saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Saúde do adolescente no Brasil: transição demográfica, desigualdades regionais e implicações para a agenda pública

Adolescent health in Brazil: Demographic transition, regional inequalities, and implications for the public policy agenda

Salud del adolescente en Brasil: transición demográfica, desigualdades regionales e implicaciones para la agenda pública

Raphael Mendonça Guimarães[1,2], José Henrique Costa Monteiro da Silva[3], Marcelo Rasga Moreira[4]

DOI: 10.1590/2358-2898202615111732P

RESUMO Apesar de seu papel estratégico no desenvolvimento nacional e da existência de marcos normativos e programáticos voltados à sua atenção integral, adolescentes ainda não se consolidaram como prioridade estruturante na organização das políticas públicas de saúde no Brasil, em meio a mudanças relevantes na estrutura etária da população. Nesse sentido, o estudo teve como objetivo descrever e analisar a evolução da estrutura etária da população brasileira, com ênfase no grupo de adolescentes, entre 1980 e 2022. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, fundamentado em dados dos Censos Demográficos do IBGE referentes aos anos de 1980, 1991, 2000, 2010 e 2022. Calcularam-se indicadores como proporção de adolescentes, razão adolescente/criança e razão de dependência jovem, para o Brasil e suas Unidades Federativas. Observou-se queda significativa na proporção de adolescentes na população total, de 23,4% em 1980 para 13,8% em 2022, acompanhada por declínio das razões de dependência de jovens e de crianças. Houve aumento da razão adolescente/criança, que ultrapassou 1 em vários estados, refletindo a transição demográfica. Persistem diferenças regionais expressivas, com o Norte e o Nordeste concentrando as maiores proporções de adolescentes. As mudanças demográficas evidenciam a necessidade de políticas públicas direcionadas aos adolescentes, especialmente diante das desigualdades regionais.
PALAVRAS-CHAVE Adolescente. Saúde do adolescente. Demografia. Política de saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *Although adolescents play a strategic role in national development and Brazil has established normative and programmatic frameworks for comprehensive adolescent care, Brazil has yet to make adolescent health a core organizing priority in public health policy, even as major changes reshape the population age structure. This study aimed to describe and analyze changes in the age structure of the Brazilian population, with particular emphasis on adolescents, from 1980 to 2022. We conducted a descriptive quantitative study using data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) Demographic Censuses of 1980, 1991, 2000, 2010, and 2022. We calculated the proportion of adolescents, the adolescent-to-child ratio, and the youth dependency ratio for Brazil and its Federative Units. The proportion of adolescents in the total population fell markedly, from 23.4% in 1980 to 13.8% in 2022, while both youth and child dependency ratios declined. The adolescent-to-child ratio increased and exceeded 1 in several states, reflecting the demographic transition. Substantial regional differences persist, and the North and Northeast account for higher proportions of adolescents. These demographic changes underscore the need for public policies that specifically address adolescents, particularly amid regional inequalities.*
KEYWORDS *Adolescent. Adolescent health. Demography. Health policy. Unified Health System.*

RESUMEN *Aunque los adolescentes desempeñan un papel estratégico en el desarrollo nacional y existen marcos normativos para su atención integral, aún no se consolidan como prioridad estructurante de las políticas de salud pública en Brasil, pese a los cambios en la estructura etaria. El estudio describió y analizó la evolución de la población brasileña, con énfasis en los adolescentes, entre 1980 y 2022. Se realizó un estudio descriptivo y cuantitativo basado en los Censos Demográficos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) de 1980, 1991, 2000, 2010 y 2022. Para Brasil y sus Unidades Federativas, se calcularon la proporción de adolescentes, la razón adolescente/niño y la razón de dependencia juvenil. La proporción de adolescentes disminuyó del 23,4% en 1980 al 13,8% en 2022, al igual que las razones de dependencia juvenil e infantil. En cambio, la razón adolescente/niño aumentó y superó 1 en varios estados, lo que refleja la transición demográfica. Persistieron diferencias regionales importantes, con mayores proporciones de adolescentes en el Norte y en el Nordeste. Estos cambios demográficos evidencian la necesidad de políticas públicas específicas para adolescentes, territorialmente sensibles y orientadas a reducir las desigualdades regionales y a fortalecer la atención integral en salud.*
PALABRAS CLAVE *Adolescente. Salud del adolescente. Demografía. Política de salud. Sistema Único de Salud.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos Antônio Ivo de Carvalho (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
raphael24601@gmail.com

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

[3] University of Pennsylvania (UPenn), Population Studies Center – Philadelphia (PA), United States of America.

[4] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

A adolescência constitui uma etapa estratégica do curso de vida, marcada por intensas transformações biopsicossociais e pela consolidação de hábitos, exposições e padrões de risco que influenciam a saúde presente e futura[1]. No plano normativo, a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente reconhecem crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e destinatários de proteção integral[2]. A afirmação dessa centralidade, contudo, não implica desconsiderar os esforços normativos e programáticos já empreendidos no País. No âmbito federal, as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde buscaram orientar gestores, profissionais e serviços para uma abordagem integral, intersetorial e interfederativa, incorporando eixos como participação juvenil, equidade de gênero, direitos sexuais e reprodutivos, cultura de paz, ética, cidadania e igualdade racial e étnica. Do mesmo modo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI)[3] constituiu um marco relevante ao reconhecer as necessidades específicas de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas e ao buscar ampliar o acesso deles às ações e aos serviços de saúde. Esses marcos indicam que a adolescência não esteve ausente da formulação normativa do Sistema Único de Saúde (SUS).

O problema central reside, antes, na limitada capacidade de tais iniciativas se converterem em prioridade estruturante da organização das redes de atenção, dos instrumentos de planejamento, do financiamento, da formação profissional, da produção regular de indicadores e da coordenação interfederativa. Apesar desse marco jurídico e da existência de diretrizes e políticas específicas, a população de 10 a 19 anos permanece em posição instável na agenda de prioridades da saúde pública brasileira. Essa instabilidade não decorre da ausência absoluta de iniciativas, mas dos limites de sua institucionalização: baixa força indutora sobre a organização cotidiana dos serviços, frágil articulação intersetorial e interfederativa, pouca tradução nos instrumentos de planejamento e monitoramento do SUS e persistência de respostas programáticas fragmentadas ou subordinadas a agendas parciais, como infância, saúde sexual e reprodutiva, violência ou saúde escolar.

Essa fragilidade institucional produz consequências sanitárias e sociais relevantes. A ausência de uma agenda pública robusta para adolescentes compromete a prevenção de agravos, dificulta respostas oportunas a problemas complexos e reduz a capacidade do sistema de saúde de atuar sobre vulnerabilidades que se acumulam ao longo do curso da vida[4]. Em sentido inverso, a institucionalização de políticas específicas para essa etapa pode ampliar proteção, bem-estar e equidade, além de reduzir custos humanos e sociais futuros[5].

A necessidade de recolocar a adolescência na agenda pública torna-se ainda mais evidente diante da transição demográfica brasileira. Nas últimas décadas, o País experimentou importante redução da fecundidade, envelhecimento progressivo da população e retração relativa dos grupos etários mais jovens. Nesse contexto, o contingente adolescente diminuiu em termos proporcionais, mas passou a ocupar uma posição distinta na estrutura etária nacional. Como apontam Guimarães, Moreira e Costa[6], desde os anos 2000, o número de adolescentes de 10 a 19 anos ultrapassou o de crianças de 0 a 9 anos, expressando uma mudança estrutural com implicações relevantes para a formulação de políticas públicas e para a reorganização das prioridades do SUS.

Em consonância com essa perspectiva, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável reconhece adolescentes como atores centrais para o avanço de metas relacionadas à saúde, educação, igualdade e redução das desigualdades[7]. No entanto, no Brasil, a resposta institucional a esse grupo etário ainda não acompanha plenamente a magnitude das transformações demográficas em curso nem a

diversidade de necessidades que caracterizam a adolescência. Compreender a evolução da estrutura etária da população adolescente, em perspectiva nacional e subnacional, torna-se, portanto, um passo analítico necessário para qualificar o debate sobre prioridades, monitoramento e organização das respostas públicas. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo descrever e analisar a evolução da população adolescente brasileira entre os anos censitários de 1980 e 2022, destacando tendências, diferenças entre as Unidades Federativas (UF) e implicações para a política de saúde.

Aspectos metodológicos

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, de abordagem quantitativa, baseado em dados censitários agregados, com o objetivo de analisar a evolução da estrutura etária da população brasileira, com ênfase no grupo de adolescentes, no Brasil e nas UF, entre 1980 e 2022.

Os dados foram obtidos a partir dos Censos Demográficos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1980, 1991, 2000, 2010 e 2022. Utilizaram-se informações agregadas por grupos etários para o Brasil e para as 27 UF, extraídas de bases públicas disponibilizadas pelo IBGE.

A população analisada correspondeu ao conjunto de residentes recenseados no Brasil e nas 27 UF nos anos censitários selecionados. Considerou-se como adolescentes o grupo etário de 10 a 19 anos, em consonância com a definição adotada pela Organização Mundial da Saúde. Foram calculados, para o Brasil e para cada UF, os seguintes indicadores demográficos: proporção de adolescentes, definida como a razão entre a população de 10 a 19 anos e a população total; razão de dependência jovem, calculada pela relação entre a população de 0 a 14 anos e a população de 15 a 64 anos; e razão adolescente/criança, correspondente à razão entre a população de 10 a 19 anos e a população de 0 a 9 anos.

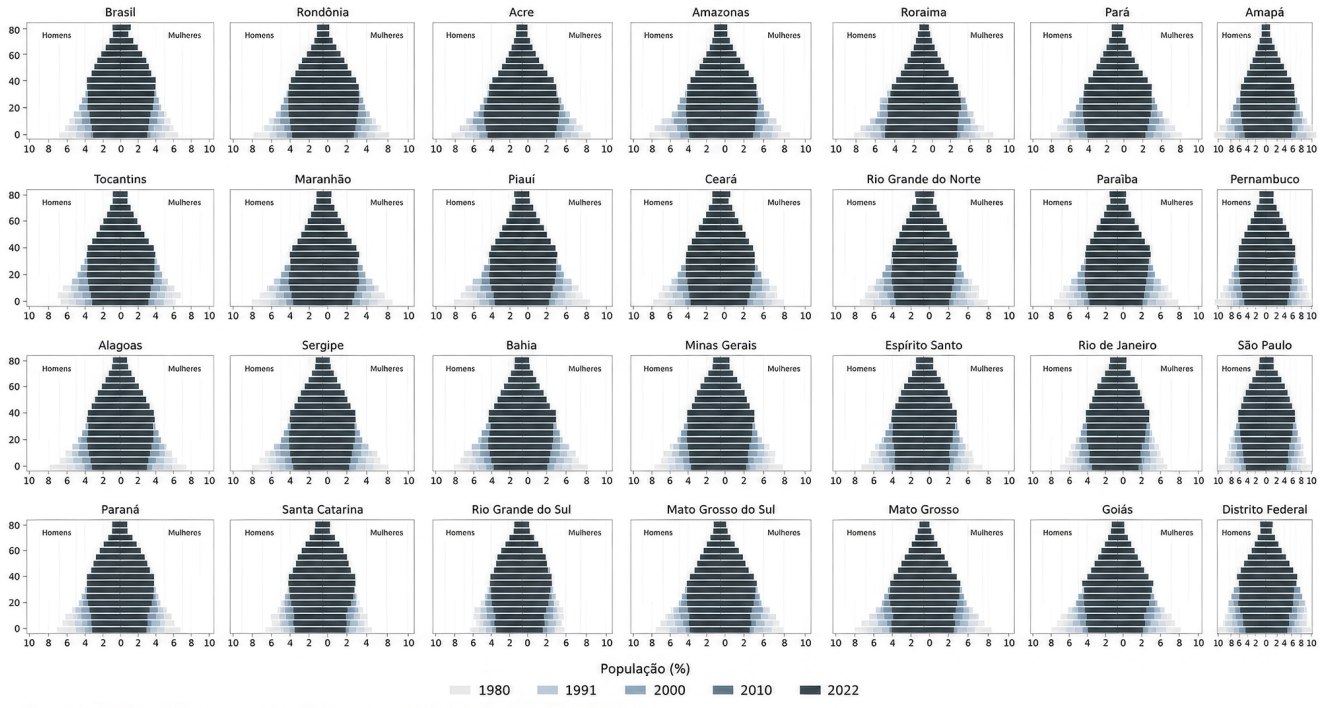
Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas e submetidos à análise descritiva no *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 29. Para cada ano censitário, calcularam-se proporções e razões demográficas para o Brasil e para as UF, com comparação temporal dos indicadores e análise de sua distribuição territorial. Os resultados foram apresentados em tabelas, gráficos e pirâmides etárias, de modo a evidenciar as transformações na estrutura etária da população e as diferenças regionais observadas ao longo do período. A análise enfatizou especialmente a evolução da proporção de adolescentes, da razão adolescente/criança e da razão de dependência jovem, por seu potencial para expressar diferentes estágios da transição demográfica no País.

Por utilizar exclusivamente dados secundários, agregados, de acesso público e sem identificação individual, o estudo dispensou apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, nos termos da Resolução CNS nº 510/2016[8].

Resultados

A análise da estrutura etária da população brasileira, entre 1980 e 2022, evidencia mudanças profundas no perfil demográfico do País (*gráfico 1*). Em todas as UF, observa-se estreitamento progressivo da base das pirâmides etárias, com redução do peso relativo dos grupos mais jovens e ampliação proporcional das faixas adultas e de pessoas idosas. Esse processo ocorreu em todo o território nacional, embora com ritmos distintos, sendo mais precoce e intenso nas regiões Sul e Sudeste, onde a transição demográfica se mostra mais avançada. Nessas áreas, a base da pirâmide torna-se mais estreita desde os anos 2000, ao passo que a participação relativa dos grupos em idades mais avançadas se amplia. Em contraste, estados do Norte e de parte do Nordeste mantiveram por mais tempo estruturas etárias relativamente jovens, ainda que a tendência de envelhecimento também esteja claramente presente nesses contextos.

Gráfico 1. Pirâmides etárias da população brasileira segundo ano censitário, Brasil, 1980, 1991, 2000, 2010 e 2022



Fonte: elaboração própria, com base em dados dos Censos Demográficos do IBGE de 1980, 1991, 2000, 2010 e 2022.

A evolução dos indicadores demográficos sintetiza essa transformação (*tabela 1*). No Brasil, a proporção de adolescentes de 10 a 19 anos na população total caiu de 23,4% em 1980 para 21,8% em 1991, 20,8% em 2000, 17,9% em 2010 e 13,8% em 2022. No mesmo período, a razão de dependência jovem reduziu-se de 66,2 para 57,5, 45,9, 35,1 e 28,5 respectivamente. Em sentido distinto, a razão adolescente/criança aumentou de 89,2 em 1980 para 94,5 em 1991, 107,1 em 2000, 118,7 em 2010 e 106,0 em 2022. Em conjunto, esses indicadores mostram que, embora a participação relativa dos adolescentes também tenha diminuído, a retração da população infantil foi ainda mais intensa, alterando a posição da adolescência na estrutura etária brasileira.

Tabela 1. Indicadores demográficos selecionados da população adolescente segundo o ano censitário. Brasil, 1980, 1991, 2000, 2010 e 2022

	Proporção de adolescentes					RDJ[a]					Razão adolescente/criança				
UF	**1980**	**1991**	**2000**	**2010**	**2022**	**1980**	**1991**	**2000**	**2010**	**2022**	**1980**	**1991**	**2000**	**2010**	**2022**
Acre	24,8	25,6	24,2	22,5	18,6	95,0	83,6	67,4	54,4	39,8	72,9	85,6	90,9	103,2	106,0
Alagoas	24,8	24,8	23,4	20,9	16,2	87,8	72,8	58,6	45,0	33,3	79,4	91,6	100,3	113,6	108,7
Amapá	25,0	25,6	24,4	22,8	18,1	102,3	87,3	68,0	52,3	40,0	70,5	81,7	90,1	106,9	100,1
Amazonas	24,4	25,8	23,9	22,0	18,4	93,9	81,8	67,5	52,8	40,9	71,4	87,4	88,5	101,3	100,6
Bahia	24,6	24,9	23,6	19,0	14,7	84,8	71,5	51,5	38,2	29,3	80,3	95,7	114,3	118,3	112,2
Ceará	25,8	23,3	22,7	20,0	14,4	80,1	69,0	55,6	38,9	29,6	89,3	88,8	103,8	126,3	107,0
Distrito Federal	23,1	22,4	20,3	17,1	13,9	62,5	53,2	41,6	33,2	26,3	87,0	99,9	106,0	112,8	111,3

Tabela 1. Indicadores demográficos selecionados da população adolescente segundo o ano censitário. Brasil, 1980, 1991, 2000, 2010 e 2022

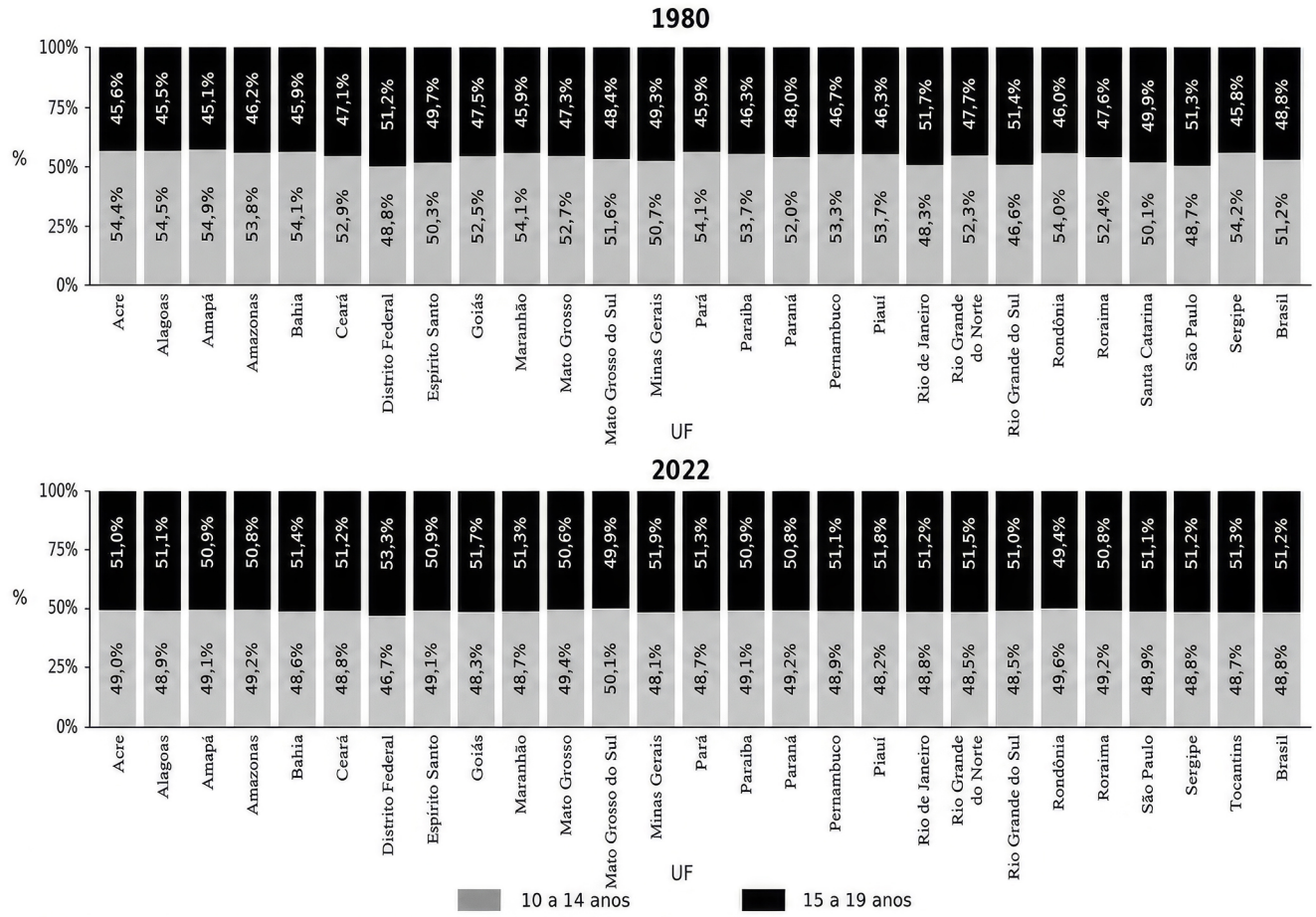
	Proporção de adolescentes					RDJ[a]					Razão adolescente/criança				
UF	**1980**	**1991**	**2000**	**2010**	**2022**	**1980**	**1991**	**2000**	**2010**	**2022**	**1980**	**1991**	**2000**	**2010**	**2022**
Espírito Santo	24,4	22,0	20,9	17,2	13,1	67,5	57,4	43,6	33,1	27,9	92,3	95,2	113,0	118,6	101,6
Goiás	24,9	22,8	20,3	17,7	14,0	74,6	55,6	44,4	34,4	28,8	87,4	100,9	104,9	116,8	103,0
Maranhão	24,3	24,8	25,6	21,4	17,6	89,0	85,3	64,5	49,1	36,1	75,5	82,3	105,2	107,5	112,2
Mato Grosso	24,5	23,5	21,8	18,6	14,6	79,4	63,3	49,3	37,1	32,6	81,0	92,6	104,3	113,7	94,8
Mato Grosso do Sul	24,8	22,2	20,9	18,3	14,4	72,3	59,1	47,6	36,5	32,2	88,7	92,7	103,8	115,1	97,6
Minas Gerais	24,3	21,7	20,4	17,4	12,8	65,7	55,4	43,4	32,3	25,9	94,5	97,4	110,7	125,9	107,5
Pará	24,3	24,9	24,1	21,4	17,4	88,4	78,4	63,0	48,4	35,9	75,0	86,0	96,5	106,9	108,8
Paraíba	25,2	24,0	22,6	18,6	14,6	82,5	68,2	51,3	38,3	30,5	86,5	95,4	112,3	115,9	107,4
Paraná	25,0	21,6	19,7	17,6	13,1	68,9	53,4	43,8	32,9	27,6	94,6	97,7	104,2	124,0	102,8
Pernambuco	24,7	23,8	22,0	18,7	14,8	78,0	63,9	49,6	38,3	30,4	85,9	97,2	109,0	115,9	108,4
Piauí	25,9	25,3	24,4	19,6	15,2	89,5	75,3	55,3	40,4	30,4	82,4	92,6	114,9	117,5	112,2
Rio de Janeiro	20,8	18,9	17,5	16,1	12,3	48,8	43,2	37,3	30,3	25,7	97,8	102,4	104,2	123,7	104,5
Rio Grande do Norte	25,7	22,8	22,4	18,7	14,3	77,5	65,8	51,0	36,7	28,5	91,7	90,5	110,3	120,2	111,3
Rio Grande do Sul	22,3	18,7	18,4	16,2	11,9	51,6	46,9	39,0	29,8	25,6	103,6	92,9	107,8	127,2	101,9
Rondônia	24,6	24,3	23,1	20,0	15,1	87,0	70,5	55,4	39,8	31,5	75,6	88,8	101,1	116,7	103,6
Roraima	23,3	21,8	23,6	22,0	18,1	82,7	66,3	65,4	52,2	44,5	72,7	79,8	88,9	102,6	89,9
Santa Catarina	25,2	20,6	19,8	17,0	12,4	64,0	52,9	42,4	30,6	26,4	100,3	92,5	108,0	126,2	98,7
São Paulo	20,8	19,6	19,0	16,1	12,6	52,4	47,8	38,9	30,4	25,6	91,3	96,1	110,4	119,7	106,6
Sergipe	25,3	24,3	22,9	19,8	15,3	87,3	69,9	54,3	40,2	30,5	82,3	92,7	104,5	117,9	110,7
Tocantins[b]	-	25,1	23,6	20,5	16,2	-	76,5	58,4	44,0	34,1	-	90,0	101,7	111,7	105,4
Brasil	**23,4**	**21,8**	**20,8**	**17,9**	**13,8**	**66,2**	**57,5**	**45,9**	**35,1**	**28,5**	**89,2**	**94,5**	**107,1**	**118,7**	**106,0**

Fonte: elaboração própria, com base em dados dos Censos Demográficos do IBGE de 1980, 1991, 2000, 2010 e 2022.

a RDJ – Razão de Dependência Jovem; b Tocantins não possui dados anteriores a 1988.

A composição interna do próprio grupo adolescente também se modificou ao longo do período (*gráfico 2*). As proporções específicas das faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos declinaram em relação ao total da população, acompanhando a retração geral da base da pirâmide etária. No início da série, cerca de 13% da população brasileira estava na faixa de 10 a 14 anos e aproximadamente 12%, na faixa de 15 a 19 anos; em 2022, esses percentuais reduziram para cerca de 7% e 8% respectivamente. Esse deslocamento indica não apenas diminuição relativa da adolescência no conjunto da população, mas também envelhecimento interno do próprio grupo adolescente, com aumento do peso relativo dos adolescentes mais velhos em comparação aos mais jovens.

Gráfico 2. Composição etária do grupo de adolescentes. Brasil e UF, 1980 e 2022



Fonte: elaboração própria, com base em dados dos Censos Demográficos do IBGE de 1980, 1991, 2000, 2010 e 2022.

A comparação entre as UF confirma a existência de uma marcante heterogeneidade territorial. Em 2022, as maiores proporções de adolescentes foram observadas no Acre (18,6%), no Amazonas (18,4%), no Amapá (18,1%) e em Roraima (18,1%), enquanto os menores valores ocorreram no Rio Grande do Sul (11,9%), no Rio de Janeiro (12,3%), em Santa Catarina (12,4%), em São Paulo (12,6%), em Minas Gerais (12,8%), no Paraná (13,1%) e no Espírito Santo (13,1%). Esses contrastes indicam diferentes estágios da transição demográfica entre as UF, com perfis relativamente mais jovens no Norte e em parte do Nordeste, e estruturas mais envelhecidas no Sul e no Sudeste (*tabela 1*).

A razão de dependência jovem também apresentou redução consistente em todas as UF, reforçando a tendência de diminuição do peso relativo das idades jovens em relação à população em idade ativa. Em 2022, os maiores valores desse indicador foram registrados em Roraima (44,5), no Amazonas (40,9), no Amapá (40,0) e no Acre (39,8), enquanto os menores ocorreram no Rio Grande do Sul (25,6), em São Paulo (25,6), no Rio de Janeiro (25,7), em Minas Gerais (25,9) e no Distrito Federal (26,3). Esses resultados sugerem maior permanência de estruturas etárias jovens nas UF do Norte e, em menor medida, do Nordeste, contrastando com o perfil mais envelhecido

das unidades localizadas sobretudo no Sul e no Sudeste (*tabela 1*).

Já a razão adolescente/criança revelou um padrão parcialmente distinto e particularmente informativo. Em 2022, os maiores valores foram observados na Bahia (112,2), no Maranhão (112,2), no Piauí (112,2), no Distrito Federal (111,3), no Rio Grande do Norte (111,3), em Sergipe (110,7), no Pará (108,8), em Alagoas (108,7) e em Pernambuco (108,4). Em contraste, os menores valores foram observados em Roraima (89,9), em Mato Grosso (94,8), em Mato Grosso do Sul (97,6), em Santa Catarina (98,7), no Amapá (100,1), no Amazonas (100,6), no Rio Grande do Sul (101,9) e no Paraná (102,8). Isso mostra que maior proporção de adolescentes na população total e maior razão adolescente/criança não são dimensões idênticas do processo demográfico: enquanto o primeiro indicador expressa o peso relativo da adolescência no total populacional, o segundo capta mais diretamente o grau de retração da infância em relação ao contingente adolescente (*tabela 1*).

A análise temporal da razão adolescente/criança evidencia, ainda, que a superação do contingente infantil pelo contingente adolescente não ocorreu de forma homogênea nem linear em todas as UF. Em várias unidades, esse indicador ultrapassou 100 já em 2000 ou 2010, como Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco e Rio Grande do Sul. Em 2022, porém, alguns estados mantiveram valores mais próximos de 100 ou inferiores a esse patamar, como Roraima, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Santa Catarina, sugerindo trajetórias regionais distintas de redução da infância e reconfiguração da base etária.

Discussão

Em síntese, os resultados mostram que a transição demográfica brasileira se expressou, entre 1980 e 2022, por redução sustentada da proporção de adolescentes, queda acentuada da razão de dependência jovem e aumento da razão adolescente/criança, ao lado de importante heterogeneidade territorial. Embora a adolescência tenha perdido peso relativo na população total, a infância se retraiu ainda mais rapidamente, produzindo uma nova configuração da base etária brasileira e reposicionando o grupo adolescente no interior da dinâmica populacional do País.

Esse reposicionamento demográfico precisa ser interpretado também à luz da forma como a adolescência foi historicamente concebida. A perspectiva sócio-histórica proposta por Bock[9] recusa a leitura da adolescência como etapa natural, universal e homogênea do desenvolvimento, compreendendo-a como construção social produzida em determinadas condições históricas, culturais e institucionais. Na mesma direção, Ozella e Aguiar[10] demonstram que a adolescência não deve ser reduzida a uma transição abstrata entre infância e vida adulta, pois expressa experiências diversas, atravessadas por classe social, gênero, etnia, território e inserção institucional. Essa leitura é particularmente importante para a saúde coletiva: quando a adolescência é tratada apenas como fase intermediária, tende a ser absorvida por políticas voltadas à infância ou por respostas orientadas à vida adulta; quando reconhecida como categoria histórica e socialmente situada, torna-se possível formular políticas mais sensíveis às desigualdades e às necessidades próprias desse grupo.

Esses achados permitem afirmar que a adolescência passou a ocupar um lugar distinto na estrutura etária brasileira. O ponto central não está apenas na redução relativa do contingente adolescente, mas no fato de que a retração da infância ocorreu de forma ainda mais intensa, alterando a composição dos grupos jovens e produzindo uma base populacional menos infantilizada do que em décadas anteriores. Esse deslocamento é especialmente relevante porque desafia a permanência de uma lógica histórica em que as respostas públicas aos ciclos iniciais da vida foram fortemente orientadas pela saúde da criança. Damasceno et al.[11] mostraram que a

rede básica brasileira historicamente se organizou com forte orientação para a saúde infantil, o que ajuda a compreender por que a adolescência permaneceu, em grande medida, tratada de forma residual, fragmentada ou subordinada a agendas parciais. Na mesma direção, Silva e Engstrom[12] demonstraram que a atenção integral à saúde do adolescente na Atenção Primária à Saúde (APS) ainda se apresenta de forma heterogênea e descontínua no território brasileiro. Assim, a discussão contemporânea sobre adolescência no Brasil não pode se restringir à ideia de diminuição numérica desse grupo, mas deve reconhecer que a própria reorganização da base etária do País redefine prioridades sanitárias, institucionais e programáticas.

Nesse sentido, o estudo sugere que a transição demográfica brasileira produziu um descompasso entre estrutura populacional e resposta institucional. O País consolidou, ao longo das últimas décadas, importantes marcos assistenciais voltados à infância, bem como formulou diretrizes e políticas dirigidas a adolescentes e jovens. No entanto, a existência desses marcos não eliminou a posição relativamente instável da adolescência na arquitetura do SUS. O limite principal parece residir menos na ausência de formulação normativa e mais na baixa institucionalização dessas iniciativas como eixo ordenador das redes de atenção[11,12].

Essa baixa institucionalização pode ser compreendida por quatro fatores articulados. O primeiro é conceitual: a adolescência ainda é frequentemente representada como uma etapa de passagem, e não como um grupo populacional com estatuto próprio na formulação de políticas. O segundo é organizacional: as ações destinadas a adolescentes tendem a ser distribuídas entre programas específicos, serviços escolares, saúde sexual e reprodutiva, saúde mental, violência ou medidas socioeducativas, sem constituírem uma linha de cuidado suficientemente integrada. O terceiro é federativo: a implementação depende de pactuação entre União, estados e municípios, mas nem sempre se traduz em metas, responsabilidades, financiamento e monitoramento sistemático. O quarto é assistencial: a APS, embora seja porta de entrada privilegiada, ainda apresenta dificuldades para produzir acesso acolhedor, sigiloso, longitudinal e responsivo às demandas juvenis.

O que os resultados acrescentam é uma base empírica para sustentar que essa fragilidade institucional se tornou ainda mais problemática diante da mudança demográfica. A adolescência deixou de ser apenas um grupo numericamente expressivo no interior da população jovem e passou a ocupar posição específica na base etária brasileira, em um contexto no qual a infância se retraiu de forma ainda mais intensa. Portanto, a discussão sobre saúde do adolescente não pode se limitar à criação de documentos normativos; exige capacidade de transformar diretrizes em planejamento, financiamento, indicadores, cuidado territorial e coordenação das redes do SUS.

Essa invisibilidade institucional também se expressa na fragilidade dos sistemas de informação e monitoramento. Newby et al.[13], em revisão de escopo sobre indicadores de saúde do adolescente, identificaram lacunas relevantes na disponibilidade, comparabilidade e padronização das informações, sobretudo em temas como saúde mental, violência, sexualidade e saúde reprodutiva. Guthold et al.[14] propuseram áreas prioritárias para a mensuração da saúde do adolescente, articulando agravos, comportamentos e determinantes sociais. Mais recentemente, Shinde et al.[15] desenvolveram um *framework* de indicadores para contextos populacionais, especialmente útil em países de baixa e média renda, enquanto Ferguson et al.[16] ressaltaram que a seleção desses indicadores precisa ser estratégica, parcimoniosa e operacionalmente viável. No Brasil, a escassez de métricas específicas para adolescentes no âmbito da APS e de outras estratégias do SUS dificulta o acompanhamento de dimensões fundamentais como saúde mental, comportamentos de risco, violência, acesso a serviços e vulnerabilidades sociais.

A heterogeneidade observada entre as UF reforça essa interpretação. Os resultados

mostram que o Norte e parte do Nordeste ainda concentram maiores proporções de adolescentes e maiores razões de dependência jovem, enquanto o Sul e o Sudeste apresentam estruturas etárias mais envelhecidas e menores valores desses indicadores. Já a razão adolescente/criança revela um padrão parcialmente distinto, indicando que a contração da infância e a reposição relativa da adolescência não se distribuem de forma homogênea pelo território. Em termos analíticos, isso significa que não há uma única adolescência demográfica no Brasil, mas sim diferentes configurações regionais da adolescência no interior da transição populacional. Nesse contexto, a adoção de um sistema estratégico de monitoramento orientado para a implementação das políticas do SUS poderia não apenas reconhecer as demandas específicas desse grupo etário, mas também explicitar disparidades territoriais relevantes para a formulação de políticas equitativas e sensíveis às desigualdades[13-16].

Essa leitura ganha ainda mais relevância quando se considera que a adolescência contemporânea no Brasil se insere em um perfil epidemiológico e social marcado por problemas complexos, persistentes e, em muitos casos, agravados pelas desigualdades. Barbiani et al.[17], em revisão de escopo, mostraram que a atenção à saúde de adolescentes no Brasil se organiza em torno de demandas múltiplas e frequentemente fragmentadas. Marques et al.[18] evidenciaram o recrudescimento da violência contra mulheres, crianças e adolescentes em contextos de crise, inclusive durante a pandemia da covid-19. Sousa et al.[19] identificaram fatores associados ao policonsumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas entre escolares brasileiros. No campo da saúde sexual e reprodutiva, Cabral e Brandão[20] destacaram as tensões em torno da gravidez na adolescência, da iniciação sexual e das relações de gênero. Tremblay et al.[21] acrescentam que a experiência prévia de infecções sexualmente transmissíveis pode influenciar comportamentos preventivos subsequentes, o que indica a complexidade das trajetórias de risco e proteção nessa fase da vida. Em conjunto, esses estudos mostram que a adolescência não pode ser tratada apenas como faixa etária biologicamente delimitada, mas como etapa profundamente atravessada por marcadores de gênero, território, raça, escolaridade e condições materiais de existência[17-21].

Essa complexidade também se manifesta em outros agravos e necessidades que extrapolam o campo biomédico estrito. Hua et al.[22] chamam atenção para a centralidade do suicídio e do risco suicida na adolescência contemporânea, enquanto Jebeile et al.[23] destacam a obesidade infantojuvenil como problema crescente, multifatorial e fortemente relacionado a contextos sociais e comportamentais. No plano regional, Morais et al.[24] analisaram indicadores de saúde de adolescentes nos países do Mercosul e reforçaram a necessidade de instrumentos comparáveis e sensíveis às desigualdades. Em conjunto, essas evidências sugerem que a adolescência concentra vulnerabilidades específicas e demanda políticas capazes de articular prevenção, cuidado, promoção da saúde e monitoramento qualificado.

Políticas fragmentadas, baseadas apenas em ações pontuais ou agendas temáticas isoladas, tendem a ser insuficientes para responder à complexidade do universo adolescente. Caliari e Ricardi[25], ao analisarem as demandas de jovens brasileiros dirigidas à Ouvidoria-Geral do SUS, mostraram que esse grupo expressa necessidades amplas e heterogêneas, que não se deixam reduzir a um único problema de saúde. Em uma perspectiva mais ampla, Gagne[26] argumenta que as transições vividas na adolescência exigem abordagens mais integradas e menos setoriais. Por isso, a formulação de uma política nacional de saúde do adolescente não deve ser entendida como mera expansão normativa, mas como esforço de reorganização da resposta pública a necessidades que são simultaneamente sanitárias, sociais e relacionais.

Do ponto de vista programático, algumas prioridades se impõem. Raeside[27] ressalta que a promoção da saúde do adolescente, inclusive

em ambientes digitais, requer novas formas de engajamento e cuidado. Molcho et al.[28] mostram que a violência entre adolescentes permanece um tema central e persistente em diferentes contextos internacionais. Liang et al.[29] sintetizam de forma consistente a importância da saúde sexual e reprodutiva como eixo estruturante da agenda adolescente. No contexto brasileiro, Mancilha e Covic[30] destacam a necessidade de cuidado específico aos adolescentes em situação de vulnerabilidade ao uso de drogas, enquanto Tabrizi et al.[31] apontam fatores-chave associados a comportamentos promotores de saúde entre adolescentes. Assim, a ampliação do acesso a serviços de atenção psicossocial, o fortalecimento das redes de apoio em escolas e comunidades, a prevenção da violência, a promoção da saúde sexual e reprodutiva e o incentivo a estilos de vida saudáveis configuram frentes complementares de uma agenda efetivamente integral.

A literatura internacional recente também mostra que houve avanços importantes na saúde do adolescente desde 2010, com maior visibilidade política e expansão de intervenções baseadas em evidências. Beckwith, Chandra-Mouli e Blum[32], no entanto, argumentam que persistem importantes desafios para converter esse reconhecimento em sistemas de saúde efetivamente adaptados às necessidades juvenis. No caso brasileiro, Vinagre e Barros[33] mostraram que os adolescentes valorizam dimensões como sigilo, escuta qualificada, respeito à autonomia e acolhimento nos serviços de saúde. Este ponto é decisivo: não basta identificar prioridades epidemiológicas; é preciso transformar o modo de organizar a oferta, superando modelos adultocêntricos, verticalizados e pouco responsivos à experiência concreta dos jovens.

Nessa direção, a participação juvenil deve deixar de ser um princípio abstrato para tornar-se um componente operativo da política. Shinde et al.[15] e Ferguson et al.[16] já indicam que a definição de indicadores e prioridades em saúde do adolescente precisa incorporar critérios de relevância social, aplicabilidade e responsividade. Beckwith et al.[32] reforçam que os avanços recentes na agenda global de saúde do adolescente dependem de maior capacidade institucional de ouvir os próprios jovens. Em outra escala analítica, Richter et al.[34] demonstram que os regimes de bem-estar moldam de forma significativa a saúde e as desigualdades em saúde na adolescência, o que reforça a necessidade de políticas socialmente sensíveis e territorialmente responsivas. A construção, o monitoramento e a avaliação de ações dirigidas a adolescentes precisam, portanto, incorporar instâncias de escuta qualificada e protagonismo juvenil, respeitando a pluralidade das juventudes brasileiras.

Assim, os achados deste estudo sugerem que a formulação de uma agenda nacional para a saúde do adolescente deve articular três dimensões. A primeira é demográfica: a adolescência ocupa hoje uma posição distinta na estrutura etária brasileira. A segunda é epidemiológica: esse grupo concentra necessidades específicas que não podem ser absorvidas adequadamente por políticas pensadas para crianças ou adultos. A terceira é institucional: a ausência de sistemas robustos de monitoramento, de serviços acolhedores e de coordenação interfederativa favorece a reprodução de iniquidades e a persistência de respostas fragmentadas.

Em conjunto, os resultados indicam que a adolescência ocupa hoje uma posição estratégica na transição demográfica brasileira e que essa posição ainda não encontrou correspondência suficiente no desenho das políticas públicas de saúde. Mais do que um grupo intermediário entre a infância e a vida adulta, os adolescentes configuram um segmento cuja relevância demográfica, epidemiológica e social exige reconhecimento explícito no planejamento, no monitoramento e na organização das respostas do SUS. Recolocar a saúde do adolescente no centro da agenda pública significa, portanto, alinhar a política às transformações concretas da população brasileira e enfrentar, com maior precisão e equidade, as desigualdades que marcam o curso da vida no País.

Considerações finais

A transição demográfica brasileira mudou o lugar da adolescência na estrutura populacional do País, mas essa mudança ainda não foi acompanhada de uma resposta institucional à altura. Embora os adolescentes tenham perdido peso relativo na população total, a infância se retraiu ainda mais rapidamente, e a heterogeneidade entre os estados mostra que o Brasil convive com diferentes configurações demográficas e distintas necessidades de cuidado. Persistir em tratar a adolescência como tema periférico, diluído entre políticas voltadas à infância ou à vida adulta, já não corresponde à realidade do País.

Os resultados deste estudo reforçam que a saúde do adolescente precisa deixar de ocupar posição secundária na agenda pública. Isso não significa ignorar diretrizes, políticas e iniciativas já formuladas no âmbito do SUS, mas sim reconhecer que sua existência normativa ainda não foi suficiente para consolidar a adolescência como prioridade estruturante da organização do cuidado. O desafio está em transformar esses marcos em capacidade institucional efetiva: planejamento, financiamento, monitoramento, linhas de cuidado, formação profissional, escuta qualificada e respostas territorialmente sensíveis às desigualdades que marcam essa etapa da vida.

É importante reconhecer que este estudo, por basear-se em dados censitários agregados, não esgota a complexidade da condição adolescente nem permite aprofundar a análise das desigualdades intraterritoriais, raciais, de gênero ou socioeconômicas. Ainda assim, sua principal contribuição é justamente tornar visível um fato que a agenda pública já não pode ignorar: a adolescência ocupa hoje uma posição estratégica na dinâmica demográfica brasileira, e essa centralidade precisa ser convertida em prioridade política.

O desafio, portanto, não é apenas descrever uma mudança populacional. É decidir o que fazer com ela. Recolocar a saúde do adolescente no centro da agenda pública significa alinhar o SUS às transformações reais da sociedade brasileira e interromper a reprodução de desigualdades que se acumulam ao longo da vida. Adiar esse movimento não é neutralidade técnica; é uma escolha política.

Contribuições de autoria

Guimarães RM (0000-0003-1225-6719)*, Monteiro-da-Silva JHC (0000-0001-9674-3041)* e Moreira MR (0000-0003-3356-7153)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, et al. The age of adolescence. Lancet Child Adolesc Health. 2018;2(3):223-8. DOI: https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1

2. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1998 out 5 [acesso em 2025 maio 28]; Edição 191-A; Seção I:1-32. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Pnaisari: Política Nacional de Atenção Integral à Saú-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

de de Adolescentes em Conflito com a Lei: instrutivo para a implantação e implementação da Pnaisari [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 2026 set 7]. 22 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/adolescentes-em-conflito-com-a-lei/instrutivo-para-a-implantacao-e-implementacao-da-pnaisari/view

4. Silva LAN, Nunes BP, Lima JG, et al. Contextual characteristics and demand for health services among Brazilian adolescents: Brazilian National Health Survey, 2019. Cad Saúde Pública. 2023;39(12):e00070223. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XEN0723

5. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. Lancet. 2016;387(10036):2423-78. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1

6. Guimarães RM, Moreira MR, Costa NDR. Demographic dynamics and the emergency of health policies' review for the child and youth population in Brazil. Lancet Reg Health Am. 2024;32:100700. DOI: https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100700

7. George A, Jacobs T, Ved R, et al. Adolescent health in the Sustainable Development Goal era: are we aligned for multisectoral action? BMJ Glob Health. 2021;6(3):e004448. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004448

8. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24; Edição 98; Seção 1:44-6.

9. Bock AMB. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. Psicol Esc Educ. 2007;11(1):63-76. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-85572007000100007

10. Ozella S, Aguiar WMJ. Desmistificando a concepção de adolescência. Cad Pesq. 2008;38(133):97-125. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-15742008000100005

11. Damasceno SS, Nóbrega VM, Coutinho SED, et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. Ciênc saúde coletiva. 2016;21(9):2961-73. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015

12. Silva RF, Engstrom EM. Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. Interface (Botucatu). 2020;24:e190548. DOI: https://doi.org/10.1590/Interface.190548

13. Newby H, Marsh AD, Moller AB, et al. A scoping review of adolescent health indicators. J Adolesc Health. 2021;69(3):365-74. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.02.023

14. Guthold R, Moller AB, Adebayo E, et al. Priority areas for adolescent health measurement. J Adolesc Health. 2021;68(5):888-98. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.11.014

15. Shinde S, Harling G, Assefa N, et al. Counting adolescents in: the development of an adolescent health indicator framework for population-based settings. EClinicalMedicine. 2023;61:102067. DOI: https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102067

16. Ferguson BJ, Adebayo E, Bose K, et al. Addressing the need to select indicators of adolescent health: an advisory group's reflections on the journey. J Adolesc Health. 2024;74(6S):S6-S8. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.02.009

17. Barbiani R, Schaefer R, Leal SMC, et al. Atenção à saúde de adolescentes no Brasil: scoping review. Rev Latinoam Cienc Soc Ninez Juv. 2020;18(3):179-204. DOI: https://doi.org/10.11600/1692715x.18311

18. Marques ES, Moraes CL, Hasselmann MH, et al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. Cad Saúde Pública. 2020;36:e00074420. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00074420

19. Sousa MGM, Castro LC, Malta DC, et al. Fatores associados ao policonsumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019. Ciênc saúde coletiva. 2024;29(5):e06882023. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232024295.06882023

20. Cabral CS, Brandão ER. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. Cad Saúde Pública. 2020;36(8):e00029420. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00029420

21. Tremblay F, Courtemanche Y, Bélanger RE, et al. A systematic review of the association between history of sexually transmitted infections and subsequent condom use in adolescents. BMC Public Health. 2024;24(1):1000. DOI: https://doi.org/10.1186/s12889-024-18471-4

22. Hua LL, Lee J, Rahmandar MH, et al. Suicide and suicide risk in adolescents. Pediatrics. 2024;153(1):e2023064800. DOI: https://doi.org/10.1542/peds.2023-064800

23. Jebeile H, Kelly AS, O'Malley G, et al. Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management. Lancet Diabetes Endocrinol. 2022;10(5):351-65. DOI: https://doi.org/10.1016/S2213-8587(22)00047-8

24. Morais ÉAH, Silva AG, Souza JB, et al. Indicadores de saúde dos adolescentes nos países do Mercosul: análise dos dados de inquéritos escolares. Saúde Debate. 2024;48(143):e9366. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042024E9366

25. Caliari RV, Ricardi LM. Demandas de saúde dos jovens brasileiros: perfil e manifestações da população de 15 a 29 anos à Ouvidoria-Geral do SUS (2014-2018). Saúde Debate. 2022;46(Esp 4):44-59. Available from: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E403

26. Gagne T. What have we learned on adolescent transitions? Int J Public Health. 2019;64:147-8. DOI: https://doi.org/10.1007/s00038-019-01229-3

27. Raeside R. Advancing adolescent health promotion in the digital era. Health Promot Int. 2025;40(2):daae172. DOI: https://doi.org/10.1093/heapro/daae172

28. Molcho M, Walsh SD, King N, et al. Trends in indicators of violence among adolescents in Europe and North America 1994–2022. Int J Public Health. 2025;70:1607654. DOI: https://doi.org/10.3389/ijph.2025.1607654

29. Liang M, Simelane S, Fortuny Fillo G. The state of adolescent sexual and reproductive health. J Adolesc Health. 2019;65:S3-S15. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.09.001

30. Mancilha GB, Covic AN. Cuidado em saúde ao adolescente em vulnerabilidade ao uso de drogas. Saúde Debate. 2024;48(140):e8516. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042024E8516

31. Tabrizi JS, Doshmangir L, Khoshmaram N, et al. Key factors affecting health-promoting behaviors among adolescents: a scoping review. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):58. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-024-10538-5

32. Beckwith S, Chandra-Mouli V, Blum RW. Trends in adolescent health: successes and challenges from 2010 to the present. J Adolesc Health. 2024;75(4S):S9-S19. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.08.002

33. Vinagre MG, Barros L. Preferências dos adolescentes sobre os cuidados de saúde. Ciênc saúde coletiva. 2019;24:1627-36. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04342017

34. Richter M, Pförtner TK, et al. Welfare state regimes, health and health inequalities in adolescence: a multilevel study in 32 countries. Sociol Health Illn. 2012;34(6):858-79. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01478.x

Recebido em 06/03/2026
Aprovado em 29/06/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão disponíveis em repositório de dados (https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/lista_tema.aspx?op=0&no=10)
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7877904356698023 – Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3152-1362 – e-mail: marialuciarizzotto@gmail.com