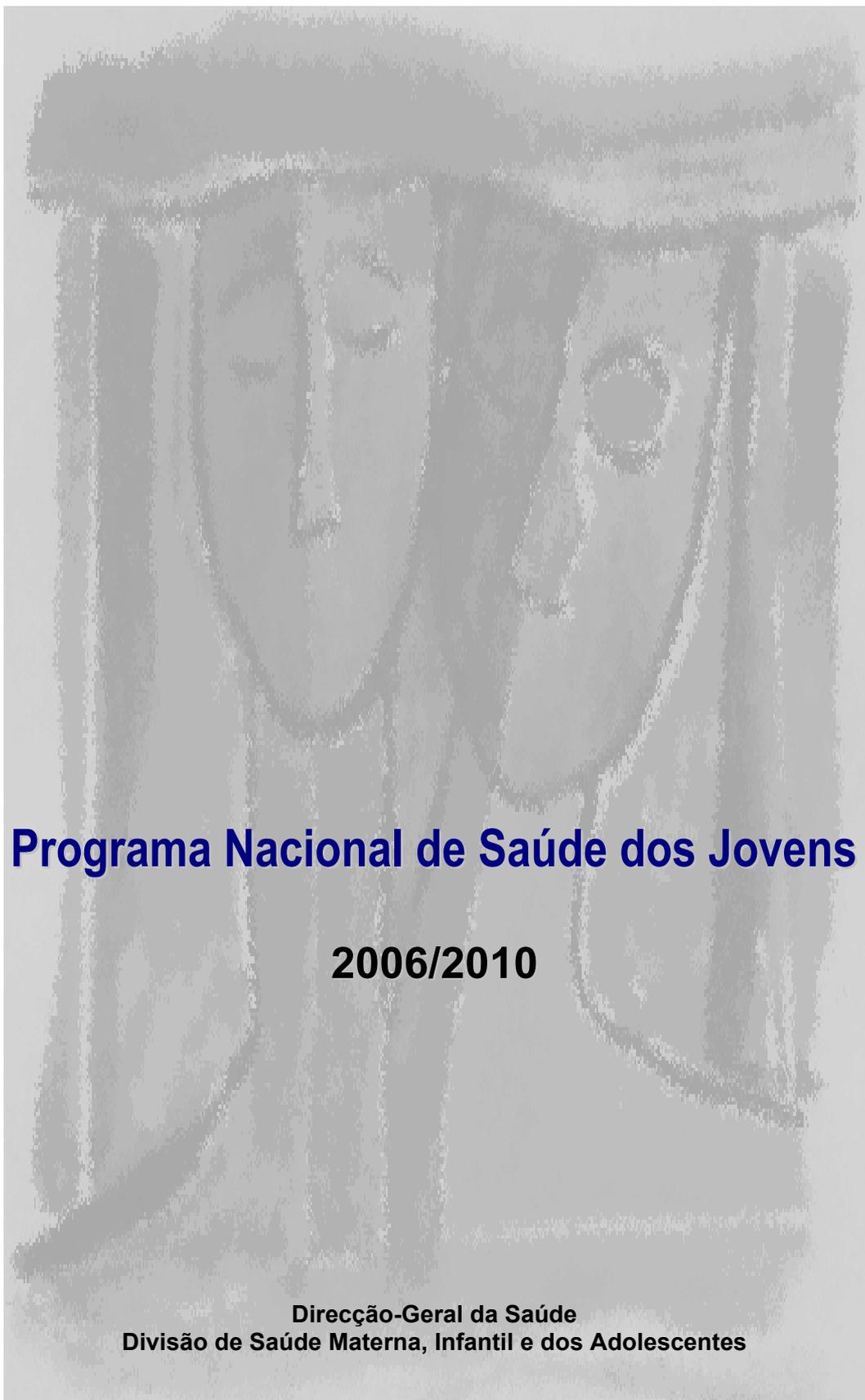




# Programa Nacional de Saúde dos Jovens

2006/2010

Direcção-Geral da Saúde  
Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes



# **Programa Nacional de Saúde dos Jovens**

**2006/2010**

**Direcção-Geral da Saúde  
Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes**

*Proposto para homologação em 24 de Novembro  
de 2005 e aprovado por Despacho N.º 12 045/2006  
do Alto-Comissário da Saúde, em 9 de Maio de  
2006*

### **Nota prévia**

O presente documento

É resultante das Bases do Programa Nacional de Saúde dos Jovens (manuscrito não publicado – DGS, 2005), redigido por Vasco Prazeres, com a colaboração de Ana Rita Laranjeira, António Manuel Marques, Beatriz Calado, Gregória von Ámann, Leonor Sassetti e Maria Teresa Cepeda

Beneficiou de críticas, sugestões e comentários formulados pelos profissionais designados para interlocução na preparação do PNSJ, a nível das Sub-Regiões de Saúde, Hospitais, outras Entidades e Personalidades, durante os seminários realizados de 27 a 29 de Abril e a 12 de Outubro do corrente ano, a seguir mencionados: Amélia Leitão, Almerinda Pereira, Ana Costa Neves, Ana Gabriela de Almeida, Ana Pires, Ana Rita Vaz, António Matos, Cândida Martins, Carla Cruz Aguiar, Carolina Veloso, Cristina Gouveia, Duarte Vilar, Eduarda Vicente, Elisabete Santos, Felicidade Ortega, Filipa Burnay, Helena Barros Leite, Helena Fonseca, Helena Mansilha, Humberto Faria, Idalina Maciel, Inês Gomes, Inês Torrado, Iolanda Duarte, Isabel Jorge, Isabel Queiroz e Melo, Isabel Martins, Joana Bettencourt, João Rosa, Jorge Ramos, José Luís Castanheira, José Palma Correia, Judite Catarino, Júlio Fernandes, Luís Batalau, Margarida Tavares, Maria Ângela Tenreiro, Maria Constantina Silva, Maria da Conceição Areias, Maria do Carmo Pinto, Maria da Graça Fonseca, Maria Helena Carneiro, Maria João Branco, Maria Moreira, Maria do Rosário Amaral, Maria do Rosário Massa, Maria de São José Tavares, Maria Manuel Almeida, Maria Manuel Flores, Maria Teresa Tomé, Marta Pietra, Pascoal Moleiro, Pedro Sigalho, Paulo Nogueira, Rosa Crespo, Rosa Ramalho da Silva, Teresa Gonçalves, Teresa Hernandez Crespo, Valentina Oliveira

Com o apoio administrativo de Luísa Maria Moreira



## Índice

<b>Nota introdutória</b> .....	<b>5</b>
<b>Políticas de saúde dos jovens</b> .....	<b>7</b>
<b>Desenvolvimento e Saúde Integral dos Jovens</b> .....	<b>11</b>
<b>Finalidade e objectivos prioritários da intervenção em saúde dos jovens</b> .....	<b>15</b>
<b>Estrutura do Programa Nacional de Saúde dos Jovens (PNSJ)</b> .....	<b>18</b>
<b>Componentes do Programa Nacional de Saúde dos Jovens (PNSJ)</b> .....	<b>19</b>
A - Monitorização da evolução dos principais indicadores de saúde e bem-estar e o estabelecimento de metas desejáveis em termos de ganhos de saúde .....	19
B - Respostas dos serviços e modelos organizativos .....	21
C - Preparação técnica dos profissionais e difusão de modelos de boas práticas ...	30
D - Articulação funcional com os Programas do PNS, e outros, com impacto na saúde desta faixa etária .....	31
E - Fomento e apoio de programas/projectos de promoção da saúde integral dos jovens, em particular do domínio da cooperação interinstitucional e intersectorial...	31
F - Investigação no âmbito das determinantes da saúde dos jovens.....	32
G – Processo de avaliação .....	33
<b>Nota Final</b> .....	<b>33</b>
<b>Bibliografia</b> .....	<b>34</b>
<b>Anexo</b> .....	<b>37</b>

## Nota introdutória

Nos países industrializados, a aquisição do estatuto de “indivíduo adulto” acontece cada vez mais tarde no decurso do ciclo de vida. Em função da própria dinâmica social, *exige-se* um período de preparação para alcançar o exercício pleno da cidadania que é muito mais longo que em décadas anteriores. Como consequência, *alarga-se* o âmbito das oportunidades, das expectativas e das vivências dos indivíduos ao longo desse percurso, na mesma idade cronológica em que as gerações precedentes haviam já adoptado padrões de vida característicos da adultícia. Por outro lado, *confrontam-se* em simultâneo com desafios semelhantes aos colocados às gerações precedentes na mesma idade, mas, agora, em circunstâncias históricas diferentes.

Na sociedade actual, marcada pelo fenómeno da *globalização*, os acontecimentos de vida classicamente entendidos como marcadores da entrada na fase de *pessoa adulta* revestem-se de contornos diferentes em relação a tempos passados e, em alguns casos, estão a ser protelados no tempo: o período de escolarização e preparação técnica aumenta progressivamente; a entrada no mundo laboral torna-se cada vez mais competitiva e contingente; a aquisição de uma profissão estável e de independência económica é mais difícil; a necessidade de mobilização e afastamento dos ambientes de origem é, nestas idades, uma probabilidade cada vez mais acentuada, quer por questões de emprego, quer por razões de ordem académica; ao invés, para muitos, a permanência no núcleo familiar original prolonga-se acima dos trinta anos de idade, mantendo uma autonomia apenas parcial; as estruturas e as dinâmicas das famílias estão em mudança, o início da conjugalidade plena e da reprodução é cada vez mais tardio; as práticas relacionais entre os jovens adquirem novos contornos, num contexto de transformação profunda dos recursos tecnológicos da informação e da comunicação.

Por outro lado, no que respeita ao sexo feminino, a alteração gradual do estatuto económico e social e o incremento da participação na vida pública têm tido impacto em todo o processo de mudança verificado nas últimas décadas. Tal facto repercute-se, de forma incontornável, nos desafios e nas oportunidades no domínio do desenvolvimento pessoal e da socialização, em particular no que respeita às gerações mais jovens.

Contudo, as alterações permanecem inscritas, ainda, numa ordem social de género que tem regulado as estruturas e as relações humanas ao longo dos séculos – e que tem sido geradora de desigualdade de oportunidades e múltiplas iniquidades que penalizam, em primeiro lugar, o sexo feminino, enquanto grupo social, mas também uma parcela significativa do universo dos homens, particularmente em alguns contextos de vida.

No domínio da saúde, as desigualdades de género estão a ser cada vez mais valorizadas e ponderadas na aplicação das políticas ligadas ao sector. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e, em algumas iniciativas, a própria União Europeia, têm vindo a dar ênfase às questões do *gender mainstreaming* no âmbito das estratégias de promoção da saúde a serem concretizadas pelos estados membros.

De uma forma geral, para os indivíduos no primeiro quartel da vida, assiste-se a uma multiplicação progressiva dos desafios ligados à socialização; os cenários de desenvolvimento tornam-se mais contingentes e a imprevisibilidade do que possa vir a ser a vida futura vai acentuando-se.

É nesta perspectiva que as questões do bem-estar e da saúde da **população juvenil**<sup>1</sup> adquirem um relevo particular e suscitam, por parte dos serviços, o desencadear de mecanismos de resposta mais adaptados a estes novos contextos de vida nos planos socioeconómico, político, cultural e ambiental. Neste cenário, tem vindo a desenhar-se o imperativo de adequar, de forma mais efectiva, a abordagem às necessidades dos indivíduos no grupo etário 20-24 anos. De facto, se o desafio é o de responder - nos serviços, e não só - aos quesitos de saúde de uma população que, não pertencendo, já, ao mundo infantil, é encarada como não tendo ainda alcançado, em pleno, o estatuto de *adulta*, então há que contemplar, também, o grupo dos 20 aos 24 anos. Neste caso, não se trata, tanto, de lidar com qualquer particularidade relevante que homens e mulheres apresentem nestas idades, sob o ponto de vista bio-psicológico; o que está mais em causa é o apoiar, educar, proteger e prevenir eventuais repercussões negativas para a saúde causadas pelos novos desafios de carácter laboral, académico e de socialização que encaram – fruto das vivências que o processo de aquisição plena da cidadania vai *exigindo*, no mundo actual.

A promoção da saúde juvenil pode, assim, constituir um investimento significativo em termos de ganhos de saúde no plano individual e colectivo, contribuindo para o desenvolvimento e para o bem-estar das populações.

Neste contexto um **Programa Nacional de Saúde dos Jovens (PNSJ)** pode constituir um instrumento importante do processo de sistematização de vontades, do estabelecimento de políticas e da concretização de práticas que contribuam para a prossecução de tal desiderato.

---

<sup>1</sup> A OMS, de acordo com a documentação mais relevante produzida, considera **população juvenil** o conjunto dos indivíduos de idade compreendida entre os **10 e os 24 anos** e atribui as designações de **adolescentes** e de **jovens** aos indivíduos que têm entre **10 e 19 anos** e entre **15 e 24 anos**, respectivamente. No presente documento, adopta-se a designação genérica de “jovens” sempre que não esteja em causa qualquer especificidade que justifique menção expressa ao grupo dos “adolescentes”.

## Políticas de saúde dos jovens

No século XX, a partir de meados dos anos 60, a **OMS** começou a encarar estes grupos etários de uma forma mais atenta. Em Portugal, as questões específicas da saúde dos adolescentes começaram a ser abordadas no final dos anos 70. Na década seguinte, iniciaram-se múltiplas experiências em promoção de saúde, em atendimento, em investigação, em formação, em planeamento e organização de cuidados adaptados a este grupo etário. A enquadrar este movimento foi criado, no âmbito da saúde reprodutiva, legislação específica para a prestação de cuidados a adolescentes: em 1984, a Lei 3/84 e, em 1985, a respectiva regulamentação, através da Portaria 52/85. A **Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários**, a partir de 1986, procurou incentivar e apoiar técnica e normativamente a prestação de cuidados globais de saúde a adolescentes, criando um Projecto e, mais tarde, um Núcleo de Saúde dos Adolescentes, processo que tem tido continuidade na actual **Direcção-Geral da Saúde** (DGS). Sob a coordenação desta estrutura, teve, então, início a actividade de diversos grupos de trabalho temáticos, para reflexão e apoio aos profissionais, tendo por objectivo a reformulação e a organização das práticas em saúde dos adolescentes.

Nos anos subsequentes, no domínio das políticas de saúde, diversas medidas legislativas e orientações programáticas têm vindo a incidir na saúde dos adolescentes e jovens. São disso exemplo:

- A **Lei de Bases da Saúde**, de Agosto de 1990, que salienta o facto de os adolescentes constituírem um dos “*grupos sujeitos a maiores riscos*” e a necessidade de serem “*tomadas medidas especiais*” - alínea a) do nº 1 da Base II).
- O **Programa-tipo de actuação em Saúde Infantil e Juvenil**, de âmbito nacional, em vigor desde 1992 e revisto em 2002, que contempla a vigilância planeada do crescimento e do desenvolvimento durante as duas primeiras décadas da vida.
- O documento **Saúde dos Adolescentes – Princípios Orientadores**, publicado pela DGS em 1998, que traça os pressupostos e as linhas-chave para a implementação de programas e projectos na área da promoção da saúde dos adolescentes, apontando estratégias, modelos organizativos dos serviços e princípios de boa prática.
- A **Estratégia da Saúde para 1998-2002**, explicitada no documento “**Saúde - Um compromisso**”, que, em diferentes áreas de actuação, aponta a concretização de objectivos com impacto positivo no público adolescente.
- O **Plano Nacional de Saúde**, aprovado em 2004, em que é apontada a criação de um **Programa Nacional de Saúde dos Jovens**.

Outras iniciativas de carácter legislativo, bases programáticas e orientações técnicas e normativas têm vindo a enfatizar o desenvolvimento de políticas de saúde juvenil, com particular realce nos domínios da prevenção e dos cuidados antecipatórios.

Reduzida a magnitude das infecções contraídas de forma passiva, os problemas de saúde ligados a estilos de vida e condutas adquirem hoje maior relevo, em particular na população juvenil. Por outro lado, os progressos de diagnóstico e terapêutica de situações clínicas que, há décadas atrás, corresponderiam a uma muito menor esperança de vida, impedindo alcançar a segunda ou terceira década da vida, vêm lançar novos desafios. Neste contexto, a continuidade de cuidados ganhou um novo protagonismo, tendo em vista a qualidade de vida dum número crescente de crianças e jovens portadores de deficiência e de doença crónica.

A multifactorialidade das determinantes dos comportamentos juvenis exige interpretações mais esclarecidas dos fenómenos que as condicionam e aponta para o desenvolvimento de formas de intervenção menos estereotipadas. Tal panorama tem justificado a **necessidade de reformular algumas das estratégias** de abordagem das questões ligadas à saúde nesta faixa etária.

Nesse sentido, têm sido instituídas diversas medidas de carácter legislativo, normativo e técnico com o objectivo de concretizar tal processo, nomeadamente:

- Tendo em conta as particularidades da promoção da saúde dos adolescentes em contextos específicos, está em execução, desde 1996, o **Programa-tipo em Saúde Escolar**, de âmbito nacional.
- Em 1999, foi publicada a **Lei nº 120/99**, que reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva e, em 2000, o **Decreto-Lei nº 259/2000**, que fixa condições de promoção da educação sexual e de acesso dos jovens a cuidados de saúde no âmbito da sexualidade e do planeamento familiar.
- Em Novembro de 2000, através de uma **Resolução da Assembleia da República**, é preconizada a organização de um amplo debate sobre factores e comportamentos de risco na adolescência e na juventude, assim como a preparação de um “Livro Verde” *“...sobre os riscos na adolescência e na juventude, que defina as necessidades de diagnóstico, que crie metodologias que o permitam e proceda à sua realização, apontando soluções e avaliando as necessidades para a sua implementação...”*.( não efectivada ainda).
- No documento **Ganhos de Saúde em Portugal – Ponto da Situação**, que contém um relatório a propósito do ano de 2001, do Director-Geral e Alto Comissário da Saúde, são apresentados alguns dados epidemiológicos sobre a evolução das principais causas de mortalidade na segunda década da vida, sendo apontada a necessidade de reforçar o estabelecimento de parcerias estratégicas e o desenvolvimento da investigação na área da saúde dos adolescentes.
- Em Outubro de 2003, a DGS publicou o documento **Saúde Juvenil no Masculino**, em que são enfatizadas as questões de género e a necessidade de desenvolver mecanismos compensadores de diversas iniquidades ligadas ao sexo no âmbito da prestação de cuidados de saúde.
- No domínio da saúde sexual e reprodutiva, com realce particular nos jovens, foi aprovada, em Março de 2004 a **Resolução da Assembleia da República nº 28/2004**, a respeito de medidas de prevenção no domínio da interrupção voluntária da gravidez.

Assim, tem vindo a assistir-se no Serviço Nacional de Saúde (SNS), no decurso dos últimos quinze anos, a um **movimento de adequação crescente** da oferta de cuidados às necessidades e aos problemas de saúde da população juvenil, em particular a que se encontra na segunda década de vida – mesmo que não correspondendo, sempre, a iniciativas bem planeadas e com condições de sustentabilidade. De uma forma genérica, seja na perspectiva da prestação de cuidados personalizados, seja na do incremento de projectos de prevenção de âmbito comunitário, os Centros de Saúde e os Hospitais têm procurado melhorar a qualidade das respostas dadas a este grupo etário, mediante adaptação dos modelos organizativos, facilitação da acessibilidade e melhoria da preparação das equipas profissionais.

No decurso dos últimos anos, fruto, em larga medida, de um novo entendimento do que é a promoção da saúde, em particular nos jovens, a Educação, a Justiça, a Juventude e a Administração Autárquica, entre outros sectores, têm assumido protagonismo crescente nesta matéria. A gestão do impacto das determinantes da saúde e os padrões de resposta aos principais problemas de saúde que se colocam a esta faixa etária, na sociedade actual, assim o exigem. De forma gradual, se bem que nem sempre do modo mais adequado, conseqüente e concertado, têm vindo a ser concretizados **mecanismos de cooperação intersectorial** no desenvolvimento dos programas de promoção e protecção da saúde juvenil. Podem ser destacadas algumas das iniciativas tomadas:

- A formalização da **Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde**, coordenada a partir de um Centro de Apoio Nacional, conforme Despacho conjunto nº 271/98 (posteriormente revogado pelo Despacho conjunto nº 734/2000) mediante parceria estabelecida entre os Ministérios da Saúde e da Educação, traduzida, também, nas Equipas de Apoio Local em funcionamento na Rede.
- Também, numa área específica da promoção da saúde juvenil, a da saúde sexual e reprodutiva, foi possível estabelecer uma estratégia articulada de intervenção nesta matéria, através do **Plano de Acção Interministerial sobre Educação Sexual e Planeamento Familiar**, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 124/98, no âmbito do qual foram produzidas e divulgadas linhas mestras de acção, através do documento “**Educação Sexual em Meio Escolar – Linhas Orientadoras**”, em edição conjunta dos Ministérios da Educação e da Saúde.
- Para além de iniciativas de colaboração a nível central, estão em curso, a nível regional e local, várias **experiências de trabalho articulando diferentes estruturas e sectores**, no âmbito da promoção da saúde a diferentes níveis – como por exemplo, a colaboração estabelecida entre Centros de Saúde e Delegações Regionais do Instituto Português da Juventude (IPJ).

**Numa perspectiva de futuro**, e tendo por objectivo o desenvolvimento de boas práticas no domínio da educação, prevenção e protecção da saúde dos jovens, afigura-se **necessário avaliar, dar continuidade, sustentação, maior rigor e harmonia** às acções desenvolvidas.

Para tal, há que procurar obter uma sistematização continuada de informação sobre a organização dos diversos serviços, assim como o estabelecimento de critérios de avaliação, de qualidade e de harmonização dos procedimentos, de molde a permitir a prossecução de objectivos comuns, a nível nacional.

No âmbito da promoção da saúde dos jovens, a cooperação e a complementaridade dos serviços e a harmonia das estratégias seguidas representam um instrumento precioso para a obtenção de novos **ganhos em saúde**, a curto, a médio e a longo prazo.

## Desenvolvimento e Saúde Integral dos Jovens

O desenvolvimento saudável das populações juvenis representa um aspecto estratégico importante na vida de qualquer comunidade.

Entende-se o **desenvolvimento**, nestas idades, como um processo contínuo através do qual os indivíduos adquirem capacidade de satisfazer as suas necessidades e de incrementar as habilidades e competências pessoais, alargando as redes sociais de pertença.

A educação, a prevenção, a protecção e a desejável obtenção de ganhos em saúde constituem recursos necessários para a concretização de tal objectivo e, nessa perspectiva, o binómio desenvolvimento/saúde, enquanto elementos mutuamente determinantes, afigura-se indissociável. Neste domínio, o que está em causa não é, apenas, a situação de saúde actual dos indivíduos que compõem as faixas etárias mais novas, mas também aquilo que ela poderá vir a ser na vida futura dos mesmos – e das gerações que lhes sucederem.

No decurso da maturação ao longo da infância e da juventude, os indivíduos procuram assegurar a satisfação das suas necessidades básicas de segurança, afecto, valorização, estima e protagonismo social. Porém, tal não diz respeito a um processo meramente individual de expressão do potencial biológico, de estruturação da personalidade e de resposta a oportunidades de vida; pelo contrário, trata-se de um fenómeno profundamente mediado pelo ambiente físico, político, económico e sociocultural, como, por exemplo, a confissão religiosa e o género – entendido este como a construção social das diferenças entre sexos, que controla as relações interpessoais e determina iniquidades com impacto significativo na saúde.

Nas idades juvenis, o **desenvolvimento** pode ser equacionado enquanto resultante da intercepção dos diferentes eixos de referência que, genericamente, dizem respeito a:

- **Crescimento** – Expressão somática da interacção entre determinantes genéticas e ambientais, no decurso das primeiras décadas do ciclo de vida.
- **Identidade, autonomia e pertença** – Reconhecendo-se o indivíduo como sujeito singular que tem um passado, um presente e um futuro, que se encontra ligado a diversos grupos sociais com características próprias e que detém um certo grau de controlo sobre os seus próprios actos em vários contextos de vida - nomeadamente a possibilidade de criar novas afiliações.
- **Projecção no futuro** – Aquisição da capacidade de perspectivar o futuro, estabelecendo planos de vida a curto, a médio e a longo prazo e de produzir acções visando a respectiva consecução.
- **Auto-estima e relações interpessoais** – Desenvolvimento de habilidades para realizar projectos, concretizar iniciativas entendidas como úteis e merecer o reconhecimento e a estima dos outros, conseguindo estabelecer relações interpessoais gratificantes, no contexto familiar e doutros grupos de pertença.
- **Relações íntimas** – Capacidade de estabelecimento de vínculos afectivos mais aprofundados, complexos e duradouros e íntimos, no âmbito das relações diádicas.

Nesse processo complexo do crescimento e do desenvolvimento, ensaiam-se novas reflexões, tomadas de decisão e condutas que não haviam sido tentados, até então, e que habitualmente são encarados como envolvendo alguma forma de *risco*. Neste domínio, é necessário encarar o risco - e os comportamentos que possam envolvê-lo - mediante uma dupla perspectiva. Por um lado, embora no plano biomédico sejam vistos como lesivos da saúde, há procedimentos que podem tornar-se vantajosos ou necessários para o crescimento, aquisição de autonomia e a criação de novas interdependências; tornam-se contributos importantes para a maturação e expressão das potencialidades físicas, para o enriquecimento psicoafectivo e para a socialização – neste contexto, o *risco* representa *oportunidade*. Por outro lado, podem efectivamente ter repercussões negativas no estado de saúde e gerar danos a curto, a médio e a longo prazo – aqui podendo ser encarados como *riscos* que geram *prejuízo*. Nesta ponderação *vantagem/desvantagem*, não pode equacionar-se, apenas, os factores propiciadores de impacto negativo na saúde (e a possível interacção); há que saber valorizar, também, os factores protectores, individuais e colectivos, que contribuem para o processo de desenvolvimento – sem menosprezar a possibilidade de um mesmo elemento poder ter impacto negativo ou positivo, consoante o momento e as circunstâncias em que está presente.

Ao encarar-se a adolescência e a juventude como percursos de transição entre a idade infantil e a adultícia, não pode deixar-se de atender aos contornos peculiares dessas trajectórias. Nesta fase do ciclo vital, os indivíduos, para além da sua transformação no plano pessoal, são, simultaneamente, protagonistas num outro contexto de mudança, aquele que se opera na sociedade em que se inserem e que desempenha um papel incontornável de mediador dos respectivos percursos biográficos - no domínio político, socioeconómico, cultural, ambiental e da saúde. Se, por um lado, a puberdade, enquanto fenómeno biológico, funciona como catalisadora do processo individual do crescimento e do enriquecimento cognitivo e emocional, por outro, os traços da socialização numa determinada comunidade e num dado momento histórico - um percurso mais plástico e diversificado que o primeiro - modelam as representações sobre a vida, o mundo e as pessoas e condicionam os comportamentos.

Nesta perspectiva, a especificidade das necessidades e dos problemas de saúde dos adolescentes e dos jovens resulta, não tanto de patologia do foro médico que assuma dimensão particular nesta fase da vida, mas mais das repercussões possíveis de alguns padrões de conduta, da ocorrência de determinados eventos e do mal-estar psicoafectivo, relacional e ambiental que podem interagir com o crescimento e o desenvolvimento. Nestas idades, como noutras, aliás, os requisitos de saúde adquirem expressão diferente consoante o meio e as circunstâncias de vida, para além das características pessoais, da faixa etária e do sexo – mas a procura de bem-estar, credibilização social e cumprimento de expectativas pessoais são desideratos comuns, em todos os contextos.

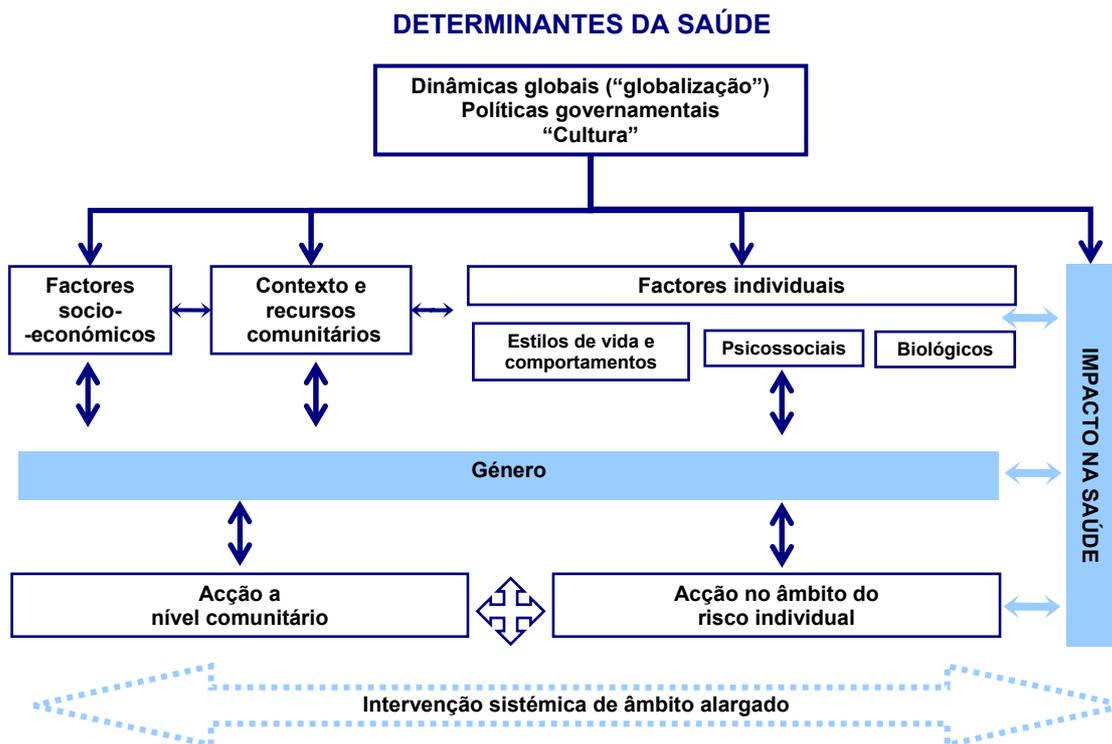
Em consequência, os serviços necessitam de adequar-se de forma a proporcionar respostas que vão para além do assegurar cuidados personalizados no âmbito da vacinação, da saúde sexual e reprodutiva ou do controlo de doenças crónicas; devem, por isso, desenvolver cada vez mais capacidades de acção continuada no tempo, numa perspectiva compreensiva das determinantes sistémicas dos percursos de vida dos indivíduos e, por isso, articulada com o trabalho que neste âmbito outros sectores produzem.

O desenvolvimento de programas que procurem ter por referência a **saúde integral** dos jovens aponta para a conjugação de **três planos** de intervenção, numa dimensão temporal alargada:

- **A saúde dos jovens, hoje** – Há que dar resposta às necessidades e aos problemas de saúde dos jovens no contexto da sua vida presente, em que os serviços prestadores de cuidados e as estruturas de aconselhamento e educação em saúde adquirem papel de relevo.
- **Os jovens enquanto promotores de ganhos em saúde, no futuro** – Tendo em vista a adopção e a manutenção futura de estilos de vida promotores de saúde, também outras instituições como as de educação e ensino assumem protagonismo particular neste processo, desde as idades infantis.
- **Os jovens como activadores de mudança** – Em matéria de comportamentos e saúde, torna-se necessário criar condições para a participação e a autodeterminação dos indivíduos nestas matérias, enquanto construtores activos do futuro, interlocutores junto dos pares e referenciais para as gerações seguintes.

Assim, para o desenvolvimento das políticas de saúde integral dos jovens torna-se indispensável ponderar as múltiplas variáveis que influenciam a saúde e as particularidades de que se revestem, nestas idades.

Em interacção com vulnerabilidades específicas dos indivíduos, as determinantes da saúde podem ser agrupadas em factores de ordem socioeconómica, estilos de vida e ambiente físico (OMS, 2002). No primeiro grupo, enquadram-se variáveis como o grau de desenvolvimento de uma comunidade, a pobreza, o emprego, a educação ou o stresse; no segundo, a alimentação, a actividade física, o consumo de tabaco, álcool e drogas não legalizadas adquirem protagonismo; no que respeita ao ambiente físico, aspectos como a qualidade do ar e da água, a segurança alimentar, a habitação, o trabalho, os transportes e a exposição a radiações ionizantes merecem destaque. O sexo dos indivíduos – encarado, em particular, na perspectiva do *género*, enquanto construção social das diferenças homem/mulher – condiciona iniquidades que se expressam de forma transversal a todas as determinantes da saúde mencionadas.



*Adaptado de WHO (2002)*

Ao pretender-se promover a saúde numa perspectiva **integral**, é, pois, indispensável seguir estratégias de intervenção que equacionem de forma integrada, não apenas os factores biológicos, os estilos de vida e os comportamentos, mas também o ambiente físico, cultural e socioeconómico, assim como a oferta e a organização dos serviços prestadores de cuidados.

## Finalidade e objectivos prioritários da intervenção em saúde dos jovens

Diversos factores afiguram-se como propiciadores de **um desenvolvimento equilibrado e saudável** durante a adolescência e a juventude. De entre os mesmos, é possível destacar os seguintes - além de ter nascido e ter tido uma infância com índices de saúde positivos e de ter disposto de oportunidades de desenvolvimento pessoal adequadas:

- Poder contar com ambientes seguros, no âmbito das famílias, dos grupos de pares e das instituições da comunidade que apoiem, protejam e estimulem a diferenciação pessoal e a autodeterminação
- Ter acesso, com equidade, a uma vasta gama de recursos e serviços, nomeadamente, educação, emprego, saúde, justiça, solidariedade e lazer
- Num mundo em transformação e tendente à globalização, poder dispor de informação e de oportunidades para desenvolver habilidades práticas e respostas adaptativas adequadas, assim como ter condições para expressar as vocações pessoais, assumindo valores compatíveis com a ética nas relações entre indivíduos e comunidades
- Poder desenvolver o sentido de pertença grupal e dispor de oportunidades para o exercício gradual da cidadania, nos diferentes contextos de vida, usufruindo de um enquadramento político-legal favorável
- Beneficiar de condições plenas para a aquisição de saberes, a reorganização da identidade pessoal e o estabelecimento de projectos de futuro, assim como poder expressar as motivações de carácter estético, criativo, afectivo e sexual
- Um número significativo de adolescentes e jovens que apresentam necessidades de saúde especiais em resultado de diferentes formas de deficiência, de incapacidade ou de desvantagem, necessita de atenção particular e colocam desafios acrescidos aos serviços – quer se trate de portadores de doença crónica, ou de vítimas de acidentes, maus tratos ou negligência.

Neste contexto, em todas as acções a desenvolver pelos profissionais, há que ponderar três elementos basilares:

- A necessidade de **interrelacionar as componentes somáticas, psicoafectivas e sociais** dos problemas dos indivíduos representa um vector indispensável da intervenção em saúde juvenil.
- Os programas e os projectos que assentam numa **perspectiva integradora das diferentes necessidades de saúde** permitem desenvolver acções globais e de continuidade mais efectiva, sem prejuízo das especificidades presentes.
- A **perspectiva de género** - enquanto construção social das diferenças e das relações de poder entre sexos - aplicada às iniciativas de promoção da saúde juvenil afigura-se incontornável. Tal pode permitir: por um lado, entender e ponderar as determinantes de carácter psicossocial e cultural, além das ligadas

ao sexo biológico, que contribuem para as especificidades e interações dos comportamentos dos indivíduos de ambos os sexos que condicionam as dissemelhanças verificadas na morbidade e na mortalidade; por outro, desencadear mecanismos que permitam minorar as iniquidades nos cuidados de saúde que são geradas pelo entendimento social do que é *ser homem* ou *ser mulher*, com base na diferença biológica.

Tomando em consideração os dados disponíveis sobre vários indicadores de saúde relacionados com esta faixa etária - por exemplo, padrões de reprodução, alimentação, actividade física e dados da morbidade e da mortalidade, etc. - bem como alguns consensos estabelecidos, a nível nacional e internacional, acerca das necessidades de saúde específicas nestas idades, é possível estabelecer linhas de acção prioritárias com vista à promoção da saúde e do bem-estar dos jovens.

Assim, tal intervenção deve ter por **finalidade** *o contribuir para a concretização plena do potencial de desenvolvimento dos jovens, mediante a obtenção de mais ganhos de saúde e de bem-estar, reduzindo o ónus das doenças e das lesões evitáveis.*

Enquanto **objectivos prioritários** das políticas de saúde dos jovens, merecem destaque particular os seguintes:

- *Promover a saúde integral dos jovens, nas várias dimensões do bem-estar físico, mental e social*
- *Incrementar a autonomização e a autodeterminação em saúde*
- *Estimular o desenvolvimento de uma “cultura” de segurança e controlar ou evitar os efeitos nocivos dos acidentes*
- *Prevenir as iniquidades em saúde ligadas ao género*
- *Promover a saúde sexual e reprodutiva*
- *Fomentar a prática do exercício físico regular*
- *Prevenir a excessiva actividade sedentária*
- *Promover a prática de uma alimentação equilibrada*
- *Contribuir para a evitação ou moderação do consumo de produtos geradores de habituação ou dependência*
- *Prevenir as diversas formas de maus-tratos e de exploração, nomeadamente as piores formas de trabalho infantil*
- *Assegurar a adequação e a continuidade das respostas dos serviços, em particular junto daqueles que são portadores de necessidades de saúde especiais*
- *Contribuir para a preservação dos ambientes físicos e sociais propiciadores do desenvolvimento na população juvenil.*

Ponderadas as diferentes condicionantes da saúde e os objectivos da intervenção apontados, constata-se, de imediato, a necessidade de envolvimento dos diversos sectores sociais nas acções a desenvolver. Sendo vitais, os serviços de saúde não podem, por si sós, assegurar o controlo de todos os factores que condicionam negativamente o equilíbrio saúde/doença. Nesse contexto, a cooperação intersectorial torna-se, assim, indispensável. Contudo, para que haja eficácia e eficiência no trabalho produzido, a articulação entre os vários interlocutores necessita de estar assegurada de molde a que as atribuições sejam por estes distribuídas de forma clara; só desse modo as especificidades que caracterizam os vários parceiros poderão constituir mais valia na rentabilização das iniciativas desencadeadas.

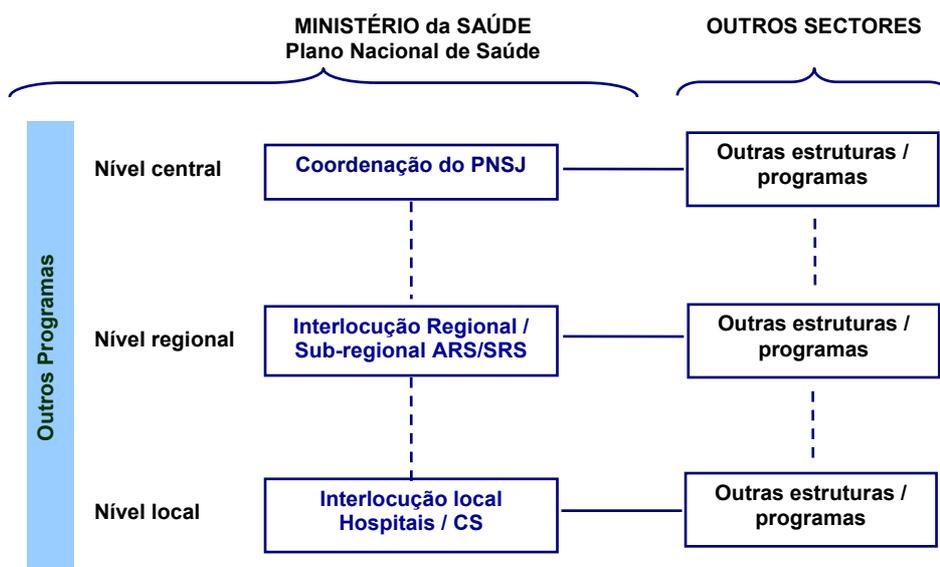
Noutra perspectiva, há que salientar o facto da prossecução dos objectivos traçados não implicar, necessariamente, que o conteúdo das práticas seja exclusivo de cada temática abordada; pelo contrário, e dado que estas podem dizer respeito a níveis e áreas de intervenção semelhantes, o mesmo tipo de iniciativa pode ter repercussões positivas em problemas de saúde diferentes. É exemplificativo deste aspecto a *transversalidade* de algumas matérias como, por exemplo, a questão da equidade de género. Através do investimento num mesmo tipo de acções, pode ser possível alcançar, em simultâneo, o impacto desejado em vários domínios diferentes, sem prejuízo da concretização de actividades mais específicas, quando julgadas necessárias.

Tendo em consideração os objectivos apontados e, enquanto instrumento estratégico para a prossecução dos mesmos, a concretização do **Programa Nacional de Saúde dos Jovens** constitui factor aglutinador e organizador das intervenções em saúde, neste domínio.

## Estrutura do Programa Nacional de Saúde dos Jovens (PNSJ)

Inserido no Plano Nacional de Saúde (PNS), o desenvolvimento do PNSJ assenta na interlocução aos diferentes níveis do Serviço Nacional de Saúde, em estruturas de outros sectores do Estado e de Organizações não Governamentais, conforme segue:

### Níveis de interlocução do PNSJ



A implementação do PNSJ processa-se através da Direcção-Geral da Saúde que coordena a concretização das acções conducentes à implementação do Programa, aos diferentes níveis, em articulação com os programas do PNS e iniciativas de outros sectores e organismos.

A interlocução a nível regional, sub-regional e local estabelece os mecanismos de comunicação privilegiados, quer entre as equipas/entidades constituintes do PNSJ, quer entre estruturas/programas exteriores ao sector da saúde, sempre que se afigure ser pertinente estabelecer colaborações/parcerias.

## **Componentes do Programa Nacional de Saúde dos Jovens (PNSJ)**

O PNSJ, centrado na população dos 10 aos 24 anos, apresenta como componentes principais:

- A monitorização da evolução dos principais indicadores de saúde e bem-estar e o estabelecimento de metas desejáveis em termos de ganhos de saúde
- A adequação dos modelos organizacionais às necessidades em saúde e a redução das iniquidades existentes
- A preparação técnica dos profissionais e a difusão de modelos de boas práticas
- A articulação funcional com os Programas do PNS, e outros, que têm impacto na saúde desta faixa etária
- O fomento e apoio de programas/projectos de promoção da saúde integral dos jovens, em particular os do domínio da cooperação interinstitucional e intersectorial
- A investigação no âmbito das determinantes da saúde dos jovens
- O processo de acompanhamento e avaliação do PNSJ

As áreas de intervenção citadas não constituem valências autónomas; ao contrário, representam apenas aspectos parcelares da acção, estreitamente interligados, que permitem agregar e sistematizar as iniciativas tomadas.

### **A - Monitorização da evolução dos principais indicadores de saúde e bem-estar e o estabelecimento de metas desejáveis em termos de ganhos de saúde**

Os elementos recolhidos através de diferentes bases de dados e de estudos efectuados recentemente<sup>2</sup> permitem traçar uma panorâmica global sobre a situação de saúde dos jovens portugueses, no que respeita à evolução dos padrões de reprodução, de alguns aspectos da morbilidade e da mortalidade. No quadro seguinte, são apresentados, de forma resumida, alguns elementos de caracterização epidemiológica nestas idades.

---

<sup>2</sup> Para informação mais detalhada consultar documento “Saúde dos Jovens em Portugal – elementos de caracterização 2005” (no prelo).

### Reprodução em idades jovens

Nos últimos 20 anos, as taxas de fecundidade específicas nas mulheres mais jovens apresentaram declínio progressivo nos valores; de 1985 para 2003, este decréscimo atingiu valores da ordem dos 39%, nos 15-19 anos, e 52%, nos 20-24 anos. Nos homens, as taxas de fecundidade específicas apresentaram tendência semelhante à encontrada para as mulheres, com decréscimo dos valores da ordem dos 20 e 56%, nos 15-19 e 20-24 anos, respectivamente.

### Alguns indicadores de morbilidade

Quanto a *doenças infecciosas evitáveis pela vacinação*, foi investigado o grau de imunidade face a infecções como: tétano, difteria, hepatite B, rubéola e parotidite; constatou-se haver, na faixa etária 10-24 anos, índices de imunidade considerados elevados (dados referentes a 2001/2002).

As *doenças de declaração obrigatória* que, em 2003, adquiriram maior expressão numérica nesta faixa etária foram: tuberculose respiratória, salmoneloses, parotidite epidémica, sífilis precoce, infecções gonocócicas e hepatites que, no conjunto, totalizaram 85% dos casos notificados, nestas idades.

No que respeita a infecção pelo VIH/SIDA verificou-se serem elevados os totais acumulados de *portadores assintomáticos* e de *casos sintomáticos não-SIDA*; nos casos de SIDA, verificou-se um decréscimo dos valores de 2000 para 2004.

O grupo 10-19 anos contabilizou 26% do total de *acidentes domésticos e de lazer* (ADL) registados em 2003; este valor aponta para a premência do estudo dos factores que confluem para esta casuística, assim como a necessidade de incremento de mecanismos de prevenção deste tipo de sinistralidade nestas idades.

No que respeita a *saúde oral*, tornou-se evidente a existência de acentuadas disparidades a nível regional, sendo a Região do Alentejo aquela onde se verificou a existência de índices de saúde oral menos favoráveis, em oposição às Regiões do Algarve e Lisboa e Vale do Tejo.

O estudo dos *motivos de internamento hospitalar* nestas idades tornou notório o peso estatístico de algumas patologias, tais como lesões e envenenamentos, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho respiratório e doenças da pele e do tecido celular subcutâneo.

### Mortalidade em idades jovens

Do estudo da casuística da mortalidade nos 10-24 anos merecem destaque a especificidade de cada grupo etário quanto a tipos e grupos de causas de morte e o diferencial entre mortalidade masculina e mortalidade feminina. De realçar, ainda, o peso das mortes evitáveis, com os acidentes de transporte a adquirir expressão numérica elevada, assim como o das categorias classificativas *sintomas, sinais e afecções mal definidos* e *lesões em que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas* – cuja dimensão condiciona um melhor conhecimento do fenómeno da mortalidade juvenil.

Com vista a uma caracterização rigorosa e continuada da situação de saúde dos três grupos nesta faixa etária (10-14, 15-19 e 20-24 anos), afigura-se imperativo desencadear medidas que permitam:

- Harmonizar os grupos etários considerados no processo de recolha dos dados
- Adaptar os instrumentos de notação e de tratamento dos dados

Para tal, deverá constituir-se, no decurso do 1º trimestre de 2006, um **grupo de trabalho** que produzirá orientações nesse sentido, a divulgar a partir do 2º semestre do mesmo ano.

O incremento de tais medidas constituirá um factor de melhoria dos processos de monitorização e avaliação dos indicadores de saúde e bem-estar, assim como da compatibilização de dados informativos de diferentes proveniências; nesse sentido, torna-se necessário, também:

- Seleccionar, de entre os indicadores disponíveis, os considerados mais relevantes, com vista a:
  - monitorizar a situação de saúde dos jovens, a nível nacional
  - monitorizar a situação de saúde dos jovens, a nível regional
- Definir indicadores positivos de saúde e bem-estar, mais relevantes nestas idades
- Identificar a nível regional outros indicadores pertinentes para a caracterização da população juvenil e situação de saúde e bem-estar

## **B - Respostas dos serviços e modelos organizativos**

A qualidade dos cuidados aos jovens é função, não apenas dos serviços prestadores considerados individualmente, mas também, e em larga medida, da articulação estabelecida entre eles. De igual modo, o trabalho concertado entre as estruturas a nível local, sub-regional, regional e central que detêm responsabilidade sobre esta área da saúde, é determinante para o incremento das boas práticas, da satisfação dos jovens e da obtenção de mais ganhos em saúde.

- Em Portugal, no âmbito do **Serviço Nacional de Saúde**, a prestação de cuidados a esta faixa etária tem vindo a processar-se, em traços genéricos, de forma semelhante à que é aplicada na população em geral.
- Os **cuidados de primeira linha** são assegurados no âmbito da Rede de Cuidados Primários e da Medicina Geral e Familiar (MGF); a referenciação para **os cuidados hospitalares**, quando necessária, processa-se de acordo com o praticado para os outros grupos etários.
- Não obstante, a partir dos anos 80, iniciaram-se algumas **experiências de atendimento de adolescentes** em moldes próprios, quer no âmbito dos cuidados primários, quer no dos secundários. Contudo, a coexistência deste tipo de iniciativas e o modelo de atendimento cingido à MGF ou às Especialidades Hospitalares clássicas nem sempre tem sido pacífica, embora comece a tornar-se consensual que **não se trata de modelos mutuamente exclusivos**.
- Algumas das experiências já realizadas, neste domínio, poderão não ter alcançado o sucesso desejado, devido a um conjunto de vários factores, nomeadamente; a) tomar as vantagens para os serviços e para os profissionais como primeiro referencial da organização dos cuidados e não os previsíveis benefícios efectivos para os destinatários; b) a dificuldade de concretizar

mecanismos de articulação efectivos entre as estruturas com responsabilidade na saúde dos jovens, dentro e fora do sector da saúde; c) o deficit ainda existente no que respeita a preparação profissional especifica; d) a descontinuidade verificada nas políticas específicas e o conseqüente impacto nos recursos afectados.

De acordo com a avaliação efectuada recentemente, os serviços, quer no âmbito dos cuidados primários, quer no dos hospitalares, dedicam, já, uma atenção assinalável à área da saúde dos jovens, em particular dos adolescentes<sup>3</sup>. Neste domínio, merecem destaque os seguintes aspectos:

- A nível das **Sub-Regiões de Saúde (SRS)**, embora, na maioria dos casos, seja assinalada a existência de programas/projectos vários em saúde dos jovens, estes não são descritos como entidades de características próprias, estruturantes, estando ou não ligadas a outras iniciativas; contudo, nem sempre é descrito de uma forma clara o processo de coordenação das acções, bem como o teor do envolvimento em colaborações/parcerias com outras entidades, quando mencionados.
- Nos **Centros de Saúde (CS)**, a prestação de cuidados personalizados a esta faixa etária ganhou maior protagonismo nos últimos anos; está estruturada de molde a permitir considerar dois modelos diversos: num, processa-se de forma exclusiva no âmbito da MGF e, no outro, são disponibilizadas, também, outras formas de atendimento aos jovens. Estes modelos organizativos parecem reflectir diferentes opiniões e posicionamentos dos profissionais envolvidos face a condicionantes e factores de melhoria da própria acção dos serviços, nestes domínios. Contudo, no âmbito da intervenção em saúde com carácter mais geral, a consubstanciação dos projectos afigura-se estar ainda numa fase mais incipiente.

No que respeita a oferta de cuidados em saúde dos adolescentes/jovens, os dados apurados permitem constatar uma melhoria quantitativa substancial no que respeita a iniciativas de intervenção centradas nesta faixa etária. Segundo os dados apurados em 1993 e 1998, haveria em 13 e 23% dos Centros de Saúde, respectivamente, outras modalidades de atendimento a jovens para além da prestação de cuidados no âmbito estrito das listas em MGF; ao passo que, em 2004 o valor foi de 40%. No que respeita a projectos específicos em saúde dos adolescentes/jovens, a percentagem de Centros de Saúde com projectos em curso passou de 25%, em 1993, e de 61%, em 1998, para 66% em 2004.

- No que se refere aos **Hospitais**, os processos de atendimento em Urgência, Internamento e Consulta Externa, regra geral ligados à Pediatria, revelam diversidade assinalável quanto aos modelos adoptados. São de referir as dificuldades que ainda subsistem no que se concerne à adequação das respostas face às características e necessidades dos indivíduos nestas idades, em particular nos Hospitais sem estrutura/espço específico para adolescentes; no que diz respeito à preparação profissional para dar resposta aos indivíduos nestas idades, é referido, pelos próprios

<sup>3</sup> A caracterização dos modelos de atendimento é feita com maior detalhe no documento “Saúde Juvenil: Relatório sobre Programas e Oferta de Cuidados – 2004”.

profissionais, haver ainda um défice acentuado de formação nas equipas hospitalares.

Assim, com vista a uma melhor aproximação aos objectivos de saúde traçados, afigura-se necessário **introduzir, reforçar ou mudar formas de organização, estratégias de intervenção e acções práticas nos diversos serviços.**

Nesse sentido, há que ponderar de uma forma mais efectiva aquilo que se conhece acerca dos padrões de utilização das instituições de saúde por parte dos jovens. Neste domínio, não pode deixar de ser referido um conjunto de representações, por parte dos profissionais, acerca do perfil dos contactos com os serviços, nestas idades: é comum considerar-se que os adolescentes sub-utilizam os recursos colocados à sua disposição, ou fazem-no de forma inadequada; afirma-se que têm relutância em informar-se e pedir ajuda junto dos técnicos e que desconhecem o tipo de oferta das várias estruturas; admite-se que temem as atitudes dos profissionais, nomeadamente, quebras de confidencialidade, que façam depender a aproximação aos cuidados de experiências anteriores vividas e que se sintam desenquadrados nos serviços, em particular os rapazes. Afigura-se, assim, necessário proceder, também, a um estudo mais detalhado das determinantes da solicitação dos cuidados por parte dos jovens, de molde a contribuir para um maior sincronismo entre oferta e procura, neste âmbito.

Por outro lado, para que seja possível contribuir para mais ganhos em saúde nos jovens, em particular os pertencentes aos grupos sociais mais desfavorecidos e com menor acessibilidade aos serviços, é necessário o reforço da articulação nos diferentes níveis da Saúde a cooperação com os outros sectores, conforme detalhado adiante.

No âmbito da **prestação de cuidados personalizados** é necessário assegurar:

- Credibilização interna e externa e a compatibilização intra e interinstitucional dos diferentes modelos organizativos em saúde dos jovens
- Orientação das acções tendo em vista a saúde integral, sem se esgotarem no enfoque sobre qualquer área temática específica
- Cumprimento do Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil
- Preservação da equidade entre sexos e outras formas de categorização social, no que respeita, nomeadamente, à melhoria da acessibilidade aos serviços
- Articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados
- Apoio interdisciplinar aos prestadores de cuidados
- Continuidade da preparação técnica das equipas (pessoal técnico e administrativo)
- Disponibilidade para o trabalho intersectorial, privilegiando o estabelecimento de parcerias

- Aplicação de critérios éticos, deontológicos e legais adequados, nomeadamente, o assegurar de condições para o exercício do consentimento livre e esclarecido
- Desenvolvimento de boas práticas baseadas na evidência médica, assim como em saberes de outras áreas científicas
- Articulação com estruturas de atendimento noutras sectores

### Organização dos serviços

No contexto descrito, torna-se pertinente procurar harmonizar os modelos organizativos dos serviços, de molde a que, quaisquer que sejam as modalidades de prestação de cuidados encontradas, possam tornar-se compatíveis e postas em prática de forma articulada. Assim, **num horizonte temporal de cinco anos**, preconiza-se que os programas de promoção da saúde dos jovens e, em particular, a prestação de cuidados personalizados estejam organizados conforme segue:

### *Cuidados de primeira linha*

#### **Rede de Cuidados Primários/Centro de Saúde (CS)**

- Os CS representam, porventura, as **instâncias mais favoráveis à concretização dos princípios da intersectorialidade e da participação juvenil**, uma vez que correspondem a entidades que comungam contextos sociodemográficos com os utilizadores; tal facto pode, em certa medida, favorecer as acções de promoção da saúde e de cuidados antecipatórios.
- Neste âmbito, as equipas de MGF constituem **vectores privilegiados** na prestação de cuidados globais, compreensivos e continuados. Outras equipas, como as de Saúde Pública, Saúde Escolar, Educação para a Saúde, Saúde dos Adolescentes e outras, também desempenham, em muitos locais, **papel de relevo** nesta matéria.
- Afigura-se importante **melhorar a articulação** entre os diferentes agentes promotores da saúde dos jovens que trabalham num CS, assim como preservar e melhorar formas de cooperação com outras instituições e outros sectores, nomeadamente a educação. Pese embora o facto de, ao longo dos últimos anos, terem sido desenvolvidas experiências neste campo, englobando, em muitos casos, actividade de carácter clínico, há, que incrementá-las e dar-lhes maior credibilidade no sistema, de forma generalizada.

Avaliados os perfis profissionais, os interesses e as disponibilidades dos serviços deverá, assim, ser designado, em cada Centro de Saúde, até ao final do primeiro trimestre de 2006, uma **equipa** ou **profissional** de referência no âmbito da saúde dos jovens que:

- Polarize as motivações e as iniciativas dos profissionais, agregue a informação epidemiológica pertinente e possa ser referência institucional para a prestação de cuidados a esta faixa etária.
- Proceda à caracterização das necessidades e problemas específicos de saúde nas idades juvenis, nomeadamente, no grupo 20-24 anos.
- Concretize, neste domínio, a interlocução com o PNSJ, em articulação com a equipa ou profissional de referência Sub-regional/Regional, e estabeleça contactos privilegiados com outras instituições/programas, dentro e fora do sector da Saúde.

### **Cuidados Primários/Outras entidades**

Fora dos CS, têm sido desenvolvidos programas de saúde e projectos de atendimento de adolescentes em várias instituições, nomeadamente em serviços de **outros Ministérios**, nas **Misericórdias**, em **Organizações Não Governamentais (ONG)** e nas **Autarquias**.

A articulação das diversas iniciativas entre si e com os CS pode representar um contributo significativo para o **estabelecimento de uma rede de cuidados globais e integrados para os jovens**, se os pressupostos da acção e as práticas forem consonantes.

Afigura-se pertinente, no momento actual, sinalizar e promover um melhor conhecimento de tais iniciativas e procurar fomentar a respectiva interligação. Nesse sentido:

- No decurso de 2006, realizar-se-á um trabalho de investigação com vista a sinalizar e caracterizar as acções em curso, no âmbito da promoção da saúde juvenil, da iniciativa de entidades exteriores ao SNS.

### ***Cuidados a nível hospitalar***

Ao longo dos anos, tem sido preconizada a criação de unidades autónomas de adolescentes que permitam polarizar a prestação de cuidados a este grupo etário. A concretização de unidades hospitalares deste tipo insere-se num movimento iniciado nos Estados Unidos da América, há quase meio século, com a criação das primeiras Unidades de Internamento para Adolescentes. Em Portugal, tal processo tem decorrido de forma incipiente, fruto de condicionalismos e dificuldades várias.

Na maior parte das instituições, e num universo de mais de 1 milhão de internamentos na faixa 10-24 anos, de 1993 a 2003, salvo algumas excepções, os adolescentes mais

novos continuam a ser internados em serviços de pediatria clássicos e os mais velhos são distribuídos pelos serviços de adultos nas várias especialidades.

Em 2003 ocorreram cerca de 18 000 episódios de internamento em serviços hospitalares nos 10-14, 25 000 nos 15-19 e 44 000 nos 20-24 anos; verificando-se predominância do sexo masculino no primeiro grupo (cerca de 60% dos casos) e do feminino nos grupos subsequentes (cerca de 60% nos 15-19 e 70% nos 20-24 anos).

Em 2004, em termos de estruturas específicas para internamento de adolescentes, funcionavam nos hospitais portugueses duas unidades autónomas de internamento em Serviços de Pediatria, seis estruturas consideradas como sectores do Serviço de Pediatria e, em oito casos, havia formas organizativas de menor diferenciação.

De acordo com os dados disponíveis<sup>4</sup>, verifica-se que, em Portugal, a prestação de cuidados hospitalares aos jovens - de forma mais específica, aos adolescentes - apresenta grande heterogeneidade nos modelos organizativos que são seguidos, quer no atendimento de urgência, quer na consulta externa, quer no internamento.

Por outro lado, a preparação profissional nesta área, elemento fulcral da melhoria dos cuidados, não tem alcançado os índices mais desejáveis, até ao momento presente<sup>5</sup>.

**Porém**, é reconhecida, hoje, a **necessidade de reorganizar e criar estruturas a nível hospitalar** que estejam efectivamente adaptadas a este grupo etário – assim como ao dos jovens mais velhos - assegurando a qualidade e humanização dos cuidados.

A existência de unidades hospitalares de qualidade para adolescentes implica que a organização das mesmas, para além de responder de forma adequada ao problema específico que motivou o internamento, necessita de criar **condições para que o episódio represente o menor dano possível** para quem é internado, em termos afectivos e psicossociais. É consensual considerar que a **qualidade dos cuidados** hospitalares prestados a adolescentes, mediante a aplicação dos princípios da boa prática e com salvaguarda do funcionamento humanizado dos serviços, tem impacto positivo nos **resultados clínicos** obtidos e na própria vida dos utilizadores.

Para que tal se concretize, tem sido apontada a necessidade do internamento processar-se, tendencialmente, de acordo com padrões de diferenciação técnica e funcional que apontam para Unidades cujas características ideais são mencionadas no quadro seguinte<sup>6</sup>:

<sup>4</sup> Para mais detalhe, consultar o documento “Saúde Juvenil: Relatório sobre Programas e Oferta de Cuidados – 2004” (DGS, 2005).

<sup>5</sup> De acordo com os dados apurados através do citado estudo “Saúde Juvenil: Relatório sobre Programas e Oferta de Cuidados – 2004”, foi possível apurar que em nenhuma das 17 estruturas específicas destinadas ao internamento de adolescentes todos os profissionais que nelas desempenhavam funções possuíam formação específica sobre este grupo etário; em três, a maioria dos profissionais teria preparação específica na matéria; em seis, poucos estavam nessa situação e, em sete, nenhum dos elementos possuiria formação adequada.

<sup>6</sup> No âmbito da **Saúde Mental Infantil e Juvenil**, a prestação de cuidados, a nível hospitalar, rege-se por princípios e normas específicas, de acordo com a legislação em vigor.

### Critérios para a organização da prestação de cuidados de saúde a adolescentes, em meio hospitalar

Uma **Unidade Hospitalar de Adolescentes** deve resultar da articulação funcional de duas vertentes essenciais: de um atendimento específico em ambulatório e de uma estrutura de internamento autónoma, em estreita cooperação com os Cuidados de Primeira Linha (Centros de Saúde, Centros de Atendimento de Adolescentes, etc.) e com os outros Serviços de Especialidade Hospitalares.

É necessário assegurar a **autonomia administrativa e técnica** destas Unidades mesmo que as existentes, no contexto actual, se encontrem ligadas a Serviços de Pediatria.

A **individualidade** de uma Unidade deste tipo aponta para a existência de:

- Uma equipa médica estável, organizada em quadro próprio, com competência em medicina de adolescentes, quando possível, pluridisciplinar (pediatria, psiquiatria, medicina interna, ginecologia, etc.), nomeadamente na vertente de ambulatório, com apoio da psicologia, da terapia ocupacional e do serviço social.
- Um grupo de consultores oriundos das diferentes especialidades médicas e cirúrgicas.
- Uma equipa de enfermagem também estável e organizada em quadro próprio, quando possível, com competência e treino adequado ao perfil dos utilizadores e que contemple um número mínimo de profissionais que permita assegurar a prestação de cuidados 24 horas por dia.
- Um conjunto de normas de funcionamento e de procedimentos adequado ao grupo etário, distinto do aplicável num serviço de adultos ou de pediatria clássico, com ênfase particular em matérias de humanização como, privacidade e confidencialidade, participação nas actividades do serviço, gestão de espaços de convívio, visitas, etc.
- Apoio prestado por profissionais de áreas técnicas ligadas à educação e a actividades de carácter ocupacional.
- Estabelecimento de mecanismos de articulação simplificados com os diferentes serviços e especialidades médicas e cirúrgicas.
- Capacidade de apoio a adolescentes internados noutros serviços.
- Formação em serviço com carácter sistemático, incidindo particularmente no estudo de casos.
- Capacidade para se constituir como pólo de formação em Saúde dos Adolescentes, especificamente no domínio da Medicina e da Enfermagem de Adolescentes – quer no âmbito da prestação de cuidados hospitalares, quer extra-hospitalares.

Afigura-se plausível encarar a concretização de Unidades com tais características, a médio/longo prazo, que constituam referência a nível sub-regional/distrital. Contudo, torna-se prioritário desencadear mecanismos que permitam **melhorar a interlocução** a nível hospitalar e **incrementar a qualidade** dos cuidados, através do **reforço da humanização** e da **cooperação** entre Serviços e Especialidades – havendo, ou não, estruturas específicas para adolescentes – nos domínios intra e interinstitucional.

Neste contexto, torna-se necessário incrementar medidas que viabilizem a concretização de tais desideratos, conforme segue:

### **Medidas a desencadear, a curto prazo** (1-2 anos)

Assegurar que, em todos os Hospitais, em particular os que possuem Serviço de Pediatria, haja, pelo menos, um médico e um enfermeiro com formação específica em adolescentes, de molde a garantirem (*ver também componente C*):

- Interlocação com outras estruturas, nomeadamente, a Rede de Cuidados Primários e o PNSJ (elemento(s) a designar até final do 1º trimestre de 2006).
- Monitorização de dados estatísticos respeitantes à utilização dos serviços pelos adolescentes e jovens na Instituição.
- Referência técnico-científica para a área da saúde dos adolescentes, na Instituição.

### **Medidas a concretizar, a médio prazo** (até 2010)

- Criação de Unidades de Adolescentes diferenciadas (3 a 5), constituindo-se como referência a nível regional, concretizando de forma progressiva o preconizado (constituição, no primeiro trimestre de 2006, de grupo de trabalho preparatório da medida).

### ***Serviços de âmbito regional***

Às **Administrações Regionais de Saúde** e respectivas **Sub-regiões** diz respeito o **fomento, apoio, monitorização e coordenação** dos programas e actividades de promoção de saúde juvenil, a nível regional.

A polarização de tais tarefas deverá ser assegurada por **equipas** ou **profissionais** (a designar ou confirmar formalmente, até final do 1º trimestre de 2006) que se constituam como entidades **interlocutoras do PNSJ a nível regional e sub-regional**, com atribuições enquadradas na acção das Sub-Regiões de Saúde e que seja referência técnica e organizativa nesta área - apoiadas na MGF, na Saúde Pública, na Saúde Escolar, na Medicina Hospitalar e nas diversas equipas ou estruturas com intervenção em saúde juvenil, nomeadamente, as Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF).

Neste contexto, devem:

- Contribuir para a formulação, acompanhamento e aplicação de políticas de saúde juvenil de âmbito nacional através, nomeadamente, do PNSJ.
- Analisar a situação de saúde da população jovem da região, com estabelecimento de prioridades de acção ligadas a situações e grupos que envolvem maior risco.
- Estabelecer a programação regional e sub-regional específica para esta área da saúde.

- Compatibilizar os programas de intervenção regionais com as linhas de acção, programas-tipo e directrizes de âmbito nacional.
- Coordenar a permuta de informação nesta matéria entre as várias estruturas de saúde a nível regional e adequação do sistema informativo e de vigilância epidemiológica.
- Fomentar e assegurar a assessoria técnica aos projectos e às actividades locais em saúde juvenil.
- Incrementar e coordenar as actividades de formação nesta área da saúde.
- Cooperar com estruturas regionais de outros sectores, no âmbito da saúde juvenil.

### **Serviços de âmbito central**

Compete aos serviços centrais **a formulação de medidas gerais que permitam executar as políticas de saúde juvenil**. As atribuições nestas matérias estão cometidas a vários Organismos e Departamentos do Ministério da Saúde.

**À Direcção-Geral da Saúde (DGS)**, no âmbito da missão que lhe é atribuída, cabe desenvolver acções de carácter técnico-normativo em saúde juvenil e assegurar a **coordenação do PNSJ** (estrutura executiva a designar após aprovação superior do Programa). No domínio deste, e através da acção de diversos departamentos que a compõem, a DGS está incumbida da concretização das seguintes acções:

- Analisar os factores que influenciam a morbilidade e a mortalidade em idades jovens e identificar medidas correctoras a adoptar.
- Propor orientações de carácter técnico e incentivar a sua difusão.
- Definição de critérios de qualidade e avaliação sistemáticos.
- Apoiar o desenvolvimento de estratégias, modelos de intervenção e iniciativas inovadoras e pertinentes.
- Incrementar a formação profissional através da definição de objectivos e metodologias pedagógicas pertinentes e da dinamização de acções de formação.
- Elaborar documentação técnica adequada.
- Apoiar o desenvolvimento de trabalhos de investigação com reconhecido interesse e pertinência.
- Dinamizar grupos de trabalho temáticos.
- Formular, divulgar e acompanhar a aplicação de critérios de qualidade nas actividades de educação, prevenção e protecção da saúde juvenil.

- Garantir a articulação do PNSJ com outros Programas no âmbito do PNS e com iniciativas noutros organismos e estruturas, no domínio da saúde dos jovens.
- Formalizar e sedimentar a rede de interlocução do PNSJ e estabelecer os mecanismos de comunicação, nos diferentes níveis de desenvolvimento do Programa.
- Assegurar a realização de reuniões semestrais dos interlocutores do PNSJ

### **C - Preparação técnica dos profissionais e difusão de modelos de boas práticas**

No domínio da **formação e preparação técnica dos profissionais**, competirá à coordenação do PNSJ, com o apoio de outras entidades e organismos, nomeadamente, Associações e Sociedades Científicas:

- Divulgar informação técnica pertinente, no âmbito epidemiológico e da disseminação de modelos de boa prática, quer na perspectiva da intervenção junto das populações juvenis, quer na da prestação de cuidados personalizados (*acção continuada*).
- Contribuir para a adequação dos modelos organizativos dos serviços, através de:
  - Produção de linhas orientadoras para a definição de critérios de qualidade e processos de avaliação das acções em saúde dos jovens (até final de 2006).
- Promover e apoiar iniciativas de carácter informativo e formativo, nomeadamente:
  - Produzir, até final de 2006, documento que consubstancie as linhas orientadoras para a formação em saúde dos jovens, no que respeita a:
    - Determinantes da saúde
    - Intervenção em contextos e grupos juvenis específicos
    - Prestação de cuidados a nível da Rede de Cuidados Primários
    - Prestação de cuidados a nível Hospitalar
  - Assegurar a realização de um curso de Formação de Formadores em Saúde dos Jovens no decurso do 1º semestre de 2007, tendo em vista posterior replicação a nível regional (a concretizar nos dois anos subsequentes).

A **qualidade** e a **boa prática** na intervenção em saúde dos jovens são resultantes da conjugação de diversos factores, nomeadamente:

- Credibilidade interna e externa dos serviços e cooperação interinstitucional
- Capacidade de resposta a necessidades de âmbito global e específico
- Estabilidade, flexibilidade e inovação
- Garantia de equidade na acessibilidade
- Simplificação dos procedimentos administrativos, gratuidade ou custos mínimos no acesso aos cuidados
- Preparação técnica e pedagógica dos profissionais
- Privacidade e confidencialidade
- Participação juvenil e exercício do consentimento livre e esclarecido

#### **D - Articulação funcional com os Programas do PNS, e outros, com impacto na saúde desta faixa etária**

O PNSJ, pelas suas características, desenvolve-se em planos de intersecção com outros Programas do PNS, em matérias de carácter mais específico, com impacto na faixa etária dos jovens; por outro lado, pode potenciar outros Programas no âmbito da promoção da saúde, de carácter mais genérico, no domínio ou não do PNS.

Deste modo, para a **concertação das acções** (a assegurar de forma continuada), afigura-se necessário garantir:

- Reforço de mecanismos que possam contribuir, a nível local, regional e central para a articulação das iniciativas tomadas, de acordo com os diversos planos e projectos em vigor, com incidência neste grupo
- Divulgação de experiências de trabalho meritórias e credíveis
- Cooperação entre o PNSJ e outros programas em curso que tenham impacto nos jovens, quer a nível da coordenação, quer nas acções práticas no terreno.

#### **E - Fomento e apoio de programas/projectos de promoção da saúde integral dos jovens, em particular do domínio da cooperação interinstitucional e intersectorial**

Na última década, conforme referido, assistiu-se a uma melhoria quantitativa de iniciativas no domínio da saúde juvenil, em particular, quando resultantes de processos de cooperação ou parcerias interinstitucionais. Não obstante este acréscimo, a definição, caracterização e avaliação das acções tem sido incipiente, na maioria dos casos.

No estudo sobre Programas e Oferta de Cuidados, realizado em 2004, dos Centros de Saúde que referiram ter em curso projecto(s) específico(s) em saúde dos adolescentes/saúde dos jovens, apenas 28% procedeu à caracterização dos mesmos de forma considerada adequada; 48% não caracterizou ou fê-lo insuficientemente.

Em 72% dos Centros de Saúde com programa/projecto em saúde juvenil havia colaboração/parceria com outras entidades no desenvolvimento dos mesmos.

Tal aponta para a necessidade de salvaguardar a concretização de parâmetros que orientem o planeamento, coordenação e avaliação de projectos e que contribuam para a qualidade da concepção e efectividade das iniciativas.

Assim, no **desenvolvimento de programas e projectos de promoção de saúde com grupos juvenis em contextos específicos** importa assegurar:

- Salvaguarda dos seguintes princípios orientadores:
  - participação juvenil em todas as fases do desenvolvimento dos projectos
  - ponderação sistemática do género enquanto determinante da saúde dos homens e das mulheres
  - adequação às características socioculturais e conjunturais das populações-alvo, em todas as iniciativas a tomar
  - aplicação, de forma sistemática, de critérios éticos, deontológicos e legais claros
  - harmonização das acções a desenvolver com outros programas e projectos existentes que incidam na mesma população.
- Produção de um descritivo de cada programa/projecto contemplando os pressupostos do mesmo, benefícios sociais esperados, métodos de monitorização e avaliação e estratégias e técnicas para a prossecução dos objectivos (*a este propósito, ver ponto C*)

Constituem interlocutores privilegiados, neste domínio, os Ministérios da Educação, da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, do Trabalho e da Solidariedade Social, da Justiça, a Secretaria de Estado da Juventude e do Desporto, Administração Autárquica, assim como, Organizações Não Governamentais, Misericórdias, etc.

## **F - Investigação no âmbito das determinantes da saúde dos jovens**

No que respeita a **actividades de investigação**, há que assegurar:

- Facilitação dos mecanismos de investigação através de um sistema de recolha de dados melhorado (*a este propósito ver ponto A*)
- Repercussão prática dos estudos realizados, em termos de contributos para a melhoria dos cuidados e da obtenção de ganhos em saúde

- Aplicação de critérios éticos, deontológicos e legais adequados em todas do processo de investigação em saúde dos jovens
- Estudo e ponderação sistemática do género, enquanto conceito e prática social, gerador de diferenças entre sexos no que respeita à saúde/doença.

Nesta conformidade, a DGS, no âmbito do PNSJ, dará continuidade à colaboração com Faculdades, Institutos Superiores e outras Entidades, no desenvolvimento de estudos que se afigurem relevantes no domínio da saúde juvenil.

## G – Processo de avaliação

O acompanhamento e avaliação sistematizada do PNSJ efectua-se no âmbito das estratégias definidas para garantir a execução do PNS.

Das acções previstas neste domínio, saliente-se:

- Até final de 2006, produção e divulgação de documento com componentes específicas da avaliação do PNSJ, aos diferentes níveis de interlocução (*ver, também, ponto C*).
- Semestralmente, realização de reuniões com a rede de interlocutores, para avaliação do desenvolvimento do Programa.

## Nota Final

A concretização progressiva de tais medidas – conforme consta do cronograma em anexo – contribuirá para que se torne possível **estruturar de uma forma mais harmónica e consistente a promoção da saúde juvenil em Portugal, de molde a acentuar a tendência para a obtenção de mais ganhos em saúde que, de uma forma genérica, tem vindo a desenhar-se gradualmente.**

## Bibliografia

Associação pela Saúde dos Adolescentes – ASA. Parecer sobre Unidades Hospitalares para Adolescentes. Lisboa, 1993 (manuscrito não publicado)

Blum RW, Nelson-MMari K. The Health of Young People in a Global Context. *Journal of Adolescent Health* 2004;35: 402-418

Cabral MV, Pais JM (Coords.). Jovens portugueses de hoje. Lisboa: Celta Editora, 1998

Cabral MV, Pais JM (Coords.). Conduitas de risco, práticas culturais e atitudes perante o corpo: resultado de um inquérito aos jovens portugueses em 2000. Lisboa: Celta Editora, 2003

Comissão Nacional de Saúde Infantil. Relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil. Lisboa: Ministério da Saúde, 1993

Canadian Institute for Health Information. Improving the Health of Young Canadians. Ottawa: CIHI, 2005

Direcção-Geral da Saúde. Saúde Juvenil – Relatório sobre Programas e Oferta de Cuidados 2004. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005

Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde (Vol. I e II). Direcção-Geral da Saúde: Lisboa, 2004

Direcção-Geral da Saúde. Saúde na Comunidade: Guia Orientador para Elaboração de Indicadores. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003

Direcção-Geral da Saúde. Saúde Infantil e Juvenil – Programa-tipo de actuação. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002

European Commission. Report on the state of young people's health in the European Union. Luxemburgo: European Commission, 2000

Irwin C. Adolescent Health at the Crossroads: Where Do We Go From Here? *Journal of Adolescent Health* 2003;33:51-6

Juntunen E. Youth-friendly health services: why do young people need special services? *Entre Nous*, 2004; 58:24-5

Laranjeira AR, Oliveira, V, Prazeres V (Coord.). Saúde dos Jovens em Portugal – elementos de caracterização. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005 (no prelo)

Laranjeira AR, Prazeres V. Padrões de reprodução em idades jovens. *Cadernos da Direcção-Geral da Saúde* 2004; 4:3-10

Matos MG e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde. A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois). Lisboa: Edições FMH, 2003

Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde. Ganhos de Saúde em Portugal: ponto da situação. Relatório do Director-Geral e Alto Comissário da Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002

Ministério da Saúde. Determinantes da Saúde na União Europeia: Actas da Conferência de Évora. Lisboa: Ministério da Saúde, 2000

Oddoux K (coord). La communication sur la santé auprès les jeunes: analyses et orientations stratégiques. Vanves: CFES, 2000 (Dossiers techniques)

Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la Santé dans le Monde 2002. Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève: OMS, 2002

Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la Atención Integral de Salud de los Y las Adolescentes con Énfasis en Salud Sexual Y Reproductiva. Washington, 2000

Pan American Health Organization. Youth: choices and change – promoting healthy behaviours in adolescent. Washington: WHO, 2005

Prazeres V, Laranjeira AR. Mortalidade em Idades Jovens – Relatório 1992-2003. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005

Prazeres V. Bases do Programa Nacional de Saúde dos Jovens. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005 (manuscrito não publicado)

Prazeres V. Saúde Juvenil no Masculino: Género e saúde sexual e reprodutiva. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003

Prazeres V. Oferta de Cuidados a Adolescentes e Promoção de Saúde nos Centros de Saúde do Continente – estudo exploratório. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 1998 (manuscrito não publicado)

Prazeres V. Saúde dos Adolescentes: Princípios orientadores. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 1998

Silva U. Youth Friendly Services, Addressing Diversity and Vulnerability. *Entre Nous*, 2005; 58: 16-7

Society for Adolescent Medicine. Adolescent Inpatient Units: A Position Statement of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*, 1996; 18:307-8

United Nations Population Found. State of world population 2005 – The Promise of Equality: Gender Equity, Reproductive Health and the Millennium Development Goals. UNFPA, 2005

United Nations Population Found. Partnering: a new approach to sexual and reproductive health. Nova Iorque, 2000 (Technical Paper nº 3)

United Nations. World Youth Report 2003 – the global situation of young people. New York: United Nations, 2004

World Health Organization. Action on the Social Determinants of Health: learning from previous experiences. WHO, 2005 ([http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/))

World Health Organization. Gender, women and health: incorporating a gender perspective into the mainstream of WHO's policies and programmes. Geneva: WHO, 2005 (EB116/13)

World Health Organization. European Strategy for Child and Adolescent Health and Development (2<sup>nd</sup> draft). Geneva: WHO, 2005

World Health Organization. Young People's Health in Context. (HEPCA). Copenhagen: WHO, 2004

World Health Organization. Strategic Directions for Improving the Health and Development of Children and Adolescents. [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/publications/OVERVIEW/CAH\\_Strategy.htm06\\_01-2004](http://www.who.int/child_adolescent_health/publications/OVERVIEW/CAH_Strategy.htm06_01-2004)

World Health Organization. Integrating Gender perspectives in the work of WHO. Geneva: WHO 2002

World Health Organization. Social Determinants of Health – the solid facts (2<sup>nd</sup> Edition). Geneva: WHO 2002

World Health Organization. Boys in the picture: gender based programming for adolescent health and development in Europe. Geneva: WHO, 2000

World Health Organization. Health and behaviour among young people. Health policy for children and adolescents (HEPCA): Series n° 1. Copenhagen: WHO, 2000

World Health Organization. Programming for Adolescent Health and Development. Report of a WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming on Adolescent Health. Geneva: WHO, 1999 Technical Report Series n° 886

## **Anexo**

### Cronograma de actividades/produções específicas

	2006				2007				2008				2009				2010			
	1ºT	2ºT	3ºT	4ºt																
<b>Monitorização da evolução dos principais indicadores de saúde e bem-estar e o estabelecimento de metas desejáveis em termos de ganhos de saúde</b>																				
Constituição de grupo de trabalho para produção de orientações para harmonizar e adaptar processos de recolha, instrumentos de notação																				
Divulgação das orientações resultantes do grupo de trabalho																				
Monitorização da situação de saúde dos jovens, a nível nacional																				
Monitorização da situação de saúde dos jovens, a nível regional																				
<b>Respostas dos serviços e modelos organizativos</b>																				
Designação, em cada CS, de uma equipa ou profissional de referência no âmbito da saúde dos jovens																				
Sinalização e caracterização das acções em curso, no âmbito da promoção da saúde juvenil, de iniciativa de entidades exteriores ao SNS																				
Designação, em cada Hospital, de uma equipa ou profissional de referência no âmbito da saúde dos jovens																				
Assegurar que em todos os Hospitais (em particular os que possuem Serviço de Pediatria) haja pelo menos um médico e um enfermeiro com formação específica em saúde dos adolescentes																				
Monitorização de dados estatísticos respeitantes à utilização dos serviços pelos adolescentes e jovens																				
Constituição de grupo de trabalho preparatório da criação de Unidades de Adolescentes diferenciadas																				
Criação de Unidades de Adolescentes diferenciadas																				
Designação, em cada ARS/SRS, de uma equipa ou profissional de referência no âmbito da saúde dos jovens																				
Constituição da estrutura executiva da coordenação do PNSJ																				
Assegurar a realização de reuniões semestrais dos interlocutores do PNSJ																				
<b>Preparação técnica dos profissionais e difusão de modelos de boas práticas</b>																				
Divulgação de informação técnica pertinente no âmbito epidemiológico e disseminação de modelos de boa prática																				
Produção de linhas orientadoras para a definição de critérios de qualidade e processos de avaliação das acções em saúde dos jovens																				
Produção de documento com linhas orientadoras para a formação em saúde dos jovens																				
Realização de um curso de Formação de Formadores em Saúde dos Jovens																				
Realização de cursos de Formação de Formadores em Saúde dos Jovens a nível regional																				
<b>Processo de avaliação</b>																				
Produção e divulgação de documento com componentes específicas da avaliação do PNSJ, nos diferentes níveis de interlocução																				
Realização de reuniões com a rede de interlocutores do PNSJ																				