

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

Entre a adolescência e a invisibilidade: representações sociais da juventude e o direito à saúde no Brasil

André Luiz Da Silva Sobrinho, Helena Abramo, Bianca Borges Leandro, Luciane Cristina Ferrareto, Eric Veiga Andriolo, Mariana Bezerra de Lyra

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18399>

Submetido em: 2026-10-13

Postado em: 2026-10-14 (versão 1)
(AAAA-MM-DD)

A moderação deste preprint recebeu o(s) endosso(s) de:

- Marcos Nascimento (ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3363-4232>)
- Jorge Lyra (ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5381-2059>)

Entre a adolescência e a invisibilidade: representações sociais da juventude e o direito à saúde no Brasil

Between adolescence and invisibility: social representations of youth and the right to health in Brazil

André Luiz da Silva Sobrinho — ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9986-1833>

Afiliação institucional completa: Fundação Oswaldo Cruz

Helena Wendel Abramo — ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5669-5946>

Afiliação institucional completa: Fundação Oswaldo Cruz

Bianca Borges Leandro — ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2589-8115>

Afiliação institucional completa: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fiocruz

Luciane Cristina Ferrareto — ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5768-6944>

Afiliação institucional completa: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fiocruz

Eric Veiga Andriolo — ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8365-9104>

Afiliação institucional completa: Fundação Oswaldo Cruz

Mariana Bezerra de Lyra — ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-7386-4053>

Afiliação institucional completa: Fundação Oswaldo Cruz

Resumo

O artigo analisa como a juventude é classificada e representada no campo da saúde no Brasil, discutindo a centralidade ainda exercida pela adolescência como referência para políticas, produção de conhecimento e práticas de cuidado. Trata-se de estudo analítico-documental, de abordagem sociológica, que articula literatura sobre juventude e saúde, marcos normativos e evidências secundárias selecionadas do Panorama da situação de saúde de jovens brasileiros, dos dois primeiros Informes Epidemiológicos da Agenda Jovem Fiocruz e de estudo recente sobre a superposição entre estudar, trabalhar e cuidar. Propõe-se a noção de desencaixe institucional para designar a distância entre a consolidação político-jurídica da juventude como população de 15 a 29 anos, a diversificação das trajetórias sociais nesse intervalo e a permanência de enquadramentos sanitários historicamente organizados em torno da adolescência. As evidências epidemiológicas mobilizadas mostram que necessidades e exposições se reconfiguram depois da adolescência; confrontadas com a análise documental, essas diferenças dão suporte à interpretação do desencaixe institucional, sem estabelecer uma relação causal entre a organização do setor e os padrões de adoecimento observados. Argumenta-se que ampliar o olhar sobre a saúde da juventude requer incorporar a condição juvenil, a determinação social do processo saúde-doença-cuidado e o reconhecimento dos jovens como sujeitos de direitos, preservando a relevância das políticas de adolescência sem tomá-las como sinônimo de juventude.

Palavras-chave: Juventude; Saúde Coletiva; Representações Sociais; Política de Saúde; Direito à Saúde.

Abstract

This article examines how youth is classified and represented in the field of health in Brazil, discussing the continued centrality of adolescence as a reference point for policymaking, knowledge production, and care practices. It is a documentary-analytical study grounded in a sociological approach, bringing together literature on youth and health, regulatory frameworks, and selected secondary evidence from the Overview of the Health Situation of Brazilian Youth, the first two Epidemiological Reports of the Fiocruz Youth Agenda, and a recent study on the overlapping demands of studying, working, and caregiving. The article proposes the concept of institutional misalignment to describe the gap between the political and legal recognition of youth as a population aged 15 to 29, the diversification of social trajectories within this age range, and the persistence of public health frameworks historically centered on adolescence. The epidemiological evidence mobilized here shows that health needs and exposures are reconfigured beyond adolescence; when confronted with the documentary analysis, these differences support the interpretation of institutional misalignment without establishing a causal relationship between the organization of the health sector and the observed patterns of illness. The article argues that broadening the understanding of youth health requires incorporating the social condition of youth, the social determination of the health–disease–care process, and the recognition of young people as rights-bearing subjects, while preserving the relevance of adolescent health policies without treating adolescence as synonymous with youth.

Keywords: Youth; Public Health; Social Representations; Health Policy; Right to Health.

Introdução

Nas últimas décadas, a juventude ganhou maior densidade como categoria das políticas públicas no Brasil. A criação da Política Nacional de Juventude, em 2005, e a aprovação do Estatuto da Juventude, em 2013, deram forma institucional a demandas que não encontravam correspondência suficiente nem nas políticas dirigidas à infância e à adolescência, nem naquelas destinadas indistintamente à população adulta. Esse movimento se apoia em um acúmulo mais amplo dos estudos de juventude, que há muito questionam a ideia de uma etapa apenas transitória e homogênea e chamam atenção para a diversidade das experiências juvenis, seus tempos, inserções e desigualdades (Pais, 1990; Margulis; Urresti, 1996; Abramo, 1997, 2005; Corrochano; Abramo, 2016).

O Estatuto da Juventude definiu como jovens as pessoas entre 15 e 29 anos e reconheceu direitos à educação, ao trabalho e à renda, à diversidade, à cultura, à comunicação, ao território, à mobilidade, à segurança e à saúde. Aos adolescentes entre 15 e 17 anos aplicam-se simultaneamente o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Estatuto da Juventude, articulando proteção integral, autonomia e emancipação (Brasil, 2013). Essa sobreposição normativa explicita um ponto central para este artigo: adolescência e juventude se interceptam, mas não são categorias equivalentes. Afinal, não se trata apenas de uma diferença de uma faixa-etária determinada, mas sim ao papel social distinto exercido por esses diferentes grupos (Foracchi, 1972).

No campo da saúde, porém, a incorporação da juventude como categoria específica parece ter seguido uma trajetória menos nítida. Historicamente, programas, documentos técnicos e práticas voltadas às novas gerações foram estruturados sobretudo em torno da adolescência. Horta e Sena (2010), ao revisarem documentos oficiais do Ministério da Saúde e literatura especializada, identificaram a centralidade do conceito de adolescência, a ênfase em comportamentos de risco e vulnerabilidade e uma incorporação ainda restrita da juventude como referência própria, tendo como principais pautas para a agenda da saúde pública situações relacionadas à gravidez na adolescência e ao uso de drogas. Mais recentemente, pesquisas da Agenda Jovem Fiocruz e da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio têm retomado esse problema a partir de dados sobre violência, saúde mental, trabalho e, agora, sobre a superposição entre estudo, trabalho remunerado e cuidado não remunerado (Leandro; Sobrinho; Abramo, 2024; Leandro et al., 2025a, 2025b; MDS; Fiocruz, 2026).

O problema não é apenas terminológico. As categorias de idade participam de sistemas de classificação que distribuem expectativas, direitos, responsabilidades e formas de intervenção. Bourdieu (1983) chamou atenção para o caráter socialmente construído e disputado das fronteiras etárias, enquanto Pais (1990) advertiu contra a conversão de uma categoria administrativa ou do senso comum em objeto homogêneo. No plano das representações, Moscovici (2012) e Jodelet (2001) permitem compreender como conhecimentos socialmente partilhados organizam interpretações e orientam práticas. Em diálogo com essa tradição, Berger e Luckmann (2003), Bourdieu (1989) e Foucault (1979) ajudam a observar como sentidos, classificações e saberes podem se objetivar e ganhar força institucional. Para este artigo, interessa sobretudo esse ponto: aquilo que se pensa e se nomeia sobre os jovens participa também do que se pergunta, do que se registra e do que se oferece como resposta.

A questão se torna ainda mais relevante quando se observam as mudanças que se acumulam entre 15 e 29 anos. O afastamento da adolescência costuma coincidir com alterações na relação com a escola, intensificação da inserção laboral, responsabilidades econômicas, novas configurações familiares e experiências crescentes de autonomia. Essas trajetórias não obedecem a uma sequência única. Como mostram Margulis e Urresti (1996), Abramo (2005), Pais (1990) e Corrochano e Abramo (2016), classe, gênero, raça, território e posição no mundo do trabalho interferem nos tempos e nas possibilidades de viver a juventude. Dados recentes sobre cuidado reforçam essa leitura ao mostrar que muitos jovens, especialmente mulheres, não apenas estudam e trabalham: também sustentam parcelas importantes do trabalho doméstico e de cuidado que organiza a vida familiar (MDS; Fiocruz, 2026).

Este artigo trabalha com a hipótese de um desencaixe institucional entre três movimentos: a consolidação político-jurídica da juventude como etapa específica da vida; a diversificação das trajetórias e necessidades entre 15 e 29 anos; e a permanência, no campo sanitário, de referenciais historicamente constituídos em torno da adolescência. O termo desencaixe é usado aqui de maneira provisória e analítica. Não supõe ausência de assistência aos jovens, mas a possibilidade de que, depois da adolescência, a condição juvenil perca nitidez como referência para o planejamento, a produção de informação em saúde e a organização do cuidado. Nessa construção, os documentos sustentam a identificação da adolescência como matriz institucional historicamente predominante, os dados epidemiológicos sustentam a diferenciação das necessidades ao longo da juventude e o desencaixe corresponde à interpretação sociológica produzida pelo confronto entre esses dois planos.

O objetivo é analisar como classificações etárias e representações sobre juventude podem incidir sobre a visibilidade de necessidades de saúde, mobilizando de forma seletiva evidências relativas a violências, saúde mental, trabalho e cuidado. Não se pretende produzir uma síntese exaustiva da situação epidemiológica da juventude brasileira. Mais do que responder de que adoecem os jovens, interessa perguntar quais jovens e problemas de saúde se tornam visíveis quando o setor saúde formula seus problemas, organiza seus dados e estrutura suas respostas.

Juventude, idade e representações sociais: bases para uma leitura sociológica

A idade cronológica é indispensável à epidemiologia, à gestão e à definição de direitos, mas não esgota o significado social das etapas da vida. Para Bourdieu (1983), as divisões entre idades são também divisões sociais, definidas em relações e disputas que variam historicamente. Pais (1990) propõe movimento semelhante ao advertir que “juventude” não

deve ser tomada como uma unidade evidente: sob a mesma categoria convivem situações e percursos muito distintos. Margulis e Urresti (1996), por sua vez, chamam atenção para a necessidade de articular idade, geração e posição social, evitando reduzir a juventude a um signo ou a um intervalo cronológico.

Nos estudos brasileiros, a noção de condição juvenil ajudou a deslocar a imagem do jovem como indivíduo incompleto ou simplesmente em preparação para a vida adulta. A juventude passa a ser tratada como etapa dotada de experiências, sociabilidades, experimentações e inserções próprias, vividas de maneira desigual (Abramo, 2005; Freitas, 2005). Esse deslocamento também ajuda a compreender por que escola e trabalho não se sucedem necessariamente em ordem linear. Para parcela importante da juventude, estudar, trabalhar, procurar ocupação, cuidar de familiares e assumir responsabilidades domésticas se sobrepõem no cotidiano (Corrochano; Abramo, 2016; MDS; Fiocruz, 2026). A pluralização do termo juventudes procura justamente evitar que uma posição geracional seja convertida em experiência homogênea.

Abramo (1997) demonstrou como a juventude brasileira foi frequentemente tematizada a partir dos problemas que supostamente encarnava ou produzia. Violência, drogas, sexualidade, gravidez precoce, desordem e desvios ganharam centralidade em diferentes momentos, fazendo com que jovens aparecessem sobretudo quando se tornavam um problema para a sociedade. O deslocamento para a perspectiva dos direitos não apaga essas imagens anteriores. Elas podem permanecer ativas, convivendo com novas linguagens institucionais sobre participação, autonomia e cidadania.

É nesse ponto que a teoria das representações sociais ajuda a qualificar a análise. Moscovici (2012) tratou as representações como formas de conhecimento socialmente elaboradas, por meio das quais grupos tornam familiar, nomeiam e interpretam aquilo que circula em sua experiência. Jodelet (2001) reforça seu caráter partilhado, prático e socialmente situado: representações não apenas descrevem objetos, mas orientam condutas e relações. Para o argumento desenvolvido aqui, essa perspectiva pode ser aproximada de outras tradições sociológicas preocupadas com a produção social do conhecimento e das classificações. Berger e Luckmann (2003) mostram como sentidos construídos na vida social se objetivam e se institucionalizam, adquirindo aparência de evidência; Bourdieu (1989) chama atenção para o poder simbólico de nomear e classificar o mundo social; e Foucault (1979) permite observar como saberes e relações de poder se articulam em dispositivos que distinguem, normalizam e tornam determinadas populações legíveis. Sínteses contemporâneas do campo também ressaltam o caráter dinâmico e contextual das representações (Sammur et al., 2015).

O artigo não realiza um estudo de representações sociais em sentido metodológico estrito. Essas contribuições são mobilizadas como lente para examinar como determinados modos de ver a juventude podem se sedimentar em rotinas institucionais. No setor saúde, isso pode aparecer em protocolos, indicadores, categorias de vigilância, campanhas, prioridades programáticas e formas de acolhimento e de não acolhimento. Perguntar como a saúde enxerga os jovens não significa atribuir a profissionais e gestores uma visão única, mas identificar enquadramentos recorrentes que tornam algumas experiências mais visíveis do que outras. Três planos interessam especialmente: os limites que separam adolescente, jovem e adulto; as imagens predominantes do jovem - sujeito de risco, vulnerável, resiliente, estudante, potente, protagonista, autônomo, trabalhador, cuidador ou sujeito com direito ao cuidado -; e os efeitos dessas classificações sobre aquilo que ganha lugar na formulação da política e na produção do cuidado.

No Brasil, a emergência da juventude como categoria de políticas públicas ampliou o repertório de direitos para além da proteção infantojuvenil. Esse avanço, entretanto, não se traduz automaticamente da mesma forma em todos os setores. É nesse intervalo entre categorias jurídicas, experiências sociais e dispositivos setoriais que se localiza a hipótese desenvolvida neste artigo.

Da saúde do adolescente à saúde da juventude: uma incorporação incompleta

A construção da saúde do adolescente constituiu avanço importante na história das políticas sanitárias brasileiras. Programas e documentos voltados à faixa de 10 a 19 anos contribuíram para consolidar atenção específica à sexualidade, saúde reprodutiva, violências, uso de substâncias e outras questões. O problema surge quando essa tradição passa a funcionar, de maneira quase automática, como referente para o conjunto da juventude.

Horta e Sena (2010) identificaram, nos documentos oficiais analisados entre 1989 e 2008, predomínio de concepções de adolescência vinculadas ao crescimento, à maturação sexual, às transformações corporais e aos riscos associados à curiosidade e à experimentação. As autoras destacaram ainda que adolescência e juventude eram frequentemente tomadas como categorias equivalentes na área da saúde e que o diálogo com a produção das Ciências Humanas e Sociais permanecia limitado.

As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, publicadas em 2010, registraram esforço importante de ampliação. O documento reconheceu adolescência e juventude como processos complexos de emancipação, atravessados por desigualdades macrosociais, dispositivos institucionais e trajetórias biográficas (Brasil, 2010).

Ainda assim, a coexistência de diferentes recortes etários nas políticas, estudos e sistemas de informação continuou produzindo uma zona de imprecisão em torno da juventude como categoria sanitária. Ademais as próprias Diretrizes, apesar do avanço em sua formulação, não se constituíram em um instrumento indutor de políticas de saúde ou estratégias de ação específicas para o segmento juvenil.

Essa assimetria também aparece na produção científica. Levantamento da Fiocruz sobre estudos publicados entre 2006 e 2016 identificou que 50,4% dos trabalhos se concentravam na faixa de 10 a 19 anos, enquanto apenas 15% adotavam integralmente o intervalo de 15 a 29 anos utilizado pela Política Nacional de Juventude; somente 8,9% focalizavam 20 a 29 anos (Silva Sobrinho et al., 2020). Os dados não significam ausência de pesquisas com jovens adultos, mas mostram onde o olhar científico vinha se concentrando.

Há uma consequência analítica importante. Temas como gravidez, sexualidade, infecções sexualmente transmissíveis, drogas, acidentes e violências são relevantes em qualquer agenda de saúde juvenil. Contudo, quando reiteradamente associados à juventude por meio de uma matriz centrada em adolescência e no risco, podem deixar em segundo plano dimensões que ganham peso posteriormente: trabalho, renda, mobilidade, responsabilidades familiares, cuidado de outras pessoas, adoecimento mental relacionado ao trabalho, doenças crônicas e acesso mais autônomo aos serviços.

O desafio, portanto, não é substituir a saúde do adolescente por uma suposta saúde do jovem adulto, nem reduzir a importância da proteção integral. Trata-se de reconhecer que a juventude inclui a adolescência, mas a ultrapassa, e que as mudanças de posição social entre 15 e 29 anos alteram exposições, necessidades e relações com os serviços. Processos que se intensificam nas fases seguintes - como o peso do trabalho na vida cotidiana, a ampliação das responsabilidades familiares e o trabalho não remunerado de cuidado - têm implicações diretas sobre as condições de saúde e sobre as possibilidades de buscar, manter e organizar o próprio cuidado.

Método

Trata-se de estudo analítico-documental, de abordagem sociológica, baseado na articulação entre literatura acadêmica, marcos normativos e evidências secundárias agregadas. A estratégia não foi realizar revisão sistemática nem reanalisar microdados do Sistema Único de Saúde, mas construir uma interpretação sociológica do problema das classificações etárias e de seus possíveis efeitos sobre a visibilidade das necessidades de saúde da juventude.

O corpus reuniu quatro conjuntos de materiais. O primeiro foi composto por referências clássicas e contemporâneas sobre juventude, condição juvenil, políticas públicas e representações sociais. O segundo abrangeu marcos normativos e documentos orientadores do campo da saúde, com destaque para o Estatuto da Juventude e as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. O terceiro incluiu o estudo de Horta e Sena (2010) e o levantamento do estado do conhecimento da produção científica da Fiocruz sobre juventude e saúde (Silva Sobrinho et al., 2020), utilizados como pontos de comparação histórica. O quarto reuniu o Panorama da situação de saúde de jovens brasileiros: intersecções entre Juventude, Saúde e Trabalho - 2016 a 2022 (Leandro; Sobrinho; Abramo, 2024), os Informes I e II do Ciclo de Informes sobre a Situação de Saúde da Juventude Brasileira (Leandro et al., 2025a, 2025b) e o informativo Superposição de atividades na juventude: estudar, trabalhar e cuidar (MDS; Fiocruz, 2026).

Nos materiais empíricos, foram privilegiados resultados capazes de mostrar diferenças internas à faixa de 15 a 29 anos e mudanças que ganham nitidez depois da adolescência. A seleção foi intencional e orientada pelo problema teórico. Violências, saúde mental, trabalho e cuidado aparecem como eixos exemplares; não se pretendeu apresentar a totalidade dos indicadores disponíveis nem antecipar análises mais abrangentes em curso a partir desse conjunto de estudos.

A análise foi organizada em três movimentos articulados: identificação de classificações e representações recorrentes sobre adolescentes e jovens; comparação entre a institucionalização jurídico-política da juventude e os recortes utilizados pelo campo da saúde; e leitura de evidências recentes como pistas de possíveis descontinuidades entre posição social, necessidade de saúde e resposta institucional. Por utilizar exclusivamente documentos públicos e dados secundários apresentados de forma agregada, sem acesso a informações individuais identificáveis, o estudo não envolveu participantes de pesquisa. Nesse desenho, as evidências documentais e epidemiológicas cumprem funções analíticas distintas: as primeiras permitem examinar a permanência da adolescência como referência institucional; as segundas mostram a reconfiguração das necessidades nas diferentes subfaixas juvenis. A hipótese do desencaixe resulta da leitura articulada desses materiais.

Diferenciação das necessidades de saúde ao longo da juventude: pistas para o desencaixe institucional

Os dados epidemiológicos analisados a seguir não constituem, isoladamente, evidência direta da forma de organização institucional do setor saúde. Sua função analítica é mostrar que

necessidades e agravos se diferenciam entre as subfaixas juvenis e permanecem relevantes depois da adolescência. É na confrontação desses achados com a documentação que evidencia a centralidade histórica da adolescência nas políticas, diretrizes e na produção de conhecimento em saúde que se sustenta a interpretação do desencaixe institucional.

Violência: entre maior notificação e maior mortalidade

Os dados sobre violência oferecem uma primeira evidência de como os perfis de agravos se diferenciam entre as subfaixas juvenis. Em 2022, a incidência de violências notificadas no SUS foi mais elevada entre jovens de 15 a 19 anos do que nas faixas de 20 a 24 e 25 a 29 anos. O próprio Informe I chama atenção para a possibilidade de que essa maior visibilidade esteja relacionada, entre outros fatores, aos dispositivos de proteção voltados a crianças e adolescentes, que mobilizam saúde, escola, assistência social e conselhos tutelares (Leandro et al., 2025a).

Quando o indicador analisado é mortalidade por causas externas (violências e acidentes), a configuração muda. O risco de morte violenta se intensifica especialmente entre 20 e 24 anos, e em algumas unidades da Federação as maiores taxas do conjunto juvenil concentram-se justamente nessa faixa (Leandro et al., 2025a). A diferença entre notificação e mortalidade sugere que visibilidade institucional e gravidade epidemiológica não são dimensões equivalentes.

Uma leitura possível é que a passagem dos 18 anos também altera o circuito institucional pelo qual determinados eventos chegam ao registro oficial. Até a maioridade, escola, conselho tutelar, assistência social e serviços de saúde integram uma rede de proteção com atribuições explícitas diante de situações de violência. Depois dela, o jovem continua exposto, mas já não está abrangido da mesma maneira por parte desses mecanismos organizados em torno da proteção infantojuvenil. A hipótese não é que o ECA explique as diferenças observadas, mas que a capacidade institucional de reconhecer, encaminhar e registrar eventos pode variar conforme a posição etária.

Esse achado ajuda também a deslocar a interpretação da violência como simples resultado de uma predisposição juvenil ao risco. O Informe I problematiza explicitamente essa associação e destaca responsabilidades do Estado e da sociedade na prevenção (Leandro et al., 2025a). A determinação social do processo saúde-doença oferece aqui uma perspectiva mais ampla, ao relacionar agravos às condições concretas de vida e às desigualdades que estruturam exposições, imposições e proteções. Barata (2009) chama atenção para o modo como posições sociais e relações de desigualdade se expressam em perfis diferenciados de adoecimento e

morte. Em atualização recente, a Organização Mundial da Saúde reafirma que renda, educação, trabalho, discriminação, território e acesso a poder e recursos são dimensões decisivas na produção das iniquidades em saúde (WHO, 2025).

Saúde mental: autonomia formal e continuidade do cuidado

A saúde mental oferece uma segunda pista. Entre 2022 e 2024, o Informe II registrou 262.606 internações de jovens por transtornos mentais e comportamentais no SUS. As taxas de internação foram superiores nas faixas de 20 a 29 anos, com maior valor entre 25 e 29 anos. Ao mesmo tempo, menos da metade dos jovens diagnosticados com algum transtorno mental realizava acompanhamento de saúde regular, chegando a 33,9% entre 20 e 24 anos (Leandro et al., 2025b).

Também o suicídio apresenta variação importante ao longo das subfaixas. A taxa de mortalidade entre 15 e 19 anos é inferior à observada entre 20 e 24 e 25 e 29 anos, sendo esta última a mais elevada no conjunto juvenil. Quando idade é articulada a sexo e raça/cor, surgem desigualdades ainda mais intensas, particularmente entre jovens indígenas (Leandro et al., 2025b).

A saída da adolescência, portanto, não coincide necessariamente com redução das necessidades de cuidado. Em alguns indicadores, a gravidade aumenta justamente quando os sujeitos passam a ser tratados institucionalmente como mais autônomos. Essa constatação convida a distinguir autonomia jurídica de condições concretas para o autocuidado. Ser responsável por si, trabalhar, administrar renda ou morar fora da casa de origem não garante tempo, renda, informação, vínculos ou redes de apoio suficientes para buscar e manter o acompanhamento ou buscar assistência à saúde.

A hipótese de desencaixe ganha aqui um conteúdo específico: a autonomia atribuída institucionalmente pode avançar mais rapidamente do que os suportes materiais e relacionais necessários ao exercício do direito à saúde. Não se trata de infantilizar jovens adultos, mas de reconhecer que autonomia não se produz no vazio; ela também depende de condições sociais e de instituições capazes de acolher trajetórias que permanecem marcadas por experimentações, instabilidades e desigualdades. Essa reflexão também evidencia o quanto é relevante que a rede de atenção à saúde compreenda a complexidade dos diferentes perfis e vínculos sociais da população ao longo do ciclo de vida ao estruturar as estratégias de cuidado.

Trabalho e cuidado: quando muda a posição social do corpo juvenil

O trabalho constitui uma terceira pista e evidencia como a centralidade da adolescência pode limitar o enquadramento da saúde juvenil. À medida que a idade avança, o trabalho deixa

de ser experiência periférica e passa a organizar tempos, deslocamentos, renda, responsabilidades e exposições. Dados da PNAD Contínua referentes a 2025 mostram que essa inserção cresce fortemente depois dos 18 anos: a taxa de participação na força de trabalho era de 70% entre jovens de 18 a 24 anos e de 81% entre aqueles de 25 a 29 anos; entre adolescentes de 15 a 17 anos, por sua vez, o nível de ocupação estava em torno de 14% (IBGE, 2025; MDS; Fiocruz, 2026). No Panorama, 58,1% das notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho entre jovens de 15 a 29 anos, no período de 2016 a 2022, concentraram-se na faixa de 25 a 29 anos; 35,3% ocorreram entre 20 e 24 e 6,6% entre 15 e 19 anos (Leandro; Sobrinho; Abramo, 2024). Ainda no mesmo documento foi indicado que 74% das notificações ocorreram em mulheres jovens.

Ansiedade e estresse aparecem com destaque entre os transtornos relacionados ao trabalho, e ocupações administrativas, de serviços e comércio figuram entre as mais notificadas (Leandro; Sobrinho; Abramo, 2024). Esses resultados não podem ser explicados apenas pela idade, pois refletem maior exposição laboral nas faixas superiores. Justamente por isso, revelam a insuficiência de uma agenda juvenil concebida prioritariamente a partir da posição de estudante ou do indivíduo em desenvolvimento.

O estudo recente sobre superposição de atividades acrescenta outra dimensão a esse quadro: o cuidado. Os dados mostram que, para parcela expressiva das jovens mulheres, trabalho remunerado, estudo e trabalho doméstico ou de cuidados não se sucedem, mas se acumulam. Entre 25 e 29 anos, 57,4% das jovens estavam ocupadas e também realizavam trabalho doméstico ou de cuidado não remunerado; entre 18 e 24 anos, 13,1% acumulavam simultaneamente estudo, trabalho remunerado e trabalho doméstico ou de cuidado (MDS; Fiocruz, 2026).

Esse achado interessa ao argumento deste artigo porque desloca mais uma vez a figura do jovem apenas como estudante ou futuro trabalhador. O jovem - e de modo particularmente intenso a jovem mulher - já ocupa posições ativas na produção econômica e na reprodução social cotidiana da vida. A mudança de idade é, portanto, também mudança de posição social. O corpo juvenil depois dos 20 anos é frequentemente um corpo que trabalha, estuda, circula, contribui para a renda familiar, constitui novos domicílios e cuida de outras pessoas. Para a saúde, isso recoloca temas como exaustão, conciliação de jornadas, tempo para autocuidado, proteção social e acesso aos serviços.

Discussão: da adolescência como referente ao desencaixe institucional

Os resultados selecionados não demonstram que jovens adultos estejam ausentes do SUS. Ao contrário, eles aparecem em internações, atendimentos, notificações em diferentes pontos da rede. O problema é a forma como são classificados, reconhecidos e quais problemas de saúde são historicamente priorizados. A juventude pode estar presente empiricamente e, ao mesmo tempo, possuir baixa especificidade como categoria institucional de planejamento e cuidado.

É nesse sentido que se propõe a noção de desencaixe institucional. De um lado, existe uma definição político-jurídica que reconhece pessoas de 15 a 29 anos como jovens e lhes atribui um conjunto articulado de direitos (Brasil, 2013); de outro, as trajetórias sociobiográficas se modificam intensamente nesse intervalo: muda a relação com escola, trabalho, renda, moradia, família, cuidado e autonomia. No campo sanitário, entretanto, permanecem categorias e tradições programáticas construídas quando a adolescência era o principal referente para abordar as novas gerações.

Isso não configura um vazio absoluto. Trata-se, antes, de uma possível baixa especificidade institucional da condição juvenil depois da adolescência. O jovem de 23 ou 27 anos é juridicamente jovem e pode viver processos tipicamente associados à condição juvenil, mas no serviço tende a ser incorporado à categoria genérica de adulto. Nessa passagem, problemas que fazem parte de uma mesma trajetória podem ser fragmentados: sofrimento relacionado ao trabalho torna-se problema do trabalhador adulto; violência, tema da segurança pública; sobrecarga de cuidado, assunto doméstico ou familiar; dificuldades de acesso, responsabilidade individual; saúde mental, questão clínica dissociada das condições de vida.

Essa interpretação recoloca o problema das representações sociais sem supor que exista uma única imagem institucional do jovem. O que se observa é a coexistência de repertórios que podem se objetivar em classificações e rotinas: durante a adolescência, ganham força as imagens do sujeito vulnerável ou de risco; depois dos 18 anos, cresce a expectativa de autonomia e autorresponsabilização. Entre essas duas imagens, uma parte importante da experiência juvenil pode perder visibilidade. A perspectiva dos direitos oferece outra possibilidade, porque combina autonomia com suportes institucionais, participação e reconhecimento das desigualdades. É justamente nesse intervalo que as contribuições de Moscovici e Jodelet, articuladas à sociologia do conhecimento de Berger e Luckmann e às reflexões de Bourdieu e Foucault sobre classificação, poder simbólico e dispositivos

institucionais, ajudam a compreender como categorias aparentemente descritivas podem produzir efeitos práticos de reconhecimento e atenção.

Do ponto de vista do acesso, a passagem da adolescência à maioridade modifica mediações. Adolescentes podem chegar aos serviços acompanhados por familiares ou acionados por escola, assistência e redes de proteção. Jovens adultos, em geral, precisam articular mais diretamente reconhecimento da necessidade, conhecimento do sistema, disponibilidade de tempo e conciliação com trabalho, estudo e responsabilidades de cuidado. A menor continuidade de acompanhamento observada em algumas subfaixas pode ser discutida à luz desse processo, ainda que os dados disponíveis não permitam estabelecer causalidade.

No plano da atenção à saúde, reconhecer a condição juvenil significa ampliar a escuta. Ocupação, condições de trabalho, trajetórias escolares, responsabilidades familiares e de cuidado, redes de apoio, discriminações, experiências de violência e circulação territorial precisam ser considerados como dimensões do processo saúde-doença-cuidado. A incompletude do campo *ocupação* nos sistemas de informação, destacada no Panorama, é ilustrativa: aquilo que não é perguntado ou registrado também fica menos disponível para o planejamento (Leandro; Sobrinho; Abramo, 2024). O mesmo raciocínio pode ser estendido às responsabilidades de cuidado, frequentemente invisíveis apesar de ocuparem parte importante do tempo juvenil (MDS; Fiocruz, 2026).

Na promoção da saúde, esse deslocamento se torna ainda mais evidente. Ações centradas apenas na correção de comportamentos individuais tendem a reproduzir uma representação do jovem como portador ou produtor de riscos, deslocando para os sujeitos responsabilidades que também são socialmente produzidas. A perspectiva da determinação social da saúde amplia esse enquadramento ao considerar as condições concretas que estruturam possibilidades de vida, proteção e adoecimento, entre elas trabalho decente, renda, mobilidade, proteção contra violências, direitos sexuais e reprodutivos, cultura, lazer, participação, políticas de cuidado e serviços de saúde acolhedores. Esses processos se materializam de forma desigual na saúde de indivíduos, grupos sociais e populações e se produzem e reproduzem em espaços sociais marcados pela distribuição assimétrica de poder e pelas relações de classe, gênero e pertencimento étnico-cultural (Breilh, 2024).

Nessa mesma direção, Barata (2009) e o relatório recente da WHO (2025) recolocam as desigualdades e as condições sociais no centro da explicação das iniquidades em saúde, entendidas não apenas como diferenças entre grupos, mas como desigualdades sistemáticas, persistentes, evitáveis e socialmente injustas. A prevenção permanece, portanto, como dimensão fundamental da promoção da saúde, mas passa a ser compreendida no interior das

relações e condições sociais concretas que participam da produção dos riscos e dos modos de adoecer. Por fim, falar em juventudes, no plural, é indispensável. Os próprios dados recentes mostram que idade se combina a gênero, raça/cor e território. No Informe I, jovens negros concentraram 73% dos óbitos juvenis por causas externas; no Informe II, as taxas de suicídio entre jovens indígenas atingiram níveis muito superiores aos observados em outros grupos raciais (Leandro et al., 2025a, 2025b). No estudo sobre cuidados, mulheres negras aparecem com as maiores cargas de trabalho doméstico e de cuidado não remunerado (MDS; Fiocruz, 2026). Não há, portanto, uma experiência juvenil única a ser incorporada aos serviços e políticas de saúde, mas condições juvenis marcadas por desigualdades estruturais.

Considerações finais

A institucionalização da juventude como categoria de direitos constituiu mudança relevante nas políticas públicas brasileiras. No campo da saúde, entretanto, essa transformação parece ocorrer de maneira desigual. A tradição dedicada à adolescência produziu avanços fundamentais e não deve ser substituída. O problema aparece quando adolescência se converte em metonímia da juventude ou quando, terminada a proteção específica da adolescência, os jovens passam diretamente à categoria indiferenciada de adultos.

As evidências mobilizadas neste artigo foram intencionalmente seletivas. Os dados sobre violência, saúde mental, trabalho e cuidado mostram que as necessidades de saúde não diminuem linearmente com a saída da adolescência; elas se reconfiguram à medida que mudam posições sociais, responsabilidades e exposições. Lidos em confronto com as evidências documentais sobre a permanência da adolescência como referência institucional predominante, esses achados dão suporte à hipótese do desencaixe, sem que se pretenda derivar dos indicadores epidemiológicos uma demonstração direta da organização dos serviços ou uma relação causal com os padrões de acesso e continuidade do cuidado.

A noção de desencaixe institucional procura nomear essa tensão sem transformá-la em conclusão fechada. Sua utilidade dependerá de investigações futuras capazes de examinar serviços, estratégias de atenção, territórios e práticas profissionais, bem como de incorporar as narrativas dos próprios jovens sobre acesso, reconhecimento e cuidado. Também será necessário aprofundar como raça, gênero, classe, deficiência, território e responsabilidades de cuidado modulam esse desencaixe.

Mais do que criar artificialmente uma especialidade ou estabelecer fronteiras rígidas entre saúde do adolescente e saúde do adulto, trata-se de reconhecer uma zona social que pode desaparecer na passagem entre ambas. Entre ser adolescente e tornar-se simplesmente adulto

para os serviços existe e precisa ser reconhecida uma extensa experiência social chamada juventude.

Referências

- ABRAMO, Helena Wendel. Considerações sobre a tematização social da juventude no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n. 5-6, p. 25-36, maio/dez. 1997.
- ABRAMO, Helena Wendel. Condição juvenil no Brasil contemporâneo. In: ABRAMO, Helena Wendel; BRANCO, Pedro Paulo Martoni (org.). *Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Instituto Cidadania, 2005. p. 37-72.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar de. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 865-884, 2004.
- BARATA, Rita Barradas. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 120 p. DOI: 10.7476/9788575413913.
- BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- BOURDIEU, Pierre. A juventude é apenas uma palavra. In: BOURDIEU, Pierre. *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983. p. 112-121.
- BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 6 ago. 2013.
- BREILH, Jaime. *Epidemiologia crítica e a saúde dos povos: ciência ética e corajosa em uma civilização doentia*. Tradução: Patrícia Martins Goulart e Tatiana Alves Cordaro Bichara. São Paulo: Hucitec, 2024.
- CORROCHANO, Maria Carla; ABRAMO, Laís Wendel. Juventude, educação e trabalho decente: a construção de uma agenda. *Linhas Críticas*, Brasília, DF, v. 22, n. 47, p. 110-129, jan./abr. 2016. DOI: 10.26512/lc.v22i47.4789.
- FORACCHI, M. M. *A juventude na sociedade moderna*. São Paulo: Pioneira, 1972.

- FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FREITAS, Maria Virgínia de (org.). Juventude e adolescência no Brasil: referências conceituais. São Paulo: Ação Educativa, 2005.
- HORTA, Natália de Cássia; SENA, Roseni Rosângela de. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 475-495, 2010. DOI: 10.1590/S0103-73312010000200008.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua. Rio de Janeiro: IBGE, 2025.
- JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.
- LEANDRO, Bianca Borges da Silva; SOBRINHO, André Luiz da Silva; ABRAMO, Helena Wendel (org.). *Panorama da situação de saúde de jovens brasileiros: intersecções entre juventude, saúde e trabalho: 2016 a 2022*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2024.
- LEANDRO, Bianca Borges da Silva; SOBRINHO, André Luiz da Silva; PRAÇA, Heitor Levy Ferreira; LOPES, Reinaldo de Araujo Dantas; FERRARETO, Luciane Cristina. Informe I: violências e acidentes: ciclo de informes sobre a situação de saúde da juventude brasileira, n. 1/2025. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV; Agenda Jovem Fiocruz, 2025a.
- LEANDRO, Bianca Borges da Silva; FERRARETO, Luciane Cristina; PRAÇA, Heitor Levy Ferreira; LOPES, Reinaldo de Araújo Dantas; SOBRINHO, André Luiz da Silva. Informe II: saúde mental: ciclo de informes sobre a situação de saúde da juventude brasileira, n. 2/2025. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV; Agenda Jovem Fiocruz, 2025b.
- MARGULIS, Mario; URRESTI, Marcelo. La juventud es más que una palabra. In: MARGULIS, Mario (ed.). *La juventud es más que una palabra: ensayos sobre cultura y juventud*. Buenos Aires: Biblos, 1996. p. 13-30.
- MDS - MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME; FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Superposição de atividades na juventude: estudar, trabalhar e cuidar. Informativo do estudo Juventudes e a política de cuidados: anotações sobre a condição juvenil. Brasília, DF; Rio de Janeiro: MDS; Fiocruz, 2026.
- MOSCOVICI, Serge. A psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
- NOVAES, Regina; VANNUCHI, Paulo (org.). *Juventude e sociedade: trabalho, educação, cultura e participação*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

- PAIS, José Machado. A construção sociológica da juventude: alguns contributos. *Análise Social*, Lisboa, v. 25, n. 105-106, p. 139-165, 1990.
- SAMMUT, Gordon; ANDREOULI, Eleni; GASKELL, George; VALSINER, Jaan (ed.). *The Cambridge handbook of social representations*. Cambridge: Cambridge University Press, 2015. DOI: 10.1017/CBO9781107323650.
- SILVA SOBRINHO, André Luiz da; SOUZA, Edinilsa Ramos de; NASCIMENTO, Marcos Antonio Ferreira do; MONTEIRO, Simone Souza; COUTINHO, Tiago; SILVA, Aline Dias da. *Estado do conhecimento da produção científica da Fiocruz sobre juventude e saúde: 2006 a 2016*. Rio de Janeiro: Cooperação Social da Fiocruz, 2020.
- SPOSITO, Marília Pontes; CARRANO, Paulo César Rodrigues. Juventude e políticas públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n. 24, p. 16-39, set./dez. 2003. DOI: 10.1590/S1413-24782003000300003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World report on social determinants of health equity*. Geneva: World Health Organization, 2025. 248 p. ISBN 978-92-4-010758-8.

Declaração de disponibilidade dos dados da pesquisa

Este estudo utiliza exclusivamente documentos públicos e dados secundários agregados já publicados nas fontes citadas no manuscrito. Não foi gerado banco de dados original específico para este artigo.

Aspectos éticos

O estudo utiliza documentos públicos e dados secundários apresentados de forma agregada, sem acesso a informações individuais identificáveis, e não envolveu participantes de pesquisa.

Financiamento

Este estudo contou com apoio financeiro proveniente de emenda parlamentar destinada à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), para o desenvolvimento de ações relacionadas à Agenda Jovem Fiocruz.

Contribuições dos autores (CRediT)

André Luiz da Silva Sobrinho: Conceituação (Conceptualization); Análise formal (Formal analysis); Investigação (Investigation); Metodologia (Methodology); Administração do projeto (Project administration); Supervisão (Supervision); Validação (Validation); Redação – versão original (Writing – original draft); Redação – revisão e edição (Writing – review & editing)

Helena Wendel Abramo: Conceituação (Conceptualization); Curadoria de dados (Data curation); Análise formal (Formal analysis); Investigação (Investigation); Metodologia (Methodology); Validação (Validation); Redação – revisão e edição (Writing – review & editing)

Bianca Borges Leandro: Conceituação (Conceptualization); Curadoria de dados (Data curation); Análise formal (Formal analysis); Investigação (Investigation); Metodologia (Methodology); Supervisão (Supervision); Validação (Validation); Visualização (Visualization); Redação – revisão e edição (Writing – review & editing)

Luciane Cristina Ferrareto: Conceituação (Conceptualization); Análise formal (Formal analysis); Administração do projeto (Project administration); Validação (Validation); Redação – revisão e edição (Writing – review & editing)

Eri Veiga Andriolo: Curadoria de dados (Data curation); Análise formal (Formal analysis); Validação (Validation); Visualização (Visualization); Redação – revisão e edição (Writing – review & editing)

Mariana Bezerra de Lyra: Análise formal (Formal analysis); Administração do projeto (Project administration); Redação – revisão e edição (Writing – review & editing)

Declaração de conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse relacionados a este trabalho.

Declaração de uso de inteligência artificial

Foi utilizado o ChatGPT, da OpenAI, com o modelo GPT-5.6 Sol, como ferramenta de apoio à revisão de clareza e fluidez textual, revisão linguística e organização/padronização de referências. Os autores revisaram criticamente todo o conteúdo produzido com auxílio da ferramenta e assumem integral responsabilidade pela versão final do manuscrito.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.