

Título do capítulo	CAPÍTULO 5 – JOVENS: MORBIMORTALIDADE, FATORES DE RISCO E POLÍTICAS DE SAÚDE
Autores (as)	Andrea Barreto Paiva José Aparecido Carlos Ribeiro Joelmir Rodrigues da Silva Luciana M. S. Servo Roberto Passos Nogueira Sérgio F. Piola
Título do livro	JUVENTUDE E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL
Organizadores (as)	Jorge Abrahão de Castro, Luseni Maria C. de Aquino Carla Coelho de Andrade
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2009
ISBN	978-85-7811-039-0

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.



**JOVENS: MORBIMORTALIDADE,
FATORES DE RISCO E POLÍTICAS
DE SAÚDE**



JOVENS: MORBIMORTALIDADE, FATORES DE RISCO E POLÍTICAS DE SAÚDE

Andrea Barreto Paiva*
José Aparecido Ribeiro**
Joelmir Rodrigues da Silva***
Luciana M. S. Servo**
Roberto Passos Nogueira**
Sérgio F. Piola**

1 APRESENTAÇÃO

No período entre 10 e 24 anos, transita-se, do ponto de vista biológico, da adolescência à condição de adulto. A parte inicial deste período é marcada, independentemente da condição social ou econômica, por um crescimento rápido e mudanças somáticas importantes, principalmente no período da adolescência, dos 10 aos 19 anos.

A adolescência é uma fase de adoção de novas práticas comportamentais, de exposição a diversas situações e riscos presentes e futuros para a saúde. Alguns destes comportamentos, geralmente estabelecidos durante a infância e a adolescência, incluem: consumo de cigarro, álcool e drogas; falta de atividade física; comportamento alimentar inadequado; comportamentos sexuais “descuidados”, que contribuem para a ocorrência de gravidez na adolescência e infecção por doença sexualmente transmissível (DST), inclusive a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS); e situações que propiciam exposição a violência e lesões acidentais. As causas externas, principalmente violência e acidentes de trânsito, e os problemas relacionados às saúdes sexual e reprodutiva são as principais causas de morbimortalidade entre adolescentes e adultos jovens. As ações setoriais têm tido maior sucesso em relação ao segundo grupo de problemas. As causas externas necessitam, para seu enfrentamento mais efetivo, de ações intersetoriais mais estruturadas, que ainda não saíram do papel.

* Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental em exercício no Ipea.

** Técnicos de Planejamento e Pesquisa do Ipea.

*** Consultor da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.

2 A MORBIMORTALIDADE ENTRE OS JOVENS

No Brasil, na faixa etária de 15 a 29 anos,¹ morre um número significativamente superior de homens do que de mulheres. Entre 2003 e 2005, a taxa de mortalidade média de jovens de 20 a 24 anos, por exemplo, foi de 261,80 por 100 mil habitantes para jovens do sexo masculino e, muito mais baixa, da ordem de 58,43 por 100 mil, para jovens do sexo feminino. A explicação para tal fenômeno está na violência, que ocasiona uma sobremortalidade dos adolescentes e adultos jovens do sexo masculino, fazendo que este período etário seja considerado de alto risco, quando poderia ser um dos mais saudáveis do ciclo vital do ser humano.

Entre 2003 e 2005, morreram, em média, cerca de 60 mil jovens do sexo masculino por ano, na faixa etária de 15 a 29 anos. Destas mortes, 46 mil (ou 78%) foram por causas externas, associadas majoritariamente a homicídios e acidentes de transporte. As outras mortes com causas definidas estavam, basicamente, concentradas em três grandes grupos: neoplasias (cânceres), doenças do aparelho circulatório e doenças infecciosas e parasitárias. Nesse período, morreram em média 15 mil jovens do sexo feminino por ano. Também entre elas, as causas externas representam a maior parte das mortes (cerca de 5 mil, ou 35% dos óbitos), igualmente seguidas pelas mortes por neoplasias, doenças do aparelho circulatório e doenças infecciosas e parasitárias.

É possível notar também significativas diferenças por cor ou raça. Nesse período, a taxa de mortalidade de jovens de 18 a 24 anos foi de 204,58 para cada 100 mil jovens brancos contra 325,04 para cada 100 mil jovens pretos.² As causas externas são parte importante da explicação sobre tais diferenças, visto que vitimam proporcionalmente mais jovens pretos e pardos do que jovens brancos do sexo masculino.

A análise da morbidade – número de casos novos de doenças e agravos (incidência) e número de casos existentes (prevalência) – nos jovens é prejudicada, principalmente, por igual motivo que afeta a análise dos outros grupos etários, ou seja, a insuficiência de dados e informações. São, contudo, causas importantes de morbidade neste grupo: complicações na gravidez, parto e puerpério, doenças de transmissão sexual, lesões e envenenamentos e transtornos mentais e psicossociais.

1. Ao longo do capítulo, foram utilizadas diversas faixas etárias, variando de 10 a 29 anos; isto porque os recortes serão diferenciados de acordo com o problema abordado em cada seção. Por exemplo, no caso da morbimortalidade, trabalha-se com a faixa etária de 15 a 29 anos e subgrupos neste recorte: 15 a 24 anos, 18 a 24 anos e 15 a 29 anos. Estas são as fases críticas para a juventude, principalmente em termos de mortalidade. Na descrição da política, utilizou-se como referência a faixa etária determinada de 10 a 24 anos. As estimativas de mortalidade dos jovens foram feitas a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde (MS).

2. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em que os entrevistados se autodeclararam, quanto ao quesito cor ou raça, como: branca, preta, amarela, parda ou indígena.

Diante da escassez de dados referentes à morbidade entre os jovens, utilizam-se como *proxy* dados de internações em hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) em 2006. Nesse ano, na faixa de 15 a 24 anos de idade, foram realizadas 2.196.654 internações, o que representa 19,4% do total destas realizadas pelo SUS, correspondendo a uma taxa de 58,49 por mil habitantes do grupo de idade. As internações nesta faixa etária são, majoritariamente, do grupo feminino. As mulheres foram responsáveis por 81,6% destas, com uma taxa de 95,56 por mil habitantes. As internações relacionadas a gravidez, parto e puerpério constituem o principal grupo de causas entre as mulheres, representando 78,4% do total. Contudo, ainda que se exclua este grupo de internações, a taxa entre mulheres (49,67 por mil habitantes) é superior à dos homens (21,5 por mil habitantes).

Entre os diagnósticos mais prevalentes no meio dos jovens, há variações importantes na participação em cada sexo. Excluindo gravidez, parto e puerpério, podem-se observar algumas variações significativas: lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas são a primeira causa de internação entre os homens (taxa de 6,35 por mil) e a sexta causa entre as mulheres (taxa de 1,64 por mil); as internações por transtornos mentais são mais frequentes entre os homens (1,55 por mil) do que entre as mulheres (0,64 por mil). Entretanto, as internações em razão de doenças do aparelho geniturinário, segunda causa entre as mulheres, com uma taxa de 4,92 por mil, são apenas a sexta causa entre os adolescentes e os adultos jovens do sexo masculino, com uma taxa de 1,19 por mil. As principais causas de internações, por sexo, podem ser observadas na tabela 1.

TABELA 1
Principais causas de morbidade hospitalar do SUS (CID 10), na faixa de 15 a 24 anos, por sexo – 2006

Diagnóstico	Taxa (homens – por mil)	Internações (homens – %)	Taxa (mulheres – por mil)	Internações (mulheres – %)
Gravidez, parto e puerpério	nd	nd	74,8 (1)	78,4
Doenças do aparelho geniturinário	1,19 (6)	5,5	4,92 (2)	5,1
Doenças infecciosas e parasitárias	2,13 (4)	9,9	2,58 (4)	2,7
Doenças do aparelho digestivo	2,43 (2)	11,3	2,81 (3)	2,9
Doenças do aparelho respiratório	2,25 (3)	10,3	2,39 (5)	2,5
Lesões e envenenamentos	6,35 (1)	29,6	1,64 (6)	1,7
Transtornos mentais	1,55 (5)	7,2	0,64 (7)	0,7

Fonte: Departamento de Informática do SUS (Datasus). Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/SUS/MS.

Obs.: nd = não disponível.

Uma importante causa de morbimortalidade no grupo das doenças infecciosas e parasitárias é representada pela AIDS. No Brasil, foram notificados 112 mil casos da doença entre jovens de 15 a 29 anos até 2005. Este número representa 30% do total de casos notificados no país desde o início da epidemia, nos primeiros anos da década de 1980.

Nessa faixa etária, a transmissão sexual apresenta-se como a principal forma de contágio, respondendo por cerca de 60% dos casos desde o início da epidemia até 2005. A via sanguínea é, também, uma forma importante de transmissão: corresponde a 23% dos casos notificados. Destes, 96% são em razão do uso de drogas injetáveis. Observe-se que, em 17% dos casos notificados até 2005, não havia informação sobre a categoria de exposição.

Na epidemia de AIDS tem havido um aumento de incidência entre as mulheres. A relação, que já foi de 2,4 casos registrados em homens para cada caso registrado em mulheres em meados da década de 1990 (1996), hoje é quase de 1,5 caso registrado em homens para cada caso registrado em mulheres. Entre adolescentes e adultos jovens, na faixa etária de 15 a 29 anos, a relação é ainda mais baixa: 1,1 homem para cada mulher.

Outras DSTs também são problemas relevantes entre os jovens, como sífilis, uretrites e *Human papiloma virus* (HPV), por exemplo. A disseminação de informações e formas de proteção, como o uso de preservativos, são importantes instrumentos no combate a estas doenças, que preocupam ainda pela possibilidade de complicações associadas, como é o caso das lesões provocadas por alguns subtipos de papilomas, que podem transformar-se em lesões cancerosas.³ Por isso, a educação sobre as saúdes sexual e reprodutiva e a disponibilização de preservativos são instrumentos importantes no controle das doenças.

O MS tem enfatizado as ações de promoção e prevenção no combate às DSTs, contando, neste sentido, com parcerias de organizações da sociedade civil. O resultado de tal esforço pode ser percebido nas pesquisas sobre conhecimento, atitudes e práticas da população (box 1).

3. O HPV pode também ser prevenido por vacina, especialmente entre adolescentes. Segundo pesquisas, as principais beneficiadas pela vacina serão as meninas antes da fase sexualmente ativa. As mulheres deverão manter a rotina de realização do exame Papanicolau. Ainda que comprovada a eficácia da vacina e sua aplicação ocorra em larga escala, uma redução significativa dos indicadores da doença pode demorar algumas décadas. É estimado que entre 3% e 10% das lesões de papiloma vírus de colo de útero podem transformar-se em lesões malignas (câncer).

BOX 1**Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas**

A pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas realizada pelo MS mostrou que o percentual de uso de preservativo na última relação sexual, no Brasil, em 2004, foi de 57%, sendo 68% entre os homens jovens e 44% entre as mulheres jovens. Nesse ano, 39% dos jovens brasileiros declararam o uso regular de preservativos, independentemente da parceria, alcançando 58% quando o parceiro era eventual – este índice altera-se em função do sexo e é de 64% entre os homens jovens e 45% entre as mulheres jovens.

O aumento no uso de preservativos na primeira relação sexual entre os jovens também foi revelado em pesquisas realizadas a partir da década de 1980. Enquanto em 1986 apenas 9% faziam uso deste instrumento de prevenção, em 1998 a proporção de jovens entre 16 e 25 anos que usaram preservativos na primeira relação foi de 49%. Em 2004, o percentual atingiu 53%, não apresentando diferença significativa entre os sexos (BRASIL, 2007).

3 EXPOSIÇÃO A FATORES DE RISCO⁴

A adolescência é uma fase caracterizada pela adoção de novas práticas de comportamento, com exposição a diversas situações e riscos presentes e futuros para a saúde. A exposição a fatores de risco comportamentais – tabagismo, consumo de álcool, alimentação inadequada e sedentarismo – tem, com frequência, início na adolescência. Tais fatores estão associados ao desenvolvimento da maioria das doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares, o diabetes e o câncer, que lideram as causas de óbito na vida adulta no país e no mundo.

O MS implantou, em 2006, a Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel). Trata-se de um monitoramento contínuo que avalia indivíduos com 18 anos ou mais residentes em domicílios com telefone fixo nas 26 capitais do país e no Distrito Federal (DF). A partir dos cadastros das empresas de telefonia, foi realizada uma amostragem probabilística, totalizando 54.369 entrevistas em 2006. Os dados são ajustados para representar a composição sociodemográfica da população adulta de cada cidade.

Da pesquisa realizada em 2006, é possível obter dados das pessoas entre 18 e 29 anos de idade – 18.351 indivíduos, sendo 48% do sexo masculino e 52% do feminino. Foram consideradas, nesta tabulação especial, as seguintes variáveis para homens e mulheres nas faixas etárias de 18 a 24 anos e 25 a 29 anos de idade: fumante, abuso de bebida alcoólica, atividade física no lazer e excesso de peso (ver tabela 2).

4. Esta parte do texto foi elaborada a partir dos dados compilados e analisados por Malta, Moura e Neto (2007). Foram utilizadas, também, informações de apresentação realizada por Malta (2007).

TABELA 2

Percentual de indivíduos segundo variáveis de risco ou proteção para doenças crônicas não transmissíveis, por sexo, idade e escolaridade (Vigitel) – todas as capitais e o Distrito Federal, 2006

(Em %)

Variáveis		Idade (anos)		Escolaridade (anos)		Total	Total
		18-24	25-29	0-7	≥8	18 a 29 anos	≥18 anos
Fumante	Total	14,2	15,0	21,1	12,3	14,5	16,2
	Homens	18,4	19,8	27,4	15,9	18,9	20,3
	Mulheres	10,3	10,6	14,6	9,1	10,4	12,8
Ex-fumante	Total	13,0	13,0	18,3	11,2	13,0	22,1
	Homens	13,9	15,0	19,0	12,7	14,3	26,3
	Mulheres	12,1	11,0	17,5	9,9	11,7	18,6
Abuso de bebida alcoólica	Total	18,9	24,1	23,2	20,0	20,8	16,1
	Homens	28,1	35,2	32,0	30,3	30,7	25,3
	Mulheres	10,3	14,0	14,3	10,9	11,7	8,1
Ativo no lazer	Total	18,3	15,7	13,6	18,6	17,3	14,9
	Homens	27,4	19,9	21,4	25,8	24,7	18,3
	Mulheres	9,9	11,8	5,5	12,1	10,6	11,9
Excesso de peso	Total	21,2	35,3	29,7	25,6	26,5	43,0
	Homens	24,9	44,5	29,4	33,1	32,2	47,3
	Mulheres	17,1	26,0	30,2	18,2	20,6	38,8
Obesidade	Total	4,3	8,5	7,7	5,4	5,9	11,4
	Homens	4,1	10,2	6,8	6,2	6,4	11,3
	Mulheres	4,5	6,8	9,0	4,5	5,4	11,5

Fonte: Sistema Vigitel. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/MS.

O tabagismo está entre os grandes problemas de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), este hábito é responsável por cerca de 5 milhões de mortes por ano em todo o mundo, por aumentar o risco de morbimortalidade por doenças coronarianas, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, bronquite, enfisema e câncer. Na faixa entre 18 e 29 anos de idade, o percentual de fumantes, segundo dados da Vigitel, é de 14,5%, um pouco abaixo da prevalência na população maior de 18 anos, que é de 16,2%. O percentual de fumantes na faixa entre 18 e 29 anos é maior entre os homens de menor escolaridade, situação em que atinge 27,4%. Chama atenção o percentual de ex-fumantes (13%), o que significa que, no grupo etário, cerca de 30% dos indivíduos já tiveram contato com o fumo.

O excesso de peso (índice de massa corporal – IMC – igual ou superior a 25 kg/m²) é encontrado em 21,2% dos jovens na faixa etária entre 18 e 24 anos e em 35,3% dos que têm entre 25 e 29 anos. É maior entre jovens de maior escolaridade (33,1%). Na população total (18 anos e mais), no entanto, sua prevalência é maior (43%). No que diz respeito à obesidade, 5,9% dos jovens entre 18 e 29 anos e 11,4% da população adulta são obesos (IMC igual ou superior a 30 kg/m²).

O consumo de bebidas alcoólicas é outro importante fator de risco. Além de contribuir para o aumento da incidência de acidentes de trabalho e trânsito, violência, suicídios e internações hospitalares, o uso excessivo de bebidas alcoólicas pode também acarretar doenças cardiovasculares e cânceres, além de trazer transtornos às vidas familiar e profissional. O indicador de consumo excessivo de bebidas alcoólicas é construído a partir de respostas afirmativas à pergunta *nos últimos 30 dias, você consumiu, em um único dia, mais de quatro doses – mulheres – ou mais de cinco doses – homens – de bebidas alcoólicas?*⁵ Os percentuais encontrados são preocupantes: 30,7% entre jovens do sexo masculino e 11,7% entre jovens do sexo feminino responderam afirmativamente à pergunta. Na média de ambos os sexos, o percentual é de 20,8%. Observe-se que tal percentual é mais elevado que o observado para o conjunto da população adulta, de 16,1%.

A inatividade física é também um fator de risco, pois aumenta a probabilidade de desenvolvimento de doenças, particularmente as cardiovasculares. A atividade física, por sua vez, pode ser considerada um elemento protetor contra diversas doenças, tais como: hipertensão arterial, diabetes tipo II, osteoporose, depressão, doenças isquêmicas do coração, entre outras. Na pesquisa do Sistema Vigitel, foi considerada atividade física suficiente no lazer a prática de pelo menos 30 minutos diários de atividade física de intensidade moderada ou leve em cinco ou mais dias da semana, ou a prática de pelo menos 20 minutos diários de atividade física de intensidade vigorosa em três ou mais dias da semana. Neste item, a população entre 18 e 29 anos tem vantagem sobre a população geral (de 18 anos e mais): 17,3% são ativos no lazer, contra 14,9% dos indivíduos com 18 anos e mais. As maiores taxas de atividade no lazer são encontradas entre os homens que têm entre 18 e 24 anos (27,4%) e, na faixa de 18 a 29 anos, entre os de maior escolaridade (25,8%).

A realização de pesquisas e inquéritos mais ou menos sistemáticos é de grande importância na geração de subsídios para a formulação de políticas e práticas de promoção da saúde. No Brasil, além do Sistema Vigitel, foram realizados outros inquéritos sobre fatores e comportamentos de risco.

5. A pesquisa considera como dose de bebida alcoólica o correspondente a uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho.

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em parceria com o Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), financiou a realização de cinco inquéritos sobre o uso de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio residentes em capitais do país.⁶ Além disso, esta parceria permitiu a realização de duas pesquisas domiciliares sobre uso de drogas psicotrópicas em mais de 100 cidades brasileiras – todas as cidades com mais de 200 mil habitantes. O Instituto Nacional de Câncer (Inca), em parceria com o Center for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos e a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas)/OMS, implementou, em 2002-2003, o Sistema de Vigilância de Tabagismo em Escolares (Vigiescola) em 12 capitais brasileiras, pesquisando estudantes do 8º e 9º anos do ensino fundamental e 1º ano do ensino médio de escolas públicas.

No último inquérito realizado pelo CEBRID nas escolas, destacam-se alguns dados, como, por exemplo, o que mostra que, na faixa etária de 10 a 12 anos, 41,2% dos estudantes brasileiros da rede pública de ensino já tinham feito uso de álcool. Para o conjunto dos entrevistados, o uso frequente de álcool – seis vezes ou mais no mês que antecedeu a pesquisa – foi de 11,7% e o uso pesado – 20 vezes ou mais no mês que antecedeu a pesquisa – de 6,7%, dados que são muito preocupantes.

As informações sobre o uso de álcool que foram obtidas em pesquisas anteriores fizeram que a SENAD realizasse, em parceria com a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), uma pesquisa específica, o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, cujos resultados foram divulgados em 2007. Uma das principais conclusões da pesquisa foi a de que os adolescentes brasileiros (14 a 17 anos) estão iniciando o consumo de álcool cada vez mais cedo. Para os adolescentes que bebem, metade das doses consumidas é de cerveja ou chope, seguido pelo vinho (30% das doses). Além disso, não houve diferenças significativas entre adolescentes dos sexos masculino e feminino.

6. Os quatro primeiros inquéritos (1987, 1989, 1993 e 1997) foram realizados em algumas capitais, ao passo que no quinto (2004) a pesquisa foi realizada em todas as capitais.

BOX 2**Experiências internacionais de monitoramento**

Várias pesquisas estão sendo realizadas ao longo das últimas décadas com o objetivo de obter informações sobre os fatores comportamentais de risco para a saúde que contribuem para morbidade, mortalidade e problemas sociais entre jovens e adultos.

O principal objetivo dessas pesquisas é subsidiar a formulação de políticas e práticas de promoção da saúde, além de permitir a comparação internacional de fatores de risco. Permitem, também, analisar as tendências dos comportamentos de riscos para a saúde dos estudantes e avaliar em que medida os esforços de prevenção, no ambiente da escola, contribuem para reduzir determinados comportamentos entre os jovens.

As pesquisas geralmente são realizadas nas escolas por meio de um questionário autoaplicável, entre os jovens de 11 a 15 anos. São exemplos destas iniciativas pesquisas como a Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), a Global School-based Student Health Survey (GSHS) e a Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS).

A HBSC é uma pesquisa entre países, *cross-national*, conduzida em parceria com o escritório regional para a Europa da OMS e conta com 41 países-membros da Europa. Este projeto teve início em 1982, conduzido por pesquisadores de três países e, logo em seguida, foi adotado pela OMS. Já a GSHS é conduzida pelo Ministério da Saúde ou Ministério da Educação de cada país, em colaboração com o US Centers for Disease Control and Prevention. Esta pesquisa já conta com informações disponíveis de 28 países e outros 15 estão aplicando os questionários em suas escolas. Por fim, a YRBSS é uma pesquisa realizada apenas nos Estados Unidos nos níveis nacional, estadual e local, que também conta com o apoio do CDC.

**4 AS POLÍTICAS FEDERAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS JOVENS:
PRINCIPAIS INICIATIVAS**

A preocupação com a definição de políticas ou programas específicos para o adolescente e o adulto jovem não é recente na área da saúde. Ainda em 1989, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD). Em 1993, com o objetivo de orientar as equipes de saúde na atenção aos jovens, foi lançada, como parte do PROSAD, a primeira norma de atenção à saúde integral do adolescente, cujo foco principal era estabelecer diretrizes e recomendações para a qualificação da atenção a este grupo populacional, incluindo uma proposta detalhada de recursos físicos e humanos. Esta primeira norma trazia, também, uma descrição detalhada das doenças mais comuns nesta fase, além de instrumentos para acompanhamento do desenvolvimento e crescimento de adolescentes.

Ainda que abordando vários pontos importantes, a proposta de ação nessa área não teve o desenvolvimento esperado. Recorde-se, contudo, que o começo dos anos 1990 é, também, o período de início da implementação do SUS, sendo

ainda incipientes as discussões sobre as atribuições e as responsabilidades dos gestores federal, estadual e municipal, sobre critérios e mecanismos para o financiamento descentralizado da política nacional de saúde e, também, sobre o modelo de atenção, entre outras questões. Assim, ainda que a política sempre tenha discutido a importância de considerar, na provisão de assistência à saúde, as diferenças de ciclo de vida – crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos –, os diferenciais de gênero e outros recortes, foi a organização dos serviços por níveis de atenção – atenção básica e de média e alta complexidade – que obteve maior relevância e destaque nas discussões sobre o modelo assistencial.

Em 1999, o Ministério da Saúde lançou uma agenda nacional de atenção à saúde de adolescentes e jovens – faixa etária de 10 a 24 anos –, apresentando dados epidemiológicos e orientações para atenção integral a este grupo populacional. Contudo, as questões relacionadas à gestão do SUS, os problemas relativos ao financiamento e as discussões sobre níveis de atenção continuaram tendo mais destaque na estruturação da política nacional de saúde.

A criação da Secretaria Nacional de Juventude (SNJ) e do Conselho Nacional de Juventude (Conjuve), ao fim de 2005, reforçou a retomada do debate no MS, que iniciou em 2006 um processo de discussão com gestores locais, profissionais de saúde, organizações não governamentais (ONGs) e representações de jovens para elaboração de uma proposta de política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens.

Em fevereiro de 2007, o documento da política nacional foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), mas sua operacionalização ainda deve ser pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Logo em seu início, o documento da política assume que existem diversidades e diferenças entre os jovens que precisam ser consideradas na elaboração desta, ao adotar os termos adolescência e juventude em seu plural: adolescências e juventudes (BRASIL, 2006a).

O documento discute a questão da vulnerabilidade dos jovens para, em seguida, apresentar o marco legal sobre o qual a política nacional está assentada, composto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que reconhece todas as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos nas diversas condições sociais e individuais; pelas leis orgânicas da saúde, que regulam a atenção à saúde; e pela Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), com destaque para a garantia de amparo às crianças e aos adolescentes carentes. O objetivo da política é “promover a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens, de 10 a 24 anos, no âmbito da Política Nacional de Saúde, visando à promoção de saúde, à prevenção de agravos e à redução da morbimortalidade” (BRASIL, 2006a). Os eixos prioritários de atuação são: crescimento e desenvolvimento saudáveis, saúde sexual e reprodutiva

e redução da morbimortalidade por violências e acidentes. O documento reconhece aquilo que tem sido indicado em diversos estudos: os serviços de saúde encontram dificuldades para atender a este público.

Importa destacar que, assim como em outras ações voltadas para grupos específicos, como saúde da mulher e saúde da criança, a proposta é qualificar a atenção à saúde realizada no SUS, por meio do recorte da faixa etária para que se atendam às necessidades e especificidades do grupo populacional. Com isso, nos diversos níveis de complexidade do SUS – atenção básica e de média e alta complexidade –, seriam realizados trabalhos de qualificação dos profissionais de saúde e sistemas para uma adequada atenção à saúde.

Como preconizado para o modelo assistencial, a atenção básica à saúde é eleita como estratégia prioritária também para adolescentes e jovens. A concepção da política nacional de saúde parte do princípio de que a estruturação da atenção à saúde dos adolescentes via fortalecimento da atenção básica é um caminho que permite maximizar o alcance das ações. Além disso, entende-se que, neste nível de atenção, pode-se realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento deste grupo populacional, garantindo a atenção às saúdes sexual e reprodutiva.

Para garantir que, em cada nível de atenção, seja realizado um acompanhamento adequado dos jovens, a proposta é utilizar mecanismos de incentivos financeiros já existentes. Por exemplo, no financiamento da atenção básica, o Piso da Atenção Básica (PAB) já prevê a realização de ações específicas voltadas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do grupo populacional jovem, bem como para a educação preventiva em saúde sexual e reprodutiva.

Em suma, contando com os recursos já existentes, as estratégias passariam a ser, aparentemente, a qualificação dos profissionais, a articulação com outros setores – como o da educação – e o fomento à participação juvenil, com o objetivo de promover a atenção integral à saúde deste grupo populacional. Contudo, como já foi afirmado anteriormente, a política nacional de saúde ainda não foi pactuada na CIT. Um dos motivos alegados para sua não aprovação, até o momento, é a ausência de incentivos financeiros específicos para sua implementação. O argumento do MS, por sua vez, é que os incentivos já estão sendo transferidos em diversas ações custeadas pelos blocos financeiros existentes.

A falta de aprovação de uma política nacional não tem impedido, no entanto, que diversas iniciativas direcionadas à promoção da saúde dos adolescentes e dos jovens sejam implementadas. Destacam-se, por exemplo, o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), que tem como objetivo central a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; a regulação das *práticas alimentares saudáveis no ambiente escolar*; a implementação do *Cartão do Adolescente*; e a *expansão de redes de atenção às jovens em situação de violência*.

Há uma leitura de diversos atores, entre estes, o MS e o Ministério da Educação (MEC), que concebe a escola como espaço privilegiado para articulação de políticas voltadas para jovens, entre estas, as políticas de atenção à saúde. Desde 1995, os dois órgãos têm se articulado em iniciativas voltadas para ações nas áreas de saúde sexual e reprodutiva de jovens. Esta parceria foi revigorada em 2003, quando foi criado o SPE, ainda como uma iniciativa piloto, implementada em Curitiba e em algumas outras cidades. Em 2005, o projeto foi reformulado e ampliado.

O SPE reúne ações que envolvem a participação de adolescentes e jovens de 13 a 24 anos, professores, diretores de escolas, pais de alunos e gestores estaduais e municipais nas áreas de saúde e educação. É uma iniciativa que conta com o apoio da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e do Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA). O foco central é a promoção da saúde sexual e reprodutiva dos jovens, “visando a reduzir a vulnerabilidade de adolescentes e jovens às doenças sexualmente transmissíveis (DST), à infecção pelo HIV, à AIDS e à gravidez não-planejada, por meio do desenvolvimento articulado de ações no âmbito das escolas e das unidades básicas de saúde” (BRASIL, 2006b, p. 7).

O gestor federal é responsável por coordenar o projeto em âmbito nacional, além de apoiar os gestores locais. Como insumos principais para realização do projeto, são produzidos materiais didático-pedagógicos e disponibilizados preservativos. Estes insumos são distribuídos em escolas cujas comunidades estejam mobilizadas e articuladas em parcerias para a execução das ações de prevenção.

Na elaboração do projeto, foram analisados dados do Censo Escolar de 2005. Na ocasião, das 207.214 escolas da educação básica recenseadas, 161.679 responderam ao questionário. A análise dos dados demonstra que 60,4% das escolas realizam ações de prevenção em DST/AIDS. Destas, 9,1% distribuem preservativos (BRASIL, 2006b, p.10). A coordenação do projeto entende que o envolvimento da comunidade é importante para reduzir a resistência quanto à distribuição de preservativos em ambiente escolar. O desafio seria ampliar a cobertura para toda a rede de ensino fundamental e médio.

Ainda nessa articulação entre MEC e MS, foi publicada, em 8 de maio de 2006, a Portaria nº 1.010, que ficou conhecida como *Práticas alimentares saudáveis no ambiente escolar*, contendo as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas de educação infantil e ensino fundamental e médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. De acordo com a portaria, a prioridade seria realizar ações de educação alimentar e nutricional, estimulando a produção de hortas escolares, as boas práticas alimentares, a correta manipulação dos alimentos, a restrição à produção e à comercialização de produtos com insumos que sejam prejudiciais à saúde e o monitoramento da situação nutricional dos escolares.

Assim, no ambiente escolar, a atuação partiria de uma perspectiva formadora, no sentido de impulsionar entre os adolescentes a adoção de hábitos e práticas que poderão contribuir para a construção de trajetórias de vida saudáveis, seja no que diz respeito às DSTs, seja no que concerne a um dos grandes fatores de risco para doenças crônicas: as práticas alimentares.

Mais recentemente, em dezembro de 2007, por meio do Decreto nº 6.286, foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE). O programa, uma nova parceria entre as áreas de saúde e educação, tem entre seus objetivos reforçar as ações de promoção e prevenção entre o alunado de escolas públicas brasileiras, abrangendo as redes de ensino fundamental e médio e a rede federal de educação profissional e tecnológica, e contribuir para a construção de uma cultura de paz nas escolas. Em 2008, as prioridades do PSE foram as escolas públicas dos 646 municípios que apresentaram os menores índices de desenvolvimento da educação básica (IDEB), nos anos iniciais do ensino fundamental, e que tivessem 100% de cobertura das equipes do programa Saúde da Família e suas escolas públicas situadas no grupo dos 54 municípios atendidos pelo programa Mais Educação.

Bastante diversificado em suas ações, o PSE está estruturado em quatro blocos. Os dois primeiros estão dedicados à avaliação das condições de saúde dos escolares e à promoção da saúde e prevenção. No tocante às condições de saúde, o programa abrangerá o estado nutricional, a saúde bucal, as avaliações das acuidades visual e auditiva, a avaliação psicológica e a detecção precoce da hipertensão e do diabetes entre os jovens. Em relação à promoção da saúde e à prevenção, além do trabalho educativo contra o consumo de álcool, tabaco e outras drogas e da educação sobre saúde sexual e reprodutiva, serão trabalhados elementos para disseminação da cultura da paz e do combate contra todas as formas de violência. O terceiro bloco é voltado para a educação permanente e a capacitação de profissionais e jovens. Esta etapa envolverá a Universidade Aberta do Brasil (UAB), do MEC, e os Núcleos de Telessaúde, do MS. Por fim, no último bloco, serão desenvolvidas ações de monitoramento e avaliação da saúde por intermédio de pesquisas. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense), em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), deverá contemplar a avaliação das condições de saúde e do perfil socioeconômico do alunado das escolas públicas e privadas brasileiras dos municípios e das capitais. Adicionalmente, será continuado o encarte saúde, no censo da educação básica, com questões mais diretamente relacionadas ao tema de DSTs e AIDS.

Outra iniciativa é o Cartão do Adolescente. Este cartão, lançado em outubro de 2008, contém informações sobre a saúde do jovem, com registro sobre: consultas feitas nas redes pública e privada conveniadas ou contratadas pelo SUS, fatores de risco – pressão alta, excesso de peso e obesidade, entre outros –,

informações sobre crescimento e desenvolvimento biológico, relação entre peso e altura, gravidez na adolescência, entre outras. O cartão é acompanhado de uma cartilha com orientações sobre alimentação saudável e noções de educação sexual. A proposta do MS é que o Cartão do Adolescente seja distribuído em todo o país.

A redução da morbimortalidade por causas externas entre jovens segue lógica igual à indicada na discussão da política nacional de saúde: atuar por meio dos níveis de atenção e em conjunto com outros setores governamentais e sociais. A partir da compreensão de que a prevenção da violência depende da atuação de vários setores, foi proposta a estruturação de redes com a participação de gestores, profissionais de saúde, instituições públicas, instituições de pesquisa, conselhos de saúde e instituições não governamentais. O objetivo seria que estes atores, cada um em sua área de conhecimento, pudessem compartilhar os resultados de seus trabalhos, pesquisar, monitorar, avaliar e promover ações que levem à redução da violência e ampliem a atenção às vítimas (MALTA *et al.*, 2007). Neste sentido é que, em 2004, foi implantada a rede nacional de prevenção de violências. No processo foram priorizados municípios com mais de 100 mil habitantes e piores índices de mortalidade por homicídios, acidentes de transporte e suicídios.

O MS, na política de redução da morbimortalidade por acidentes e violência, propõe-se a realizar ações de vigilância, assistência, promoção e prevenção. No caso das ações de vigilância, nos sistemas de monitoramento dos fatores de risco, vem sendo incorporados módulos de monitoramento de acidentes e violência. Além disso, foi implementado o Sistema de Informação Sentinela de Violências⁷ em municípios selecionados, a ser implementado em locais de atendimento às vítimas de violência e acidentes, intentando monitorar o comportamento destes agravos para diversos grupos populacionais, entre estes, os adolescentes (MALTA *et al.*, 2007).

Em relação à assistência à saúde, o MS tem objetivado organizar o atendimento a urgências e emergências, adotando como ação central a estruturação do atendimento pré-hospitalar, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) – 192. Este serviço é uma central de regulação que intenta implementar a triagem e realizar, com o apoio de ambulâncias equipadas e profissionais capacitados, o primeiro atendimento às vítimas de violência e acidentes. O objetivo é reduzir a mortalidade e os agravos ao realizar um atendimento ágil e qualificado no local e, quando for o caso, encaminhar para urgências e prontos-socorros de hospitais. O planejamento da atenção às urgências prevê, também, a reorganização das grandes urgências e prontos-socorros em hospitais.

7. Este sistema contava, em 2008, com a participação de 89 hospitais com atendimento de urgência e emergência e 40 unidades de saúde distribuídas por 40 municípios.

Considerando que, no modelo da política nacional de saúde brasileira, a atenção básica é a porta de entrada preferencial para o restante do sistema, isto implica que os profissionais de saúde deste nível de atenção teriam de estar preparados para atuar sobre os mais diversos problemas de saúde e com qualificação para atender os mais distintos grupos populacionais. Um exemplo do tipo de dificuldade pode ser vislumbrado em uma avaliação que foi feita em Londrina, no Paraná, em 2003. As autoras, analisando os discursos dos médicos e das enfermeiras, afirmam: “o adolescente recebe atendimento no serviço, mas não de forma sistematizada e sim de acordo com a demanda da unidade, pois existem outras prioridades, adiando assim a organização de trabalho com esse grupo etário” (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006).⁸

Assim, a política nacional de saúde ainda precisa lidar de forma mais atenta com a expansão e qualificação da atenção básica, de modo que esta seja um espaço efetivo de atenção à saúde do adolescente. Outro desafio importante é o de articular a atenção nas unidades de saúde com a atenção nas escolas, como previsto no programa Mais Saúde: direito de todos – 2008-2011, e em outros espaços institucionais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema da saúde dos jovens apresenta importantes desafios para a organização das políticas públicas. As altas taxas de mortalidade entre adolescentes e adultos jovens, especialmente por causas violentas, continua sendo o principal problema para a proteção deste grupo etário, não só para a área de saúde, mas também para as políticas públicas de uma forma geral.

No tocante aos serviços de saúde, mais importante do que a existência de instalações específicas é capacitar os profissionais no atendimento às necessidades do adolescente e aprimorar a articulação das ações, tanto no âmbito intersectorial – no combate à violência e aos acidentes, por exemplo – quanto no âmbito da área de saúde propriamente dita. Exemplificando: a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis deveria ser articulada à saúde reprodutiva e assim por diante. Entender as particularidades do grupo populacional jovem e capacitar as equipes de saúde no atendimento de suas demandas e necessidades, aproveitando as oportunidades e os espaços adequados para a promoção da saúde, parece ser a forma mais eficaz de prover a atenção à saúde a esta parcela da população.

8. O trabalho dos autores mencionados cita também o depoimento de um médico que alega não desenvolver ações de saúde sistematizadas para adolescentes porque há uma alta demanda relacionada a outros problemas nas unidades básicas de saúde, como atenção ao diabetes e à hipertensão etc. Um profissional da área de enfermagem revela ainda dificuldade para trabalhar com os adolescentes e fazê-los participar das atividades propostas.

Há avanços importantes em algumas áreas, como no monitoramento dos fatores de risco à saúde dos jovens. Contudo, os resultados disto devem ser efetivamente utilizados para orientar as políticas públicas para o grupo populacional jovem. Ademais, é importante considerar que muitos dos fatores de risco a que estão expostas as populações mais jovens não são exclusivos deste grupo populacional. Alguns, como o tabagismo e o alcoolismo, têm sido objetos de medidas concretas de desestímulo ao uso, já observando-se, no caso do tabagismo, resultados positivos. No caso do consumo de álcool, além de certas restrições à propaganda de bebidas alcoólicas, existe a proibição da venda em estabelecimentos às margens de rodovias federais. Adicionalmente, dirigir sob a influência do álcool ou qualquer outra substância psicoativa passou a ser considerado infração gravíssima, sujeitando o condutor a multa, suspensão do direito de dirigir por 12 meses e retenção do veículo – Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. Estabeleceram-se 2 decigramas de álcool por litro de sangue, limite a partir do qual o condutor de veículo está sujeito a multa e apreensão da habilitação, e a detenção foi determinada a partir de limite igual ou superior a 6 decigramas por litro de sangue – Lei nº 9.503, Artigo 306. Nos primeiros meses após a aplicação da lei, em que se observou um aumento significativo da fiscalização, houve uma redução significativa dos acidentes de trânsito. Contudo, não se sabe se tais resultados manter-se-ão, visto que a fiscalização já não é mais tão intensiva.⁹

Uma importante questão relacionada à estratégia de organização do cuidado à saúde do jovem em cada um dos níveis de atenção – básica e de média e alta complexidade – é, no caso da atenção básica, até que ponto os profissionais deste nível conseguirão lidar com todas as responsabilidades que lhes estão sendo repassadas, qualificando-se para atender, de acordo com os princípios da integralidade de atenção, os diversos grupos populacionais: jovens, mulheres, negros, crianças, trabalhadores, indígenas etc.

Embora a proposta original do SUS incorpore a preocupação com as particularidades da atenção à saúde dos diversos grupos populacionais, ampliar o atendimento e qualificar de forma continuada os profissionais da área para as necessidades específicas de cada grupo ainda é um desafio de grandes proporções para a política pública de saúde.

9. Os resultados da Pesquisa Vigitel (2008) mostram que o consumo de bebidas alcoólicas das capitais aumentou, indicando a necessidade de campanhas e de intensificação da fiscalização.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília, 2006a. Mimeografado.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Programa Nacional de DST e AIDS. *Diretrizes para implantação do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas*. Brasília, 2006b (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Presidência da República (PR). *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)*. Relatório Nacional de Acompanhamento, set. 2007.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2.491-2.495, 2006. Disponível em: <www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100024&lng=pt&nrm=iso>.

MALTA, D. C. A vigilância no contexto da adolescência: inquéritos de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ADOLESCÊNCIA, 10., 2007, Foz do Iguaçu, Paraná. *Anais*. Foz do Iguaçu, 2007.

MALTA, D. C.; MOURA, E. C.; NETO, O. L. M. *Vigilância de doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) na faixa etária entre 18 e 29 anos*. Brasília, out. 2007. Mimeografado.

MALTA, D. C. *et al.* Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 16, n. 1, p. 45-55, mar. 2007.