



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

## 164ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 24 a 28 de junho de 2019

---

Tema 7.5 da agenda provisória

CE164/INF/5  
2 maio de 2019  
Original: inglês

### ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA A SAÚDE DO ADOLESCENTE E DO JOVEM: RELATÓRIO FINAL

#### Antecedentes

1. Em 2008, o 48º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) adotou a *Estratégia regional para melhorar a saúde do adolescente e da juventude* (documento CD48/8 e resolução CD48.R5) (1, 2), e em 2009, o 49º Conselho Diretor aprovou o *Plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem 2010-2018* (documento CD49/12 e resolução CD49.R14) (3, 4). O objetivo da Estratégia regional era melhorar a saúde das pessoas jovens por meio do desenvolvimento e fortalecimento de uma resposta integrada do setor de saúde, bem como da implementação de programas efetivos de promoção, prevenção e atenção à saúde do adolescente e da juventude, enquanto o objetivo do *Plano de ação* era operacionalizar a Estratégia regional durante o período 2010-2018.

2. A finalidade deste documento é informar os Órgãos Diretores acerca dos resultados obtidos com a implementação da Estratégia e plano de ação, bem como do progresso ocorrido no sentido de alcançar os oito objetivos em saúde e os 19 indicadores e metas de impacto estabelecidos no Plano de ação. A análise empregou dados nacionais oficiais comunicados à OPAS e à Organização Mundial da Saúde (OMS), estimativas globais e regionais, levantamentos realizados nos países e avaliações de programas. Neste relatório, o termo “adolescente” refere-se à faixa etária de 10-19 anos; “jovens” ou “juventude”, à faixa etária de 15-24 anos; e “população jovem”, à faixa etária de 10-24 anos.

#### Análise do progresso alcançado

3. Em termos gerais, a Região avançou na implementação da Estratégia e plano de ação e das sete áreas estratégicas de ação propostas no plano. O progresso reflete o trabalho realizado por meio de departamentos e programas da Repartição Sanitária Pan-Americana, bem como os esforços de colaboração com outros parceiros regionais. Durante o período coberto pelo Plano de ação, 93% dos países e territórios da Região elaboraram ou atualizaram planos e políticas voltados para a saúde de adolescentes e jovens, que incluíram planos e políticas nacionais para a saúde do adolescente, planos de prevenção de gravidez na adolescência e planos nacionais de saúde com metas e atividades específicas para a

---

saúde de adolescentes e jovens. Em 2017, a OMS publicou o documento *Ação global acelerada para a saúde de adolescentes* (Guia de orientação AA-HA!) (5) a fim de orientar os países na tradução em ação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (6) e da *Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes* (7). Equipes multidisciplinares de 16 países foram treinadas para usar o Guia de orientação AA-HA!, e pelo menos oito deles já completaram ou iniciaram a elaboração ou atualização dos planos nacionais para a saúde do adolescente em conformidade com o AA-HA!, cujo resultado é uma nova geração de planos nacionais multissetoriais e informados por evidências alinhados com a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*.

4. A disponibilidade e uso de dados sobre a saúde de adolescentes e jovens melhoraram graças à capacitação de interessados diretos, à inclusão das categorias de adolescentes (10-19 anos) e jovens (15-24 anos) na notificação de mortalidade e às pesquisas e estudos sobre a saúde do adolescente: entre 2008 e 2017, 27 países e territórios realizaram pelo menos uma Pesquisa Mundial de Saúde do Escolar (GSHS, por sua sigla em inglês), e pelo menos sete fizeram pesquisas sobre saúde e sexualidade do adolescente. Em 2018, a OPAS publicou um relatório regional sobre a saúde de adolescentes e jovens nas Américas, com um resumo das informações disponíveis sobre os objetivos de saúde do Plano de ação (8). O acesso a serviços de saúde de qualidade foi ampliado mediante capacitação inicial e educação continuada de profissionais da saúde em diversos temas de saúde do adolescente. A OPAS colaborou com várias universidades, incluindo a Universidade Católica do Chile e a Universidade das Índias Ocidentais, para a elaboração de conteúdo e cursos sobre saúde do adolescente para capacitação, em nível de graduação e pós-graduação, de profissionais de saúde e pessoas em profissões associadas. Os Estados Membros contaram com cooperação técnica para a elaboração e implementação de pacotes de serviços e padrões para os serviços de saúde do adolescente: entre 2009 e 2016, 18 países e territórios informaram ter um pacote integral e bem definido de serviços de saúde para adolescentes, e 19 informaram ter padrões nacionais para a prestação de serviços de saúde especificamente para a população jovem.

5. Durante o período coberto pelo *Plano de ação*, introduziram-se na Região várias promissoras intervenções escolares centradas na família e nos jovens, entre as quais estão os programas *Familias Fuertes*, *Aventuras Inesperadas* e *Escuelas de de Futbol*. No período de 2016-2017, a OPAS analisou a situação desses programas e concluiu que a maioria havia sido interrompida ou nunca havia alcançado a escala necessária para obter resultados significativos. Alguns dos desafios identificados nessa análise foram a dependência de financiamento externo, os elevados custos de implementação e a falta de apoio do governo. Uma avaliação externa do “*Familias Fuertes*”, o programa mais adotado na América Latina, que promove o desenvolvimento de competências parentais e a melhor comunicação nas famílias para reduzir comportamentos de risco em adolescentes, concluiu que os países com a implementação mais bem-sucedida foram aqueles onde o programa havia sido adotado como política e tinha um orçamento próprio e estruturas bem definidas de coordenação e implementação. Esse programa alcança mais de 140.000 famílias na América Latina anualmente. Com base nos resultados da avaliação externa, a OPAS atualizou o conteúdo e a orientação para o *Familias Fuertes* a fim de fortalecer ainda mais a implementação fiel e sustentável. Uma importante conclusão das avaliações do

programa foi que, para terem êxito, as intervenções devem possibilitar a replicação fácil e de baixo custo, com forte apoio governamental desde o princípio.

6. Em face da importante posição e da relevância da tecnologia digital na vida cotidiana da população jovem, a OPAS apoiou a capacitação regional e nacional no uso de meios digitais em programas de saúde do adolescente, ajudando vários países a desenvolver estratégias de saúde digitais como parte da resposta para a saúde do adolescente e do jovem. A participação e o empoderamento dos jovens foram integrados à cooperação técnica da OPAS, com ênfase especial em adolescentes do sexo feminino e em jovens indígenas e afrodescendentes.

7. Realizou-se análise de mortalidade com base nos 24 países e territórios com notificação de dados de 2008 e 2015.<sup>1</sup> Observam-se importantes diferenças entre os países: entre aqueles que apresentaram dados de mortalidade, nove constataram aumento da mortalidade total (9). Os homicídios diminuíram em 11 países, mas houve aumento do homicídio de mulheres em oito países e de homens em 11 (9). A análise com base na equidade, realizada em 10 países com o apoio da OPAS, mostrou variações na mortalidade geral e por causa específica entre subgrupos dentro de um mesmo país quando analisadas por grupo étnico, nível de renda, escolaridade e lugar de residência (10).

8. A adolescência é uma etapa da vida crucial para a saúde sexual e reprodutiva (SSR) em razão das rápidas transformações físicas, hormonais e emocionais ocorridas durante a puberdade e da aquisição de capacidade reprodutiva. Dados da Pesquisa Mundial de Saúde do Escolar e da Pesquisa de Demografia e Saúde (DHS, por sua sigla em inglês) de 20 países indicam níveis significativos de iniciação sexual precoce (< 15 anos), que variam de 18,9% em El Salvador a 33,5% em Barbados, com porcentagens sistematicamente maiores no sexo masculino (11, 12). Ao mesmo tempo, a ALC ainda é a região com a segunda maior taxa de fertilidade na adolescência no mundo e com a menor taxa de declínio (13), com grandes variações entre países e dentro de um mesmo país. Nos países que dispõem de dados desagregados, adolescentes indígenas, rurais, com menor escolaridade e pobres têm taxas de fertilidade 3 a 5 vezes maiores que as médias nacionais (12, 14, 15). As gestações em meninas menores de 15 anos são motivo de preocupação crescente na Região, intimamente associadas à violência sexual. Cerca de 2% das mulheres em idade reprodutiva na ALC tiveram seu primeiro parto antes de completar 15 anos, e a ALC é a única região do mundo com tendência ascendente de gestações em idade muito precoce (8).

9. Qualquer uso de álcool por adolescentes é considerado prejudicial, dado o impacto no desenvolvimento encefálico durante a adolescência. Os dados da Pesquisa Mundial de Saúde do Escolar coletados desde 2008 indicam introdução precoce do álcool e níveis significativos de uso atual de álcool por adolescentes de 13 a 15 anos de idade (16). A maconha é a substância psicoativa mais usada pela população jovem depois do tabaco e do álcool, com diferenças acentuadas do uso ao longo da vida descrito entre os países. Segundo as estimativas mundiais, a proporção de adolescentes de 13 a 15 anos com

---

<sup>1</sup> Argentina, Aruba, Belize, Bermuda, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Cuba, Equador, Guiana Francesa, Guadalupe, Guatemala, Martinica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Porto Rico, São Vicente e Granadinas, EUA, Uruguai e Ilhas Virgens dos EUA.

sobrepeso e obesidade nas Américas aumentou durante o período de notificação. Além disso, adolescentes de 13 a 15 anos informaram consumo frequente de refrigerantes e *fast food*, bem como baixos níveis de atividade física regular (11).

10. Diante da falta de progresso em diversas áreas, ainda há muito a fazer para assegurar que toda a população jovem nas Américas não só sobreviva, mas também se desenvolva em um ambiente que lhes permita prosperar, alcançar seu pleno potencial e contribuir para o próprio desenvolvimento e o de sua comunidade. A falta de alocação de recursos humanos e financeiros limitou a implementação das políticas, estratégias e planos de ação existentes. Além disso, os adolescentes continuam a enfrentar importantes obstáculos legais, políticos, de sistema de saúde e sociais para receber a ampla gama de serviços preventivos, promocionais e curativos de qualidade e apropriados para a idade de que necessitam. Nos locais onde existem serviços, eles podem ser fragmentados e não alinhados com as necessidades da atenção à saúde da população jovem (por exemplo, serviços de saúde mental). As estratégias e intervenções multissetoriais voltadas para as famílias, escolas e comunidades continuam fragmentadas e limitadas em número e alcance. Além disso, os esforços para identificar e abordar os grupos mais vulneráveis da população jovem com intervenções baseadas em evidências ainda são limitados.

11. A tabela adiante apresenta as informações disponíveis sobre as metas de impacto e os indicadores do *Plano de ação*. Como vários indicadores não têm linha de base ou metas, as linhas de base de 2008 são construídas ou identificadas quando possível, e as informações disponíveis sobre o progresso regional ou nacional são resumidas. Os indicadores no *Plano de ação* usam diferentes faixas etárias; às vezes, referem-se somente a homens ou mulheres e outras vezes, a ambos. O progresso indicado refere-se aos parâmetros especificados, com o fornecimento de outras informações quando pertinente. A falta de linhas de base e metas dificulta a determinação do progresso em vários indicadores.

<b>Meta 1: Reduzir a mortalidade de adolescentes e jovens</b>	
<b>Indicador, linha de base e meta</b>	<b>Situação</b>
<p><b>1.1</b> Reduzir a taxa de mortalidade de adolescentes e jovens (10–24 anos de idade)</p> <p>Linha de base: 90,3 por 100.000 habitantes<sup>2</sup> (2008, 24<sup>3</sup> países e territórios)</p> <p>Meta: não disponível</p>	<p>Em 2015, a mortalidade total da população jovem aumentou para 92,1 por 100.000 habitantes (9).</p> <p>Nas mulheres de 10-24 anos de idade, a mortalidade total diminuiu de 45,6 para 44,4 por 100.000, enquanto, nos homens, aumentou de 133,6 para 138,1 por 100.000 entre 2008 e 2015.</p>

<b>Meta 2: Reduzir as causas externas não intencionais</b>	
<b>Indicador, linha de base e meta</b>	<b>Situação</b>
<p><b>2.1</b> Reduzir a taxa de mortalidade por causas externas devido a acidentes de trânsito no sexo masculino (15–24 anos)</p> <p>Linha de base: 34,4 por 100.000 habitantes (2008, 24 países)<sup>4</sup></p> <p>Meta: não disponível</p>	<p>Em 2015, a mortalidade em homens de 15-24 anos por lesões causadas por acidentes de trânsito caiu ligeiramente para 34,1 por 100.000 habitantes (9).</p> <p>A mortalidade por lesões causadas por acidentes de trânsito nas mulheres nessa faixa etária caiu de 7,9, em 2008, para 6,8 por 100.000, em 2015 (9).</p> <p>A mortalidade por lesões causadas por acidentes de trânsito nos adolescentes de 10-19 anos caiu de 10,8 para 9,8 por 100.000; nos adolescentes do sexo feminino, de 5,4 para 4,2 por 100.000; e do sexo masculino, de 16,0, em 2008, para 15,2 por 100.000, em 2015.</p>

<sup>2</sup> A linha de base estava sendo elaborada por ocasião da aprovação do Plano de Ação. Desse modo, a linha de base foi definida com base em dados disponíveis de 2008.

<sup>3</sup> Argentina, Aruba, Belize, Bermuda, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Cuba, Equador, Guiana Francesa, Guadalupe, Guatemala, Martinica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Porto Rico, São Vicente e Granadinas, EUA, Uruguai, Ilhas Virgens dos EUA.

<sup>4</sup> A linha de base estava sendo elaborada por ocasião da aprovação do Plano de Ação. Desse modo, a linha de base foi definida com base em dados disponíveis de 2008.

<b>Meta 3: Reduzir a violência</b>	
<b>Indicador, linha de base e meta</b>	<b>Situação</b>
<p><b>3.1</b> Reduzir a taxa de suicídio (10–24 anos de idade)</p> <p>Linha de base: 5,9 por 100.000 habitantes (2008, 24 países)<sup>5</sup></p> <p>Meta: não disponível</p>	<p>Em 2015, a taxa de suicídio na população jovem de 10-24 anos aumentou para 6,2 por 100.000 (9).</p> <p>A taxa de suicídio aumentou de 5,3 para 6,0 por 100.000 em adolescentes do sexo masculino e manteve-se constante em 3,1 por 100.000 em adolescentes do sexo feminino entre 2008 e 2015.</p>
<p><b>3.2</b> Reduzir a taxa de homicídios no sexo masculino (15–24 anos)</p> <p>Linha de base: 70,5 por 100.000 habitantes (2008, 24 países)<sup>6</sup></p> <p>Meta: não disponível</p>	<p>Em 2015, a taxa de homicídios em homens de 15-24 anos aumentou para 75,5 por 100.000 (9).</p> <p>A taxa de homicídios em mulheres de 15-24 anos aumentou de 5,8 para 6,1 por 100.000 entre 2008 e 2015 (9).</p> <p>A taxa de homicídios em adolescentes do sexo masculino aumentou de 29,0 para 33,8 por 100.000, e em adolescentes do sexo feminino, de 3,3 para 3,5 por 100.000 entre 2008 e 2015 (9).</p>

<b>Meta 4: Reduzir o uso de substâncias químicas e promover a saúde mental</b>	
<b>Indicador, linha de base e meta</b>	<b>Situação</b>
<p><b>4.1</b> Reduzir a porcentagem de adolescentes entre 13–15 que consumiram uma ou mais bebida alcoólica nos últimos 30 dias</p> <p>Linha de base: 36%</p> <p>Meta: 20%</p>	<p>Como o plano mencionou somente a Pesquisa Mundial de Saúde do Escolar como fonte de dados, mas não forneceu detalhes sobre quais e quantos países foram incluídos no cálculo regional, a OPAS não pôde reconstruir a linha de base apresentada no <i>Plano de ação</i> ou o respectivo valor atual.</p> <p>Os dados da Pesquisa Mundial de Saúde do Escolar de 26 países da ALC no período de 2007-2017 mostram grandes variações entre os países do consumo atual de álcool, medido pelo consumo de uma ou mais bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias, com números que variam de 15,1% na Bolívia (2012) a 55,0% em Santa Lúcia. Na maioria dos países, os homens informaram níveis de uso atual de álcool maiores ou semelhantes aos das mulheres, exceto em quatro países, onde as mulheres informaram níveis 5% a 10% maiores (Chile, Honduras, Ilhas Virgens Britânicas e Montserrat) (11).</p>

<sup>5</sup> *Ibid.*

<sup>6</sup> *Ibid.*

<b>Meta 4: Reduzir o uso de substâncias químicas e promover a saúde mental</b>	
<b>Indicador, linha de base e meta</b>	<b>Situação</b>
<p><b>4.2</b> Reduzir o uso de substâncias ilícitas no último mês (13–15 anos)</p> <p>Linha de base: 10%</p> <p>Meta: 5%</p>	<p>Como o plano mencionou somente a Pesquisa Mundial de Saúde do Escolar como fonte de dados, mas não forneceu detalhes sobre quais substâncias ilícitas e quantos países foram incluídos no cálculo regional, a OPAS não pôde reconstruir a linha de base apresentada no <i>Plano de ação</i> ou o respectivo valor atual.</p> <p>Embora a Pesquisa Mundial de Saúde do Escolar inclua uma pergunta sobre o uso de drogas no último mês, apenas alguns países incluíram essa pergunta, dessa maneira ou adaptada, em pesquisas anteriores, o que torna a Pesquisa Mundial de Saúde do Escolar uma fonte limitada para esse indicador. Outra fonte padronizada de informações sobre o uso de substâncias pela população jovem são as pesquisas apoiadas pelo Observatório Interamericano sobre Drogas (OID) da Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas da Organização dos Estados Americanos (CICAD/OEA). Essas pesquisas coletam dados sobre o uso de substâncias por estudantes da escola secundária.</p> <p>De acordo com dados da OEA, a maconha é a substância psicoativa mais usada depois do tabaco e do álcool. Dados de 31 países, no período de 2005-2014, mostraram que o uso de maconha no último mês informado variou de 0,41% em El Salvador a 17,96% em Antígua e Barbuda. Os outros países com as maiores proporções notificadas de estudantes da escola secundária usuários de maconha foram Chile (17,13%), Honduras (14,40%), São Vicente e Granadinas (14,11%), Dominica (12,47%), São Cristóvão e Nevis (11,61%), Santa Lúcia (10,71%), Belize (10,64%) e Barbados (10,44%). Na maioria dos países, o uso de maconha no último mês foi maior no sexo masculino (17).</p> <p>O uso de cocaína no último mês variou de 0,1% no Suriname a 1,7% no Chile, e o uso de inalantes no último mês variou de 0,2% na Venezuela a 7,1% em Barbados (17).</p>
<p><b>4.3</b> Reduzir o fumo entre adolescentes (15–24-anos)</p> <p>Linha de base: 10%</p> <p>Meta: 5%</p>	<p>Como o plano mencionou somente a Pesquisa Mundial de Saúde do Escolar como fonte de dados, mas não forneceu detalhes sobre quais e quantos países foram incluídos no cálculo regional, a OPAS não pôde reconstruir a linha de base apresentada no <i>Plano de ação</i> ou o respectivo valor atual.</p> <p>Segundo as estimativas da OPAS, o tabagismo entre adolescentes foi de 13,1% em 2018 — 13,0% no sexo masculino e 12,1% no sexo feminino (16).</p> <p>O tabagismo atual entre adolescentes variou de 3,1% em Bermuda (2015) a 25,3% em Dominica (2009). Os outros países com as maiores taxas notificadas de tabagismo atual foram Chile (24,5%, 2013) e Argentina (24,1%, 2012) (16).</p>

<i>Meta 5: Assegurar a saúde sexual e reprodutiva</i>	
<b>Indicador, linha de base e meta</b>	<b>Situação</b>
<p><b>5.1</b> Reduzir a porcentagem de nascimentos por faixa etária de mães (15–19-anos)</p> <p>Linha de base: 17,5% Meta: 15%</p>	<p>A porcentagem de nascimentos entre adolescentes de 15-19 anos no período de 2005-2010 foi estimada em 17,2% na ALC e 9,6% na América do Norte (18).</p> <p>No período de 2010-2015, a porcentagem estimada caiu para 15,7% na ALC e 4,5% na América do Norte (18).</p>
<p><b>5.2</b> Aumentar a porcentagem de uso de preservativo na última relação sexual de alto risco (15–24-anos)</p> <p>Linha de base: não disponível Meta: não disponível</p>	<p>Pesquisas que coletam informações sobre o uso de preservativos pela juventude não são realizadas com regularidade por todos os países, o que dificulta a avaliação de tendências.</p> <p>A pesquisa de indicadores múltiplos por conglomerados (MICS, na sigla em inglês) pergunta sobre o uso de preservativo durante a última relação sexual com parceiro extraconjugal e não coabitante nos últimos 12 meses, e a DHS pergunta sobre o uso de preservativo durante a última relação sexual pré-conjugal.</p> <p>Nos cinco países com dados da DHS, o uso de preservativo por mulheres de 15-19 anos variou de 32,2% no Peru a 57,8% no Haiti, e o uso por mulheres de 20-24 anos variou de 31,4% no Peru a 48,5% na República Dominicana. Quatro países também coletaram dados relativos aos homens, cujo uso de preservativo variou de 60,0% no Haiti a 80,1% na Colômbia por homens de 15-19 anos, e de 70,6% no Haiti a 75,2% na Colômbia por homens de 20-24 anos (12).</p> <p>Nos nove países com dados da MICS, o uso de preservativo por mulheres variou de 42,0% em El Salvador a 79,6% em Cuba (14).</p>
<p><b>5.3</b> Aumentar a prevalência do uso de contraceptivos entre adolescentes (15–24-anos)</p> <p>Linha de base: não disponível Meta: não disponível</p>	<p>De acordo com dados coletados em 14 países com DHS e MICS entre 2008 e 2015, o uso atual de qualquer método contraceptivo moderno por adolescentes de 15-19 anos variou de 6,1% na Bolívia a 67,0% em Cuba. Os países com prevalência contraceptiva de 50% ou mais foram Costa Rica (64,1%), Santa Lúcia (57,0%), República Dominicana (51,7%) e Barbados (51,4%). Afora a Bolívia, os países com menor prevalência contraceptiva em adolescentes foram Guatemala (7,7%), Haiti (8,2%), Peru (10,2%) e Honduras (14,1%) (12, 14).</p> <p>O uso atual de qualquer método contraceptivo moderno por mulheres de 20-24 anos variou de 21,9% na Bolívia a 75,5% na Costa Rica. Os países com prevalência contraceptiva de 50% ou mais foram Cuba (75,3%), Argentina (58,4%), Colômbia (59,8%), República Dominicana (56,6%) e Barbados (50,1%). Afora a Bolívia, os países com menor prevalência contraceptiva em mulheres nessa faixa etária foram Haiti (23,2%), Guatemala (26,2%) e Santa Lúcia (32,0%) (12, 14).</p>



<b>Meta 5: Assegurar a saúde sexual e reprodutiva</b>	
<b>Indicador, linha de base e meta</b>	<b>Situação</b>
<p><b>5.4</b> Reduzir a prevalência de mulheres grávidas infectadas pelo HIV (15–24-anos)</p> <p>Linha de base: não disponível Meta: não disponível</p>	<p>Quando o <i>Plano de ação</i> foi redigido, a prevalência de infecção pelo HIV em gestantes de 15-24 anos era um indicador básico no monitoramento mundial da aids. Entretanto, como isso já não acontece, esses dados não são mais notificados e analisados periodicamente no âmbito regional e mundial.</p>
<p><b>5.5</b> Reduzir o número estimado de adolescentes e jovens (15–24 anos) vivendo com o HIV</p> <p>Linha de base: AL – 0,20%, CAR – 0,555%<sup>7</sup> Meta: AL – 0,15%, CAR – 0,35%<sup>9</sup></p>	<p>Segundo as estimativas modeladas do UNAIDS, a prevalência de infecção pelo HIV em jovens de 15-24 anos caiu de 0,20% em 2008 para 0,15% em 2017 na América Latina; e de 0,55% para 0,45% no Caribe (19).</p> <p>No sexo feminino, a prevalência de infecção pelo HIV caiu de 0,2% em 2008 para 0,1% na América Latina; e de 0,6% para 0,5% no Caribe (20).</p> <p>No sexo masculino, a prevalência de infecção pelo HIV manteve-se constante em 0,2% entre 2008 e 2017 na América Latina, enquanto caiu de 0,5% para 0,4% no Caribe (19).</p>
<p><b>5.6</b> Reduzir a taxa de fecundidade específica de adolescentes (15-19-anos) (definida como o número anual de nascidos vivos por 1.000 mulheres com idade de 15-19 anos)</p> <p>Linha de base: 75,6 por 1.000 meninas Meta: 64 por 1.000 meninas</p>	<p>Na ALC, a taxa de fertilidade de adolescentes caiu de 78,7 por 1.000 em 2000-2005 para 66,5 por 1.000 meninas em 2010-2015; e na América do Norte, de 40,5 para 28,3 (15, 18).</p> <p>Os dados da DHS e da MICS coletados em 12 países entre 2008 e 2016 indicam que adolescentes do sexo feminino de grupos com menor escolaridade e renda e meninas indígenas têm taxas de fertilidade, em média, 3 a 4 vezes maiores que meninas com maior escolaridade, maior renda e não indígenas (12, 14).</p>

<sup>7</sup> Esta linha de base foi ajustada de acordo com estimativas revisadas publicadas pelo UNAIDS.

<b>Meta 6: Promover a nutrição e a atividade física</b>	
<b>Indicador, linha de base e meta</b>	<b>Situação</b>
<p><b>6.1</b> Reduzir a proporção de adolescentes obesos ou com excesso de peso (13-15 anos) (estatísticas nacionais de nutrição)</p> <p>Linha de base: 30%<sup>8</sup> Meta: 25%<sup>9</sup></p>	<p>De acordo com as estimativas da OMS, em 2016, a prevalência de sobrepeso em adolescentes de 10-19 anos nas Américas foi de 31,7 [29,2-34,3] – 32,3 no sexo masculino e 31,0 no sexo feminino. A prevalência de obesidade foi de 12,8 [10,8-14,9] – 14,0 no sexo masculino e 11,5 no sexo feminino (20).</p> <p>Dados da Pesquisa Mundial de Saúde do Escolar realizada em 19 países, entre 2008 e 2016, documentaram porcentagens de estudantes de 13-15 anos de ambos os sexos com sobrepeso que variavam de 15,3% na Guiana a 44,8% no Chile. Afora o Chile, os países com as maiores porcentagens de estudantes com sobrepeso foram Bahamas (44,7%), Ilhas Virgens Britânicas (36,9%), Belize (35,8%), São Cristóvão e Nevis (32,5%) e Barbados (31,9%) (11).</p>
<p><b>6.2</b> Aumentar a proporção de adolescentes que fazem atividade física (13–15-anos)</p> <p>Linha de base: 13% Meta: 30%</p>	<p>De acordo com estimativas da OMS, a porcentagem de adolescentes de 11-17 anos que frequentam a escola e não praticam atividade física suficiente nas Américas foi de 81,2 [79,6-83,0], 75,3% no sexo masculino e 87,1% no sexo feminino em 2010 (20).</p> <p>Dados da Pesquisa Mundial de Saúde do Escolar realizada em 19 países entre 2008 e 2016 registraram as porcentagens de estudantes de 13-15 anos que praticavam atividade física durante no mínimo 60 minutos por dia, em cinco dias da semana ou mais, antes da pesquisa, com variação de 10,9% na Guatemala a 31,8% em Antígua e Barbuda. Os outros países com as maiores porcentagens de prática regular de atividade física foram Trinidad e Tobago (29,2%), Barbados (29,2%), Belize (29,0%), Uruguai (28,8%) e Argentina (28,3%) (11).</p>
<p><b>6.3</b> Diminuir a prevalência da anemia nas adolescentes (10-19-anos)</p> <p>Linha de base: 25%-30% Meta: 15%-10%</p>	<p>De acordo com estimativas mundiais, a prevalência de algum tipo de anemia em meninas de 10-14 anos na Região das Américas foi de 28,34% em 2008, com ligeira queda para 26,95% em 2017. A prevalência estimada na faixa etária de 15-19 anos foi de 27,28 em 2008, com diminuição para 25,83% em 2017 (21).</p> <p>Os dados nacionais sobre anemia em meninas adolescentes ainda são limitados. Dados de pesquisas de 9 países informaram prevalência de anemia de 7,7% em meninas de 12-19 anos no México (2012); 11,7% em meninas de 15-19 anos na Guatemala (2014/15); 12,5% em meninas de 15-19 anos em Honduras (2011/12); 13,4% em meninas de 12-14 anos na República Dominicana (2012); 14,3% em meninas de 15-19 anos no Equador</p>

<sup>8</sup> A linha de base estava sendo elaborada por ocasião da aprovação do Plano de Ação. Desse modo, a linha de base foi definida com base em dados disponíveis de 2008.

<sup>9</sup> A meta estava sendo elaborada por ocasião da aprovação do Plano de Ação. Desse modo, a meta foi definida com base em dados disponíveis de 2008.

<i>Meta 6: Promover a nutrição e a atividade física</i>	
<b>Indicador, linha de base e meta</b>	<b>Situação</b>
	<p>(2011/13); 15,0% em meninas de 10-19 anos na Argentina (2012); 17,2% em meninas de 15-19 anos no Peru (2012); 34,1% em meninas de 15-19 anos na Guiana (2009); e 55,5% em meninas de 15-19 anos no Haiti (2012) (8).</p> <p>De acordo com as classificações da OMS, a anemia é um problema de saúde pública moderado em meninas adolescentes nas Américas (prevalência de 20%-39,9%) e um problema de saúde pública grave no Haiti (prevalência de 40% ou mais).</p>

<i>Meta 7: Combate às doenças crônicas</i>	
<b>Indicador, linha de base e meta</b>	<b>Situação</b>
<p><b>7.1</b> Reduzir a taxa de dentes cariados/perdidos/obturados (DCPO) em adolescentes de 12 anos de idade</p> <p>Linha de base: 5,5 Meta: 3,5</p>	<p>De acordo com estimativas mundiais, a taxa ponderada de DCPO em adolescentes de 12 anos de idade na Região das Américas foi de 2,76 em 2004, 2,35 em 2011 e 2,08 em 2015, o que faz com que essa região tenha a segunda maior prevalência estimada de DCPO-12 depois da região Sudeste da Ásia da OMS (22).</p>
<p><b>7.2</b> Aumentar a cobertura da vacina de tétano e vacina contra a difteria (DT) (10-19-anos)</p> <p>Linha de base: 75% Meta: 95%</p>	<p>Não há recomendação específica para vacinação de adolescentes contra tétano e difteria na Região das Américas, mas a OPAS continua a trabalhar com todos os países para garantir a proteção precoce contra essas doenças. Convém destacar também que, em 2017, todos os países na Região, exceto o Haiti, haviam eliminado o tétano neonatal como problema de saúde pública.</p>

<i>Meta 8: Promover os fatores de proteção</i>	
<b>Indicador, linha de base e meta</b>	<b>Situação</b>
<p><b>8.1</b> Aumentar o conhecimento dos pais das atividades dos adolescentes</p> <p>Linha de base: 67% Meta: 90%</p>	<p>O conhecimento dos pais das atividades dos adolescentes foi incluído como medida indireta dos fatores de proteção que são importantes determinantes de comportamentos relacionados com a saúde em adolescentes. Estes incluem conectividade e estimulação de relacionamento com os pais e outros adultos.</p>

<b>Meta 8: Promover os fatores de proteção</b>	
<b>Indicador, linha de base e meta</b>	<b>Situação</b>
	<p>Como o plano mencionou somente a Pesquisa Mundial de Saúde do Escolar como fonte de dados, mas não forneceu detalhes sobre quais e quantos países foram incluídos no cálculo regional, a OPAS não pôde reconstruir a linha de base apresentada no <i>Plano de ação</i> ou o respectivo valor atual.</p> <p>A porcentagem de adolescentes de 13-15 anos cujos pais ou responsáveis tinham bom conhecimento do que seus filhos ou adolescentes sob sua responsabilidade faziam durante o tempo livre variou de 33,8%, em São Cristóvão e Nevis, a 72,0%, no Uruguai. Em todos os países, as porcentagens foram maiores em relação às meninas.</p>

12. No geral, a mortalidade em adolescentes seguiu um padrão similar ao exposto acima para a faixa etária de 10 a 24 anos. Em média, o número anual de mortes foi de 80 mil adolescentes entre 2008 e 2015, com mais da metade sendo causada por homicídios, suicídios e acidentes de trânsito. Deve-se destacar que a mortalidade por estas três causas externas manteve-se estável no sexo feminino, mas aumentou no sexo masculino. A taxa de homicídios em adolescentes do sexo masculino aumentou de 29,0, em 2008, para 33,8 por 100.000, em 2015, e a taxa de suicídio cresceu de 5,3, em 2008, a 6,0 por 100.000, em 2015. Aliadas ao lento avanço na redução da gravidez na adolescência e à prevalência de fatores de risco, como consumo precoce de álcool, nível baixo de atividade física e consumo frequente de fast food, é evidente que existe necessidade urgente de ação abrangente e coordenada para melhorar a saúde do adolescente.

#### **Ação necessária para melhoria da situação**

13. Os ODS e a *Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes* trouxeram nova urgência à área de saúde do adolescente, ressaltando a importância do investimento estratégico em saúde e desenvolvimento de adolescentes para alcançar as metas dos ODS (5, 6). A AA-HA! e outras diretrizes mundiais oferecem orientação baseada em evidências para planejar, implementar e monitorar uma resposta às necessidades de saúde de adolescentes que permita “sobreviver, prosperar e transformar” e também para enfrentar desafios específicos em saúde. Além disso, o *Plano de ação para a saúde da mulher, da criança e do adolescente 2018-2030*, aprovado pelos Estados Membros da OPAS em 2018 (23), enuncia metas e ações, regionais e nacionais, integrais e baseadas em equidade para 2018-2030 a fim de proteger os ganhos já obtidos e suprir as lacunas remanescentes para assegurar a vida saudável e promover o bem-estar de todas as mulheres, crianças, e adolescentes nas Américas, com uso de uma perspectiva do curso de vida.

14. As atividades cruciais para acelerar o progresso na área de saúde do adolescente são:

- a) Elaboração, atualização e implementação de políticas multissetoriais baseadas em equidade e de roteiros nacionais para abordar os determinantes sociais da saúde do adolescente e reduzir as iniquidades em saúde.
- b) Desenvolvimento e implementação de políticas populacionais para reduzir a disponibilidade e o consumo de álcool, tabaco e bebidas açucaradas por adolescentes mediante, entre outras coisas, tributação, restrição da disponibilidade física e restrições de *marketing* (propaganda, patrocínio e promoções) (24).
- c) Implementação de intervenções baseadas em evidências e de baixo custo em famílias e comunidades em escala adequada para melhorar e promover a saúde mental, física, sexual e reprodutiva de adolescentes, com atendimento e empoderamento de grupos em condições de vulnerabilidade, implementação das intervenções na escala necessária para obter resultados e vinculação desses programas com outras iniciativas (ou seja, iniciativas de ambientes saudáveis).
- d) Ampliação do uso da escola como plataforma equitativa e efetiva para alcançar adolescentes com informações e serviços de saúde.
- e) Eliminação de barreiras legais, políticas e do sistema de saúde para alcançar o acesso equitativo universal de adolescentes a serviços de saúde integrais e de qualidade que atendam suas necessidades.
- f) Estabelecimento de mecanismos específicos para que adolescentes participem dos processos de elaboração e monitoramento de políticas.
- g) Aumento da capacidade do país de produção de informações fidedignas sobre saúde do adolescente, bem como de monitoramento e análise sistemática das iniquidades em saúde que afetam os adolescentes.

15. É importante destacar que, embora o novo *Plano de ação para a saúde da mulher, da criança e do adolescente 2018-2030* não inclua especificamente a faixa etária de 20-24-anos, a atenção contínua às questões e necessidades de saúde específicas e exclusivas desse grupo será essencial para garantir a vida saudável e o bem-estar também para essa população jovem.

#### **Ação pelo Comitê Executivo**

16. O Comitê Executivo é convidado a tomar nota deste relatório e fazer as recomendações que considerar pertinentes.

## Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia regional para melhorar a saúde do adolescente e da juventude. 48º Conselho Diretor da OPAS, 60ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2008 (documento CD48/8); Washington, DC.: OPAS; 2008 [consultado em 4 de dezembro de 2018]. Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/CD48-08-p.pdf?ua=1>
2. Organização Pan-Americana da Saúde. estratégia regional para melhorar a saúde do adolescente e da juventude. 48º Conselho Diretor da OPAS, 60ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2008 (resolução CD48.R5); Washington, DC.: OPAS; 2008 [consultado em 4 de dezembro de 2018]. Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/CD48.r5-p.pdf?ua=1>
3. Organização Pan-Americana da Saúde. plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem. 49º Conselho Diretor da OPAS, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de setembro a 2 de outubro de 2009 (documento CD49/12); Washington, DC.: OPAS; 2009 [consultado em 4 de dezembro de 2018]. Disponível em: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=2789&Itemid=270&lang=pt](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2789&Itemid=270&lang=pt)
4. Organização Pan-Americana da Saúde. plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem. 49º Conselho Diretor da OPAS, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de setembro a 2 de outubro de 2009 (resolução CD49.R14); Washington, DC.: OPAS; 2009 [consultado em 4 de dezembro de 2018]. Disponível em: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R14%20\(Eng.\).pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R14%20(Eng.).pdf)
5. Organização Mundial da Saúde. Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA!): Guia de Orientação para apoiar a implementação pelos países. [Internet]. Genebra: OMS; 2017 [consultado em 10 de dezembro de 2018]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49095>
6. Assembleia Geral das Nações Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. (resolução A/RES/70/1). Nova York: Naciones Unidas; 2015 [consultado em 12 de julho de 2017]. Disponível em espanhol em: <http://www.refworld.org/docid/57b6e3e44.html>
7. Cada Mulher, Cada Criança. Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes (2016-2030) [Internet]. Nova York; EWEC; 2015 [consultado em 10 de junho de 2017]. Disponível em: [http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC\\_Global\\_Strategy\\_PT\\_inside\\_LogoOK2017\\_web.pdf](http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_Global_Strategy_PT_inside_LogoOK2017_web.pdf)

8. Organização Pan-Americana da Saúde. La salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas: la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes [Internet]. Washington, DC.: OPAS; 2018. Disponível em espanhol em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49545?locale-attribute=es>
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Base de datos de mortalidad en la región [Internet]. Washington, DC.: OPAS/OMS [consultado em 30 de janeiro de 2019 30]. Disponível em espanhol em: <https://hiss.paho.org/pahosys/grp.php#>
10. Organização Pan-Americana da Saúde. Todas las Mujeres Todos los Niños y Adolescentes América Latina y el Caribe. Perfiles de las desigualdades en los países de Centroamérica y la República Dominicana [Internet]. EWEC LAC;2017 [consultado em 30 de novembro de 2018]. Disponível em espanhol em: <http://www.apromiserenewedamericas.org/paises/>
11. Organização Mundial da Saúde. Global School-based Student Health Surveys [Internet]. [consultado em 15 de dezembro de 2018]. Disponível em inglês em: <http://www.who.int/chp/gshs/factsheets/en/>
12. The DHS Program. STATcompiler [Internet] [consultado em 15 de junho de 2017]. Disponível em inglês em: <http://www.statcompiler.com/en/>
13. Nações Unidas, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World fertility patterns 2015 [Internet]. Nova York: Nações Unidas; 2015 [consultado em 15 de dezembro de 2018]. Disponível em inglês em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/world-fertility-patterns-2015.pdf>.
14. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Multiple Indicators Cluster Surveys [Internet]. UNICEF MICS [consultado em 15 de dezembro de 2018]. Disponível em inglês em: <http://mics.unicef.org/>
15. Organização Pan-Americana da Saúde. Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean [Internet]. Washington, DC.: OPAS; 2016 [consultado em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em inglês em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34493>
16. Organização Pan-Americana da Saúde, Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud/Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia. Base de Datos PLISA. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2018 [Internet]. Washington, DC.: OPAS; 2018 [consultado em 30 de janeiro de 2019]. Disponível em espanhol em: <http://www.paho.org/data/index.php/es/indicadores.html>

17. Organização dos Estados Americanos. Secretaría de Seguridad Multidimensional; Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Observatorio Interamericano de Drogas. Informe del uso de drogas en las Américas 2015 [Internet]. Washington, DC.: OAS; 2015 [consultado em 30 de janeiro de 2019]. Disponível em espanhol em: [http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/UsuDrogasAmericas\\_SPA\\_web.pdf](http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/UsuDrogasAmericas_SPA_web.pdf)
18. Divisão de População das Nações Unidas. World Population Prospects 2017 [Internet]. [consultado em 17 de janeiro de 2019]. Disponível em inglês em: <https://population.un.org/wpp/>
19. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Aidsinfo [Internet]. [consultado em 30 de janeiro de 2019]. Disponível em inglês em: <http://aidsinfo.unaids.org/>
20. Organização Mundial da Saúde. Global Health Observatory (GHO) data [Internet]. Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2016 [consultado em 14 de janeiro de 2019]. Disponível em inglês em: [https://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/overweight/en/](https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/)
21. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange [Internet]. Seattle [United States]: IHME University of Washington; 2017. [consultado em 23 de janeiro de 2019]. Disponível em inglês em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
22. Organização Mundial da Saúde. Oral health databases [Internet]. Suécia: Centro colaborador da OMS da Universidade de Malmö; 2015. [consultado em 23 de janeiro de 2019]. Disponível em inglês em: [https://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/Global\\_burden\\_of\\_caries\\_disease/](https://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/Global_burden_of_caries_disease/)
23. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a saúde da mulher, da criança e do adolescente 2018-2030 (resolução CD56.R8) [Internet]. Washington, DC.: OPAS; 2018. Disponível em: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=document&alias=46590-cd56-r8-p-pda-saude-mca&category\\_slug=56-directing-council-portuguese-9966&Itemid=270&lang=pt](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=document&alias=46590-cd56-r8-p-pda-saude-mca&category_slug=56-directing-council-portuguese-9966&Itemid=270&lang=pt)
24. Organização Mundial da Saúde. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol [Internet]. Genebra: OMS; 2010 [consultado em 10 de fevereiro de 2019]. Disponível em inglês em: [https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/gsrhua/en/](https://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/)

- - -