

Direito de adolescentes à contracepção sem autorização dos responsáveis

Sebastião Junior Henrique Duarte ¹
 <https://orcid.org/0000-0003-3161-9669>

Victoria Eduarda Terra ⁴
 <https://orcid.org/0009-0007-3063-6420>

Maria Eduarda Richter Kanitz ²
 <https://orcid.org/0009-0006-9895-2633>

Victor Vieira de Freitas ⁵
 <https://orcid.org/0009-0001-3671-027X>

Rayssa de Oliveira Nunes ³
 <https://orcid.org/0009-0005-7146-8924>

Rodrigo Freitas Oliva ⁶
 <https://orcid.org/0009-0003-2683-7386>

¹⁻⁶ Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Av. Costa e Silva, 24. Cidade Universitária. Caixa Postal 549. CEP: 79.070-900. Campo Grande, MS, Brasil. E-mail: sebastiao.duarte@ufms.br

Resumo

Objetivos: discutir em que medida os profissionais de saúde consideram o direito de adolescentes ao acesso a métodos contraceptivos sem a obrigatoriedade da presença e/ou autorização dos responsáveis.

Métodos: ensaio teórico-reflexivo fundamentado em revisão narrativa de literatura científica, documentos normativos e referenciais bioéticos relacionados à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, resultante de um Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. São analisadas situações geradoras de controvérsias éticas, morais e legais que aumentam vulnerabilidades sociais e de saúde.

Resultados: a reflexão baseia-se nos princípios da ética profissional e da bioética, assim como nos direitos sexuais e reprodutivos garantidos em normativas nacionais voltadas à atenção integral à saúde do adolescente. Parte-se da premissa de que o consentimento parental irrestrito pode representar limitação de acesso aos métodos contraceptivos, ampliando o risco de gestações precoces. A partir dessas evidências, enfatizam-se o acolhimento, a escuta qualificada, o cumprimento do sigilo profissional, a confidencialidade e a capacidade de discernimento do adolescente como elementos determinantes à assistência centrada na pessoa.

Conclusão: a atuação dos profissionais deve ser pautada em evidências científicas e guiada por normativas legais, de modo a equilibrar os direitos dessa população com a prática assistencial.

Palavras-chave Saúde do adolescente, Anticoncepção, Confidencialidade, Autonomia pessoal, Direitos sexuais e reprodutivos



Introdução

Conforme preconiza a Lei nº 8.069/1990,¹ a adolescência compreende a fase transicional dos 12 aos 18 anos de idade, caracterizando-se por intensas transformações biopsicossociais. Nesse período, parte desse público também vivencia o início da atividade sexual, o que acarreta desdobramentos para a saúde pública e requer políticas de promoção da saúde focadas na prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e da gestação precoce.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) demonstrou que a sexarca prevalece nessa população, embora em trajetória de redução. O percentual de estudantes de 13 a 17 anos que declararam já ter tido relação sexual diminuiu de 35,4% em 2019 para 30,4% em 2024. Todavia, entre os jovens sexualmente ativos, a taxa de iniciação precoce (aos 13 anos ou menos) manteve-se elevada a estável, registrando 36,6% em 2019 e 36,8% em 2024.^{2,3}

Estudo realizado na base de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), englobando mais de 98% dos municípios brasileiros, revelou que, dos cerca de 8 milhões de partos ocorridos no período de 2020 a 2022, aproximadamente 13% foram de mulheres com idade entre 10 e 19 anos.⁴

Essa conjuntura representa um grave problema de saúde pública, haja vista os riscos à integridade da gestante e do bebê, como as complicações obstétricas. Entre elas, chamam a atenção as síndromes hipertensivas, a restrição de crescimento intrauterino e o parto prematuro, condições que elevam os índices de morbidade e mortalidade materna e infantil. Além disso, a gravidez não planejada provoca impactos sociais, econômicos, emocionais e educacionais que afetam a trajetória de vida dessas jovens e de suas famílias.⁵

Visando à prevenção da gestação nessa fase, o Ministério da Saúde⁶ ampliou a oferta de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC) pelo Sistema Único de Saúde (SUS), entre os quais se destacam o dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu), o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) e o implante subdérmico de etonogestrel. Esses métodos diferem quanto ao mecanismo de ação, duração, perfil de sangramento e elegibilidade clínica, mas compartilham elevadas taxas de efetividade e continuidade de uso, sendo considerados estratégias relevantes para a prevenção da gravidez não planejada na adolescência.

No entanto, a experiência dos autores em atividades de ensino, pesquisa, extensão e apoio matricial a equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) tem revelado a persistência de obstáculos assistenciais e institucionais ao acesso de adolescentes a métodos contraceptivos reversíveis de longa duração.

Entre os entraves mais frequentemente observados destacam-se a escassez de profissionais qualificados para o manejo desses métodos, a insegurança quanto aos limites da autonomia progressiva, as dúvidas relacionadas à confidencialidade do atendimento e o desconhecimento dos marcos ético-legais que asseguram o atendimento de adolescentes sem a obrigatoriedade da presença e/ou autorização dos responsáveis.

Diante dessa realidade, os autores desenvolvem projetos de ensino, capacitação e educação permanente voltados à qualificação de profissionais da APS para o aconselhamento contraceptivo e o manejo dos LARC, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e promover uma assistência alinhada aos princípios da integralidade, da autonomia e dos direitos sexuais e reprodutivos.

Em que pese a relevância da preocupação com a assistência segura, como constatado no cotidiano, não se deve presumir a incapacidade biopsicossocial do adolescente, sob o risco de reduzir sua autonomia por meio da exigência irrestrita de consentimento dos responsáveis, sem levar em consideração a maturidade progressiva inerente à faixa etária.

Argumenta-se que, embora haja um arcabouço normativo que assegure direitos como a confidencialidade, o consentimento informado e a autonomia progressiva, a prática assistencial é, por vezes, permeada por insegurança profissional e influências morais que, além de limitarem o acesso de adolescentes aos métodos contraceptivos, ferem prerrogativas legais e contribuem para o aumento de gestações não planejadas e suas consequências.

Por conseguinte, este artigo tem por objetivo discutir em que medida os profissionais de saúde consideram o direito de adolescentes ao acesso a métodos contraceptivos sem a obrigatoriedade da presença e/ou autorização dos responsáveis. Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo fundamentado em revisão narrativa de literatura científica, documentos normativos e referenciais bioéticos relacionados à saúde sexual e reprodutiva de jovens.

O presente artigo organiza-se em tópicos temáticos a fim de explicitar, de forma concisa e sistematizada, os principais eixos argumentativos que conduzem a discussão. Essa organização visa facilitar a compreensão do leitor ao permitir a identificação das ideias centrais, bem como a articulação entre os diferentes aspectos abordados, sem, contudo, esgotar o tema.

As reflexões apresentadas são influenciadas pela trajetória acadêmica e profissional dos autores no campo da saúde coletiva, da saúde da mulher e da saúde do adolescente. Essa perspectiva resulta da atuação em atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas em universidade pública, incluindo a formação de profissionais da APS para o cuidado em saúde sexual e

reprodutiva, o aconselhamento contraceptivo e a oferta de LARC.

Soma-se a essa experiência a participação em estudos sobre saúde do adolescente, saúde reprodutiva e vulnerabilidades associadas ao exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Nesse contexto, este manuscrito reflete tanto a análise normativa e científica da literatura quanto o diálogo contínuo com profissionais da área que enfrentam, no cotidiano assistencial, desafios atinentes à autonomia progressiva e ao acesso de jovens à contracepção.

Contracepção na adolescência: desafios e oportunidades

A contracepção na adolescência é um componente indispensável da saúde sexual e reprodutiva, pois atua diretamente na prevenção de gestações não planejadas e de IST, ao mesmo tempo em que favorece a autonomia e o exercício responsável da sexualidade.

Todavia, a garantia desse direito exige mais do que a disponibilização de métodos contraceptivos. Sua concretização pressupõe uma abordagem assistencial pautada no acolhimento e na ausência de julgamentos morais, que assegure a esse público a tomada de decisão informada sobre sua saúde reprodutiva. Sob essa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS) consolida-se como uma rede de suporte imprescindível na redução de vulnerabilidades, na promoção da equidade e na garantia de direitos.

Entre as alternativas disponíveis na APS, os LARC apresentam maiores taxas de continuidade e satisfação. Entretanto, equívocos, desinformação e barreiras institucionais ainda limitam seu uso.⁷

A ampliação do seu acesso depende de um aconselhamento qualificado, centrado na pessoa, baseado em evidências e capaz de abordar a segurança, a reversibilidade e os benefícios dessas tecnologias.⁸ Nessa direção, serviços de saúde sensíveis às especificidades do adolescente, que garantam confidencialidade e acolhimento, são meios para potencializar a adesão e mitigar desigualdades.⁹

Apesar de os LARCS integrarem os insumos do SUS, persistem desafios relacionados ao estigma, ao desconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos e às fragilidades na organização dos serviços. Essa realidade demonstra que a oferta isolada de contraceptivos é insuficiente para garantir escolhas informadas, tornando necessária a remoção de barreiras institucionais que limitem a autonomia reprodutiva das adolescentes.

A superação desses entraves é legitimada pelos princípios do SUS previstos na Lei nº 8.080/1990, especialmente no que concerne à universalidade do acesso, à integralidade da assistência e à preservação da autonomia das pessoas. Assim, exigências administrativas

ou condicionantes sem amparo legal não devem restringir o acesso de adolescentes às ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde sexual e reprodutiva. A efetivação desse direito implica a articulação entre informação, aconselhamento e oferta de métodos contraceptivos de forma oportuna, equitativa e sem discriminação.¹⁰

No entanto, essa garantia legal ainda contrasta com o cotidiano dos serviços. A experiência dos autores em atividades de integração ensino-serviço evidencia que controvérsias referentes à confidencialidade, à participação dos responsáveis e ao acesso de adolescentes aos métodos contraceptivos permanecem recorrentes na APS, perpassando agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos. Esse cenário denota lacunas na transposição dos marcos ético-legais para a prática assistencial, contribuindo para a manutenção de barreiras ao pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos nessa etapa da vida.

Marco ético-legal e direito à confidencialidade

Em nível nacional, o Estatuto da Criança e do Adolescente assegura direitos fundamentais como a dignidade, a privacidade, o sigilo e o consentimento informado,¹ os quais se estendem à atenção em saúde sexual e reprodutiva. Sob esse viés, o poder familiar não é absoluto e deve ser exercido em consonância com as prerrogativas individuais do adolescente, resguardadas no artigo 227 da Constituição Federal.¹¹

A confidencialidade estabelece-se como condição indissociável dessa assistência, viabilizando a proteção dos dados e vedando sua divulgação sem a devida autorização. Tal premissa ampara-se nos princípios bioéticos da autonomia, da beneficência e da não maleficência, além de ser reconhecida por órgãos reguladores, a exemplo do Conselho Federal de Medicina (CFM).¹²

A partir da preservação do sigilo, constrói-se o vínculo terapêutico necessário para a inserção dessa população nos serviços de saúde, aumentando a procura por atendimento, favorecendo o diálogo sobre sexualidade e expandindo o acesso a métodos contraceptivos.

Ressalta-se, portanto, a relevância de fortalecer estratégias como o aconselhamento qualificado e a ampliação do acesso aos métodos reversíveis de longa duração. Em contrapartida, sua ausência atua como fator de afastamento, reforçando vulnerabilidades.

É fundamental que o compromisso com o sigilo seja explicitado durante a consulta, inclusive em contextos de telemedicina,¹³ modalidade que vem aumentando os cuidados em saúde sexual e reprodutiva, sobretudo em territórios vulneráveis.

Nesse sentido, é preciso pontuar os critérios ético-legais que balizam as exceções à guarda do sigilo.^{14,15} Embora a confidencialidade seja elemento primordial

da assistência, o sigilo profissional não possui caráter absoluto. O próprio Código de Ética Médica admite sua flexibilização em situações previstas em lei ou diante de risco iminente ao paciente ou a terceiros.¹² Nesses casos, o compartilhamento de informações deve ocorrer de modo proporcional, restrito ao necessário e orientado pelas normativas da proteção integral.

Diretrizes nacionais e pareceres técnicos ratificam que o atendimento a adolescentes pode ser realizado sem a presença de responsáveis, inclusive para a prescrição de métodos contraceptivos, desde que respeitados os critérios clínicos e legais.^{1,4,16} Esse entendimento fortalece a autonomia progressiva e a tomada de decisão informada.

Com base nessa conjuntura, os autores compreendem que a imposição de exigências não previstas nos marcos normativos, como a obrigatoriedade de consentimento parental para acesso a LARCs, pode configurar barreira indevida ao exercício dos direitos sexuais e reprodutivos na adolescência.

Essa obstrução institucional caminha na contramão das diretrizes vigentes, tornando-se particularmente contraditória diante da incorporação e da difusão desses métodos pelo Ministério da Saúde como estratégias efetivas de ampliação do acesso à contracepção no SUS. A esse respeito, restrições motivadas por interpretações pessoais, valores morais ou insegurança profissional tendem a comprometer a equidade do cuidado e a limitar a efetivação de direitos já reconhecidos nas políticas públicas de saúde.

Para superar essa conduta subjetiva e fundamentar a prática assistencial, o arcabouço ético-médico oferece subsídios relevantes, como é o caso da Resolução CFM nº 2.232/2019¹⁷ que, ao disciplinar a recusa terapêutica e a autonomia do paciente, reforça a centralidade da capacidade de compreensão e manifestação de vontade na tomada de decisões em saúde. Embora não trate especificamente da contracepção na adolescência, a norma contribui para a interpretação segundo a qual a avaliação da competência decisória deve considerar o discernimento individual e não somente critérios etários, oferecendo maior respaldo ético à análise contextualizada da autonomia progressiva.

Contudo, a autonomia do adolescente não deve ser confundida com a capacidade civil plena. Tendo em vista que a maturidade para escolhas não depende exclusivamente da idade cronológica, a avaliação do discernimento e da capacidade decisória deve ser conduzida de forma contextualizada, proporcional e individualizada.¹⁸

Autonomia progressiva, poder familiar e tensões ético-jurídicas na assistência contraceptiva a adolescentes

A discussão acerca do acesso de adolescentes aos métodos contraceptivos sem a autorização dos responsáveis demanda

o reconhecimento de que existem fundamentos jurídicos e éticos legítimos em ambas as posições do debate. Embora o ordenamento brasileiro reconheça direitos relacionados à privacidade, à confidencialidade e à participação do adolescente nas decisões em saúde, também atribui aos pais ou responsáveis deveres legais de proteção, cuidado e orientação dos filhos menores de idade.^{1,11,19}

O principal fundamento jurídico da participação familiar encontra-se no instituto do poder familiar, disciplinado pelo Código Civil brasileiro artigos 1.630 e seguintes. Nos termos da legislação, compete aos pais dirigir a criação e a educação dos filhos menores, representá-los ou assisti-los nos atos da vida civil e zelar por sua proteção integral.¹⁹

Em vista disso, parcela da doutrina e de profissionais de saúde sustenta que decisões relacionadas à sexualidade e à saúde reprodutiva deveriam, preferencialmente, ocorrer com a participação dos responsáveis, considerando o dever jurídico de cuidado e a proteção contra situações potencialmente prejudiciais ao desenvolvimento do adolescente.^{11,19}

Além do fundamento legal, argumentos de natureza ética e psicossocial são frequentemente mobilizados em favor da participação parental. Defende-se que adolescentes se encontram em processo de amadurecimento cognitivo, emocional e social, circunstância que poderia limitar sua capacidade de avaliar integralmente riscos, benefícios e consequências de determinadas escolhas. Nessa linha argumentativa, a presença dos responsáveis seria capaz de fortalecer o suporte afetivo, ampliar a proteção contra situações de vulnerabilidade e favorecer decisões compartilhadas consideradas mais seguras.¹⁶

Esses argumentos merecem consideração, sobretudo porque a proteção integral constitui princípio estruturante das políticas voltadas à infância e à adolescência. Entretanto, a interpretação contemporânea dos direitos da criança e do adolescente afasta a compreensão de que o poder familiar possua caráter absoluto. A Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente e os instrumentos internacionais de direitos humanos reconhecem crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, titulares de dignidade, privacidade e participação progressiva nas decisões que afetam suas vidas.^{1,11,20}

Nesse contexto, a Convenção sobre os Direitos da Criança estabelece, em seu artigo 12, que crianças e adolescentes capazes de formar seus próprios pontos de vista têm o direito de expressá-los livremente em todos os assuntos que lhes digam respeito, devendo suas opiniões receber o devido peso de acordo com sua idade e maturidade. Esse princípio foi posteriormente aprofundado pelo Comitê dos Direitos da Criança das Nações Unidas, especialmente por meio do Comentário Geral nº 4 e do Comentário Geral nº 20, que consolidam o conceito de

capacidades evolutivas e reconhecem a adolescência como etapa de progressiva aquisição de competências para participação autônoma nas decisões relacionadas à própria saúde.^{20,21,22}

Sob essa perspectiva, a autonomia progressiva não representa negação do papel da família, mas reconhecimento de que a proteção integral também envolve o respeito crescente à capacidade decisória do adolescente. Nos termos do artigo 12 da Convenção sobre os Direitos da Criança, a opinião da criança e do adolescente deve ser considerada de acordo com sua idade e maturidade.

No campo da saúde sexual e reprodutiva, a exigência irrestrita de autorização parental pode produzir consequências indesejadas. Preocupações relacionadas à quebra de confidencialidade figuram entre os principais fatores que afastam adolescentes dos serviços de saúde, reduzindo a procura por aconselhamento, prevenção de ISTs e métodos contraceptivos.²³

Em determinadas circunstâncias, a obrigatoriedade de participação dos responsáveis pode resultar justamente no efeito oposto ao pretendido pela proteção familiar, ampliando vulnerabilidades e dificultando o acesso oportuno ao cuidado.

Diante dessa tensão, a solução não parece residir nem na prevalência absoluta do poder familiar nem na adoção de uma concepção irrestrita de autonomia individual. A literatura bioética e as diretrizes profissionais convergem para a necessidade de avaliações contextualizadas, capazes de considerar simultaneamente os direitos do adolescente, os deveres protetivos da família e as particularidades de cada situação clínica.^{16,23,24}

Sob esse enfoque, a resolução de conflitos entre proteção integral e autonomia progressiva deve fundamentar-se em critérios objetivos e individualizados. Entre eles destacam-se a capacidade de compreensão das informações fornecidas, a coerência e estabilidade da decisão manifestada, a voluntariedade da escolha, a ausência de indícios de violência, coerção ou exploração sexual, bem como a natureza e os riscos envolvidos na intervenção proposta.^{16,21,24}

A participação dos responsáveis deve ser estimulada sempre que possível e compatível com os interesses do adolescente, mas sua ausência não deve constituir impedimento automático para o acesso a métodos contraceptivos quando houver discernimento suficiente para tomada de decisão informada.²⁵

Por outro lado, situações envolvendo suspeita de violência sexual, exploração, sofrimento psíquico grave, comprometimento da capacidade decisória ou risco relevante à integridade física e emocional justificam maior intervenção protetiva e eventual flexibilização da confidencialidade, observadas as disposições legais e éticas aplicáveis. Nessas circunstâncias, a atuação

articulada com a rede de proteção torna-se indispensável para assegurar o melhor interesse do adolescente.^{1,18}

Assim, a análise da assistência contraceptiva na adolescência exige reconhecer que autonomia e proteção não constituem princípios antagônicos, mas dimensões complementares do cuidado integral.

A efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos depende justamente da capacidade dos profissionais de saúde de equilibrar essas dimensões por meio de decisões proporcionais, fundamentadas em evidências científicas, normativas vigentes e avaliação individualizada das necessidades de cada adolescente.

Adolescentes na faixa etária dos 12 aos 14 anos

No Brasil, a assistência contraceptiva a adolescentes desacompanhados é respaldada por normas éticas e técnicas, estendendo-se inclusive aos menores de 14 anos, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde,⁶ do Conselho Federal de Medicina (CFM)¹² e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).¹⁶ Porém, a conduta profissional deve observar as disposições do Código Penal brasileiro relativas aos crimes contra a dignidade sexual.¹⁴

A Lei nº 12.015/2009, que introduziu o artigo 217-A no Código Penal,²⁶ criminaliza a prática de ato sexual ou libidinoso com menores de 14 anos, independentemente do consentimento e/ou da existência de vínculo afetivo.¹⁴ Esse entendimento encontra-se consolidado na jurisprudência nacional por meio da Súmula 593 do Superior Tribunal de Justiça,²⁷ segundo a qual o crime de estupro de vulnerável configura-se independentemente do consentimento da vítima, de sua experiência sexual anterior ou da existência de relacionamento afetivo com o agente. Dessa forma, todo contato sexual com menores de 14 anos é juridicamente caracterizado como estupro de vulnerável e requer análise pormenorizada para a adoção das condutas assistenciais e protetivas cabíveis.

Dessa forma, demandas contraceptivas envolvendo adolescentes nessa idade exigem cautela e investigação minuciosa de possíveis contextos de violência, exploração ou vulnerabilidade, além da observância do dever de notificação compulsória e do imediato acionamento da rede de proteção, quando pertinente.^{14,15}

A necessidade desse rigor investigativo sustenta-se em evidências epidemiológicas contundentes, como os dados da PeNSE 2019, os quais revelam que 14,6% dos escolares de 13 a 17 anos já haviam sofrido algum tipo de violência sexual ao longo da vida, percentual que alcançou 20,1% entre as meninas. Além disso, 6,3% dos estudantes relataram ter sido obrigados a manter relação sexual contra a própria vontade, proporção que atingiu 8,8% no público feminino.²

Essa realidade de vulnerabilidade infanto-juvenil delineada nas escolas reverbera nos dados oficiais de

saúde. Os registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e os boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde mostram que adolescentes figuram entre os principais grupos atingidos pela violência sexual no Brasil.²⁸ Essa consonância de indicadores corrobora a necessidade de que as equipes de saúde sejam capacitadas para diferenciar situações de exercício autônomo da sexualidade daquelas marcadas por violência, coerção, exploração sexual ou estupro de vulnerável.²⁹

Esse panorama produz tensões éticas e jurídicas para os profissionais de saúde.³⁰ De um lado, há a preocupação do cuidado com a saúde; de outro, a responsabilidade de adotar as medidas legais, entre elas a notificação aos órgãos de controle, como o Conselho Tutelar e a delegacia de proteção à criança e ao adolescente.

As entidades de saúde recomendam o acesso à assistência de forma ética, segura e integral. Mesmo que seja desejável a presença dos responsáveis no atendimento ao adolescente, a prescrição de métodos contraceptivos não configura ato ilícito. Essa conduta é legítima desde que a jovem apresente capacidade de discernimento, após criteriosa avaliação clínica e psicossocial, e o profissional observe os protocolos de proteção integral e a adoção de medidas protetivas quando necessário, com o registro completo das condutas no prontuário.^{23,24}

Ressalta-se que o exercício do poder familiar, previsto no Código Civil, deve coexistir com os direitos fundamentais do adolescente à privacidade, à dignidade e à autonomia progressiva. Com base nesse entendimento, estabelece-se uma tensão legítima entre o princípio da proteção integral e a autonomia decisória, cuja resolução pressupõe uma análise individualizada e o emprego da proporcionalidade.^{1,11,19}

A exigência irrestrita de consentimento parental pode afastar os adolescentes dos serviços de saúde e ampliar vulnerabilidades, não obstante existam posicionamentos que defendam maior centralidade da autorização dos responsáveis. Diante disso, resguardar a confidencialidade em circunstâncias específicas constitui uma medida necessária para garantir o acolhimento, o vínculo terapêutico e a prevenção da gravidez precoce.^{23,31}

Distância entre norma e prática: barreiras persistentes

Apesar do respaldo normativo, existe uma evidente lacuna entre as recomendações institucionais e a realidade clínica. No contexto assistencial, esse distanciamento começa na percepção de muitos jovens, que não confiam plenamente na manutenção do sigilo profissional, o que inibe a procura pelos serviços e limita o acesso ao aconselhamento adequado.

Essa desconfiança se soma à insegurança das equipes, que relatam dúvidas quanto aos limites legais para atender menores desacompanhados. Esse cenário de

falta de protocolos institucionais claros e influência de valores morais e culturais resulta em práticas restritivas que colaboram para a manutenção de barreiras no acesso à contracepção.^{22,29}

À luz dessas constatações, indica-se a consulta aos atos normativos dos conselhos de classe (resoluções, pareceres e recomendações técnicas), instrumentos que conferem respaldo ético e legal à assistência. Caso subsista o impasse, é pertinente recorrer a órgãos reguladores e de proteção, a exemplo da Promotoria da Infância e da Adolescência e do Ministério Público, os quais podem fornecer orientações para subsidiar uma tomada de decisão.

Quando a norma não se traduz em assistência segura, a consequência pode ser a subutilização de métodos eficazes para a anticoncepção ou o uso incorreto por desinformação, acentuando a vulnerabilidade a desfechos adversos.

A redução das iniquidades em saúde reprodutiva requer, portanto, aproximar a norma da prática mediante investimentos em abordagens intersetoriais, na capacitação profissional e na organização dos serviços.³²

Nessa perspectiva, recomenda-se o estudo das normativas dos conselhos de classe, do Ministério da Saúde¹⁵ e de entidades como a Sociedade Brasileira de Pediatria,¹⁶ a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)^{25,33} entre outras.

Essa recomendação formativa mostra-se primordial tendo em vista a experiência dos autores em atividades de capacitação de profissionais da APS e de serviços voltados à saúde sexual e reprodutiva, a qual indica que dúvidas sobre a obrigatoriedade de autorização parental figuram entre os questionamentos mais constantes apresentados pelas equipes.

Observa-se que a insegurança quanto à interpretação das normas éticas e legais, associada à ausência de protocolos institucionais claros, frequentemente resulta em condutas mais restritivas do que aquelas previstas nos marcos regulatórios vigentes. Embora essas observações não possuam caráter representativo, ilustram desafios concretos enfrentados na implementação das diretrizes de atenção integral à saúde de adolescentes.

Implicações para a prática e políticas públicas

A promoção da saúde sexual e reprodutiva na adolescência requer intervenções articuladas em diferentes níveis de atenção e gestão. No plano estrutural, enfatiza-se a necessidade de fortalecer ações intersetoriais entre saúde, educação e assistência social, reconhecendo que a prevenção da gravidez não planejada e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos ultrapassam os limites da atenção clínica individual.³²

Frente a esse contexto, a oferta de educação sexual baseada em evidências, associada ao acesso oportuno

a informações e métodos contraceptivos, constitui estratégia essencial para a redução de vulnerabilidades e desigualdades em saúde.^{15,34}

No âmbito dos serviços de saúde, a implementação das diretrizes existentes depende da qualificação permanente das equipes para o manejo das questões éticas, legais e clínicas referentes ao atendimento de jovens. A formação profissional deve contemplar aspectos como confidencialidade, consentimento informado, autonomia progressiva, comunicação centrada no adolescente e identificação de situações de violência ou vulnerabilidades sociais e reprodutivas.^{34,35,36}

Do mesmo modo, torna-se necessário que os serviços desenvolvam protocolos assistenciais claros e institucionalmente respaldados, capazes de orientar a tomada de decisão em situações que envolvam conflitos entre proteção e autonomia. A definição de fluxos assistenciais, a garantia de ambientes acolhedores e a redução de barreiras administrativas podem contribuir para maior segurança dos profissionais e ampliação do acesso dos adolescentes ao cuidado em saúde sexual e reprodutiva.³⁵

Especial atenção deve ser direcionada à organização da APS, por sua posição estratégica como porta de entrada preferencial do SUS. A ampliação da capacidade dos serviços para ofertar aconselhamento contraceptivo qualificado, incluindo LARCs quando indicados, pode favorecer a materialização dos direitos reprodutivos e a construção de trajetórias de cuidado mais equitativas.^{32,35}

Por fim, o desenvolvimento de pesquisas que investiguem as percepções de adolescentes, familiares e profissionais de saúde acerca da confidencialidade, da participação parental e da autonomia decisória poderá contribuir para o aprimoramento das políticas públicas e para a produção de evidências capazes de subsidiar práticas assistenciais mais alinhadas às necessidades desse grupo populacional.

Considerações finais

Adolescentes brasileiros podem acessar métodos contraceptivos sem a autorização parental em situações específicas. O direito ao sigilo, ao consentimento informado e à tomada de decisão autônoma é assegurado desde que a jovem apresente capacidade de compreensão adequada, observados os critérios clínicos e os direitos do paciente.

Contudo, essa prerrogativa legal enfrenta limitações na prática dos serviços de saúde. Barreiras institucionais, culturais e assistenciais, como a exigência implícita de consentimento parental, a insegurança dos profissionais quanto à legislação vigente e a ausência de protocolos claros, dificultam o acesso regular à contracepção e acentuam a vulnerabilidade a desfechos negativos em saúde sexual e reprodutiva.

Diante disso, torna-se necessário fortalecer a formação ética e legal dos profissionais de saúde e implementar protocolos assistenciais que garantam acolhimento, confidencialidade e respeito à autonomia desse público. A efetivação da autonomia reprodutiva é fundamental para a promoção da saúde e para a qualificação do cuidado integral, em consonância com os princípios do SUS.

Nesse processo, as equipes de saúde têm um papel relevante na ampliação do acesso aos métodos contraceptivos, devendo oferecer um aconselhamento centrado no paciente e livre de estigma. A salvaguarda da confidencialidade revela-se, portanto, um componente indissociável da prática clínica, sendo relacionada ao aumento da busca por serviços de planejamento familiar por parte dos jovens.

Por fim, a educação sexual e as ações integradas entre diferentes setores são necessárias para atenuar os efeitos das lacunas no uso de contraceptivos e reduzir as taxas de gravidez precoce. Essa abordagem ampliada resguarda direitos e fortalece a capacidade do adolescente de participar ativamente das decisões sobre seu próprio corpo e futuro.

Contribuição dos autores

Duarte SH: conceptualização, metodologia, gestão do projeto, supervisão, redação – rascunho original, redação – revisão e edição.

Kanitz MER, Nunes RO e Terra VE: gestão de dados, investigação, visualização, redação – rascunho original.

Freitas VV e Oliva RF: gestão de dados, investigação, visualização, redação – rascunho original, redação – revisão e edição.

Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesse.

Disponibilidade de dados

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

Referências

1. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília (DF) DOU 16 de julho de 1990. [acesso em 2026 Mai 15]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019: análise dos indicadores de saúde dos escolares brasileiros. Rio de Janeiro: IBGE; 2021. [acesso em 2026 Jun 3]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101852.pdf>

3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). PeNSE 2024: adolescentes estão adiando a iniciação sexual. Rio de Janeiro: IBGE; 2025. [acesso em 2026 Jun 15]. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/materias-especiais/23245-pense-2024-adolescentes-estao-adiando-a-iniciacao-sexual.html>
4. Barros AJD, Blumenberg C, Costa JC, Ruas LPV, Lima NP, Wehrmeister FC, et al. Maternity in adolescence in Brazil: high fertility rates and stark inequalities across municipalities and regions. *Cad Saúde Pública*. 2026; 42: e00057625. doi: 10.1590/0102-311XEN057625.
5. Assis TSC, Martinelli KG, Gama SGN, Santos Neto ET. Pregnancy in adolescence in Brazil: associated factors with maternal age. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2021; 21 (4): 1055-64. doi: 10.1590/1806-93042021000400006.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Portaria SECTICS/MS n. 48, de 08 de julho de 2025. Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o implante contraceptivo subdérmico de etonogestrel para adolescentes de 14 a 17 anos. Brasília (DF): DOU 9 de julho de 2025. [acesso em 2026 Mai 3]. Disponível em: <https://cosemsba.org.br/portarias/portaria-sectics-ms-no-48-de-8-de-julho-de-2025/>
7. Azevedo AEI, Goldberg TBL, Lourenço B, Bonetto DVS, Reato LFN, Hagel LD, et al. Atualização sobre métodos efetivos de contracepção na adolescência: guia prático de atualização. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2023. 17 p. [acesso em 2026 Mai 3]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24200f-GPA_ISBN-_Atualiza_MetodosEfetivos_Contracepcao_Adl.pdf
8. Scavuzzi A, Souza ASR, Amorim MMR. Continued compliance and degree of satisfaction in nulligravida and parous women with intrauterine contraceptive devices. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2016; 38 (3): 132-9. doi:10.1055/s-0036-1580709.
9. Maranhão. Secretaria de Estado da Saúde. Guia para implantação dos serviços amigáveis para adolescentes na atenção primária em saúde no Estado do Maranhão. São Luís (MA): Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão; 2024. 10 p. [acesso em 2026 Abr 22]. Disponível em: [GUIA__coordasca__SERVICOS_AMIGAVEIS_APS._revisado._1_.pdf](#)
10. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF): DOU. 20 de setembro de 1990. [acesso em 2026 Jun 3]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8080.htm
11. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988. Art. 227. [acesso em 2026 Mai 5]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
12. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília (DF): DOU 1 de novembro de 2018. [acesso em 2026 Mai 15]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>
13. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 2.314, de 20 de abril de 2022. Define e regulamenta a telemedicina no Brasil. Brasília (DF): DOU 5 de maio de 2022. [acesso em 2026 Mai 15]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2314>
14. Brasil. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848/1940 (Código Penal) e dispõe sobre os crimes contra a dignidade sexual. Brasília (DF): DOU 10 de agosto de 2009. [acesso em 2026 Mai 17]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/12015.htm
15. Ministério da Saúde (BR). Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2026 Abr 24]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_saude_adolescentes_atencao_basica_2ed.pdf
16. Sociedade Brasileira de Pediatria; Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Adolescência, contracepção e ética – diretrizes. São Paulo (SP): SBP/FEBRASGO; 2005. [acesso em 2026 Mai 10]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/adolescencia_contra_etica_diretrizes.pdf
17. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 2.232, de 17 de julho de 2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Brasília (DF) DOU 17 de julho de 2019. [acesso em 2026 Jun 7]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232>
18. Brasil. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Brasília (DF): DOU 5 de abril de 2017. [acesso em 2026 Mai 15]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/13431.htm
19. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Brasília (DF): DOU 11 de janeiro de 2002.

- [acesso em 2026 Mai 9]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm
20. United Nations. Convention on the Rights of the Child. New York: United Nations; 1989. [acesso em 2026 Jun 3]. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
 21. United Nations Committee on the Rights of the Child. General Comment N° 4 (2003): Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child. Geneva: United Nations; 2003. [acesso em 2026 Jun 3]. Disponível em: <https://www.refworld.org/docid/4538834f0.html>
 22. United Nations Committee on the Rights of the Child. General Comment No. 20 (2016) on the implementation of the rights of the child during adolescence. Geneva: United Nations; 2016. [acesso em 2026 Jun 3]. Disponível em: <https://www.refworld.org/docid/589dad3d4.html>
 23. American College of Obstetricians and Gynecologists. Confidentiality in adolescent health care. ACOG Committee Opinion N° 803. Obstet Gynecol. 2020;135 (4): e171-7. doi:10.1097/AOG.0000000000003730.
 24. Conselho Federal de Medicina (CFM). Parecer CFM n° 25/2013. Atendimento a paciente menor de idade desacompanhado. Brasília (DF): CFM; 2013. [acesso em 2026 Mai 10]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2013/25>
 25. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Manual de Anticoncepção. São Paulo (SP): FEBRASGO; 2015. [acesso em 2026 Abr 2]. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br>
 26. Brasil. Decreto-Lei n° 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal brasileiro. Brasília (DF): Presidência da República; 1940. [acesso em 2026 Abr 22]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
 27. Superior Tribunal de Justiça (STJ). Súmula n° 593, de 25 de outubro de 2017. Estupro de vulnerável. Brasília (DF): STJ; 2017. [acesso em 2026 Jun 10]. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/sumulas/toc.jsp>
 28. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021. *Bol Epidemiol*. 2024; 54 (8): 1-22. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024. [acesso em 2026 Jun 13]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos>
 29. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund. Helping Adolescents Thrive Initiative. Geneva: WHO; 2021. [acesso em 2026 Mai 24]. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/helping-adolescents-thrive-toolkit>
 30. Taquette SR, Vilhena MM, Silva MM, Vale MP. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21 (6): 1717-25. doi:10.1590/S0102-311X2005000600013
 31. Brandão ER, Cabral CS. Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2021; 26 (7): 2673-82. doi:10.1590/1413-81232021267.07422021.
 32. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 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. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). [acesso em 2026 Abr 20]. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_integral_saude.pdf
 33. Machado RB, Monteiro IMU, Magalhães J, Guazzelli CAF, Brito MB, Finotti MF, *et al*. Contracepção reversível de longa ação. São Paulo (SP): Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2022. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, n° 1/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção). [acesso em 2026 Mai 17]. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/>
 34. Borges ALV, Fujimori E, Kuschnir MCC, Chofakian CBN, Moraes AJP, Azevedo GD, *et al*. ERICA: sexual initiation and contraception in Brazilian adolescents. *Rev Saúde Pública*. 2016; 50 (Suppl. 1): 15s. doi:10.1590/S01518-8787.2016050006686.
 35. World Health Organization (WHO). Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: WHO; 2017. [acesso em 2026 Mai 24]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512343>
 36. Amorim MMR, Lima LA, Lopes CV, Araújo DKL, Silva JGG, César LC, *et al*. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31 (8): 404-10. doi:10.1590/S0100-72032009000800006.

Recebido em 21 de Abril de 2026

Versão final apresentada em 11 de Junho de 2026

Aprovado em 15 de Junho de 2026

Editora Associada: Melania Amorim