, Middleton P et al. Interventions to improve adolescent nutrition: a systematic review and meta-analysis. J Adolesc Health. 2016;59(4):29-39. (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X16301690).
353. WHO. Education: shared interests in well-being and development. Genebra; 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44737/1/9789241502498_eng.pdf).
354. Republic of Rwanda, Ministry of Education. National school health policy. Kigali; 2014. (http://www.mineduc.gov.rw/file-admin/health_1.pdf).
355. UNODC. International standards on drug use prevention. Viena; 2015. (https://www.unodc.org/documents/prevention/unodc_2013_2015_international_standards_on_drug_use_prevention_e.pdf).
356. Duffy M, Lamstein S, Lutter C, Koniz-Booher P. Review of programmatic responses to adolescent and women's nutritional needs in low and middle income countries. Arlington: USAID and the Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) project; 2015. (https://www.spring-nutrition.org/sites/default/files/publications/reports/spring_review_programmatic_responses.pdf).
357. Child Protection Working Group. Minimum standards for child protection in humanitarian action. Genebra; 2012. (https://www.unicef.org/iran/Minimum_standards_for_child_protection_in_humanitarian_action.pdf).
358. WHO. Autism spectrum disorders and other developmental disorders: from raising awareness to building capacity. Genebra; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/103312/1/9789241506618_eng.pdf).
359. WHO. Preventing suicide: a global imperative. Genebra; 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua).
360. WHO. Strengthening intersectoral collaboration for adolescent health: report of a meeting of regional programme managers, Nova Délhi; 25-27 de novembro de 2014. Nova Délhi; 2016. (http://apps.who.int/iris/handle/10665/204359).
361. International Network for Education in Emergencies. INEE minimum standards for education: preparedness, response, recovery. Nova York; 2010. (http://toolkit.ineesite.org/toolkit/ineecms/uploads/1012/inee_guidebook_en_2012%20lores.pdf).
362. WHO. Innovative care for chronic conditions. Building blocks for actions: global report. Genebra; 2002. (http://apps.who.int/iris/handle/10665/42500).
363. Save the Children. Delivering education for children in emergencies: a key building block for the future. Londres; 2008 (http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7b9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7d/delivering_education_emergencies.pdf).
364. International Network for Education in Emergencies. Guidelines for child friendly spaces in emergencies. Nova York; 2011 (https://www.unicef.org/protection/child_friendly_spaces_guidelines_for_field_testing.pdf).
365. Inter-Agency Task Team on HIV and Young People. Guidance brief. Nova York; 2008. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/iatt_hivandyoungpeople/en/).
366. Inter-Agency Standing Committee. Guidelines for HIV/Aids interventions in emergency settings. Genebra; 2003.

8. Referências

(http://data.unaids.org/publications/external-documents/iasc_guidelines-emergency-settings_en.pdf).
367. WHO. Les nouvelles stratégies nationales de santé scolaire et de promotion de la santé des jeunes ont été diffusées. In: Maroc; WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean [website]. (http://www.emro.who.int/fr/mor/morocco-news/diffusion-de-nouvelles-strategies-nationales-de-sante-scolaire-et-de-promotion-de-la-sante-des-jeunes.html) accessed 16 March 2017.
368. WHO. Health programme evaluation: guiding principles for its application in the managerial process for national health development. Genebra; 1981. (http://www.who.int/iris/handle/10665/40674).
369. WHO. Monitoring, evaluation and review of national health strategies. A country-led platform for information and accountability. Genebra; 2011. (http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/1085_IER_131011_web.pdf).
370. EWEC. Indicator and monitoring framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' health. Nova York; 2016. (http://www.who.int/life-course/publications/gs-Indicator-and-monitoring-framework.pdf).
371. Vu L, Pulerwitz J, Burnett-Zieman B, Banura C, Okal J, Yam E. Inequitable gender norms from early adolescence to young adulthood in Uganda: tool validation and differences across age groups. J Adolesc Health. 2017;60(2):15-21. (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X16303767).
372. WHO. World handbook on health inequality monitoring: with a special focus on lowand middle-income countries. Genebra; 2013. (http://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/health-inequality/en/).
373. OECD. Principles for evaluation of development assistance. Paris; 1991.(https://www.oecd.org/development/evaluation/2755284.pdf).
374. Dickson K, Ashton J, Smith J. Does setting adolescent-friendly standards improve the quality of care in clinics? Evidence from South Africa. Int J Qual Health Care. 2007;19(2):80-9. (https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzl070).
375. Barua A, Chandra-Mouli V. The Tarunya project's efforts to improve the quality of adolescent reproductive and sexual health services in Jharkhand state, India: a post-hoc evaluation. Int J Adoles Med Health. 2016. (https://www.degruyter. com/downloadpdf/j/ijamh.ahead-of-print/ijamh-2016-0024/ijamh-2016-0024.pdf).
376. UNESCO. International technical guidance on sexuality education. Volume I: the rationale for sexuality education. Paris; 2009. (http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf).
377. Hoopes A, Agarwal P, Bull S, Chandra-Mouli V. Measuring adolescent friendly health services in India: a scoping review of evaluations. Reproductive Health. 2016;13(1):137. (https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0251-8).
378. Hindin M, Christiansen C, Ferguson B. Setting research priorities for adolescent sexual and reproductive health in low-and middle-income countries. Bull World Health Organ. 2013;91(1):10-8. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc3537249/pdf/blt.12.107565.pdf).
379. Nagata J, Ferguson B, Ross D. Research priorities for eight areas of adolescent health in low-and middle-income countries. J Adolesc Health. 2016;59(1):50-60. (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/s1054139x16000951).
380. Rudan I, Gibson J, Ameratunga S, Arifeen S, Bhutta Z, Black M et al. Setting priorities in global child health research investments: guidelines for implementation of CHNRI method. Croatian Medical Journal. 2008;49(6):720-33. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2621022/pdf/CroatMedJ_49_0720.pdf).
381. Villa-Torres L, Svanemyr J. Ensuring youth's right to participation and promotion of youth leadership in the development of sexual and reproductive health policies and programs. J Adolesc Health. 2015;56(1):51-7. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25528979).
382. YouthNet, Family Health International, Advocates for Youth. Youth participation guide: assessment, planning, and implementation. Arlington; 2005. (https://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/1652-youth-participation-guide-assessment-planning-and-implementation).
383. IHP+, WHO. Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability. Genebra; 2011. (https://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/documents/tools/m_e_framework/m%26e.framework.2011.pdf).
384. WHO. Technical consultation on indicators of adolescent health. OMS: Genebra, Suíça, 30 de setembro-1º de outubro de 2014. Genebra; 2015. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent-health-technical-consultation/en/).
385. UNESCO, WHO, UNICEF, UNODC, EDC, PDCP et al. Monitoring and evaluation guidance for school health programs thematic indicators supporting FRESH (focusing resources on effective school health). Nova York; 2014. (https://www.unicef.org/lifeskills/files/freshdocument.pdf).
386. UNESCO, WHO, UNICEF, UNODC, EDC, PDCP et al. Monitoring and evaluation guidance for school health programs eight core indicators to support FRESH. Nova York; 2014. (http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/fresh_m%26e_core_indicators.pdf).
387. Baltag V, Servili C, Macintyre A. Adolescent mental health: new hope for a "Survive, Thrive and Transform" policy response. Journal of Public Mental Health. 2016;15(1):63-70. (http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/jpmh-12- 2015-0054).
388. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. Lancet. 2009;373(9682):2223-33.

(http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/piis0140-6736(09)60746-7/abstract).
389. 389.68th World Health Assembly, Genebra, 18-26 May 2015. resolutions and decisions: annexes. WHA68/2015/REC/1. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha68-rec1/a68_r1_ rec1-en.pdf).
390. Population Reference Bureau. Ending female genital mutilation/cutting: lessons from a decade of progress. Washington DC; 2013. (http://www.prb.org/pdf14/progress-ending-fgm. pdf).
391. WHO, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, UNICEF, UNFPA, The World Bank, UN Women, UNAIDS, Countdown to 2030, Health Data Collaborative. Country data, universal accountability: monitoring priorities for the global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030). Genebra; 2016. (http://www.who. int/life-course/partners/global-strategy/gs-monitoring-readiness-report.pdf).
392. WHO. Recommendations on maternal and perinatal health. Genebra; 2013. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/guidelines-recommendations-maternal-health.pdf?ua=1).
393. Family planning/contraception fact sheet (updated December 2016). In: WHO media centre [website]. (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/).
394. WHO. HIV treatment and care. What's new in adolescent treatment and care; factsheet. Genebra; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204460/1/WHO_HIV_2015.45_eng.pdf).
395. WHO. WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. Genebra; 2015. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/health-promotion-interventions/en/).
396. Svanemyr J, Venkatraman C-M, Raj A, Travers E and Sundaram L. Research priorities on ending child marriage and supporting married girls. Reprod. Health. 2015, 12:80. (https://www.ncbi. nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4558638/pdf/12978_2015_Article_60.pdf).
397. WHO. WHO recommendations for routine immunization: a user's guide to the summary tables (atualizado em 4 de outubro de 2012). Genebra; 2012. (http://www.who.int/immunization/ policy/immunization_tables/en/).
398. WHO. Training package for health care providers In: children's environmental health [website].(http://www.who.int/ceh/ca- pacity/trainpackage/en/). Consultado em 5 de abril de 2017.
399. WHO. Community genetics services: report of a WHO consultation on community genetics. Genebra; 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44532/1/9789241501149_ eng.pdf).
400. Murphy N, Young PC. Sexuality in children and adolescents with disabilities. Developmental Medicine & Child Neurology. 2005;47(9):640-4. (http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.2005.tb01220.x/pdf).
401. WHO. The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care. Genebra; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44321/1/9789241599399_eng.pdf).
402. WHO. Working with street children. A training package on substance use, sexual and reproductive health including HIV/Aids and STDs. Module 3: understanding substance use among street children. Genebra; 2010. (http://www.who.int/substance_abuse/activities/street_children/en/).
403. The Global Fund. Maximizing impact by addressing adolescents' needs in Global Fund concept notes: strategic investments for adolescents In HIV, tuberculosis and malaria programs. Genebra: 2016. (http://www.theglobalfund.org/documents/core/infonotes/core_adolescents_infonote_en).
404. WHO. Sexual and reproductive health during protracted crises and recovery. Genebra 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70762/1/who_hac_bro_2011.2_eng.pdf).
405. WHO. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Genebra; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_ eng.pdf)
406. WHO. Reproductive, maternal, newborn and child health and human rights: a toolbox for examining laws, regulations and policies. Genebra; 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126383/1/9789241507424_eng.pdf).
407. Guttmacher Institute. Adolescents' need for and use of abortion services in developing countries. Nova York; 2016. (https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/fb_adolescent-abortion-services-developing-countries.pdf).
408. WHO. Core competencies in adolescent health and development for primary care providers, including a tool to assess the adolescent health and development component in pre-service education. Genebra; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148354/1/9789241508315_eng.pdf?ua=1).


©Ammad Khan

©Palash Khatri

©Palash Khatri

©Palash Khatri

©Camila Eugenia

©Hanalie Albiso

©Palash Khatri

©Jacob Han

©Hauranitai Shulika

©Hanalie Albiso

©Edith Kachingwe

Para maiores informações, favor entrar em contato com:

Saúde da Família, da Mulher e da Criança
Organização Mundial da Saúde
20 Avenue Appia
1211 Genebra 27
Switzerland

Tel.: +41 22 791 3281
Fax: +41 22 791 4853
E-mail: mediainquiries@who.int
Website: www.who.int/life-course

ISBN: 978-92-75-71998-5