SÉRIE ATUALIZAÇÕES PEDIÁTRICAS

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE ADOLESCÊNCIA

Desafios Atuais para a Saúde e Bem-estar dos Adolescentes

Coordenadores
Elizete Prescinotti Andrade
Elisiane Elias Mendes Machado | Alexandre Massashi Hirata



Atheneu

Desafios Atuais para a Saúde e Bem-estar dos Adolescentes

Série Atualizações Pediátricas

- **Cuidados Paliativos Pediátricos – auxílio na atuação do pediatra** *(2024)*
- **Lesões não Intencionais em Crianças e Adolescentes: causas, consequências e prevenção** *(2024)*
- **Pediatria e Saúde Mental – implicações frente às mudanças do século XXI** *(2024)*
- **Situações clínicas em neonatologia: bases para o diagnóstico e conduta** *(2023)*
- **Casos clínicos e gastroenterologia pediátrica: diagnóstico e terapia** *(2023)*
- **Nutrição na consulta pediátrica: como conduzir** *(2022)*
- **Oftalmologia pediátrica e os desafios mais frequentes** *(2022)*
- **Hematologia e hemoterapia pediátrica: um guia prático** *(2022)*
- **Aleitamento materno na era moderna – vencendo desafios** *(2021)*
- **O dia a dia do pediatra** *(2021)*
- **Cuidados paliativos na prática pediátrica** *(2019)*
- **Dermatologia pediátrica no consultório** *(2019)*
- **Infectologia nas emergências pediátricas** *(2019)*
- **Medicina do sono** *(2019)*
- **Pneumologia pediátrica no consultório** *(2019)*
- **Puericultura passo a passo** *(2019)*
- **Da queixa clínica à reumatologia pediátrica** *(2019)*
- **Adolescência e sexualidade – visão atual** *(2016)*
- **Atualização em alergia e imunologia pediátrica: da evidência à prática** *(2016)*
- **Do pediatra ao endocrinologista pediátrico: quando encaminhar** *(2016)*
- **Pediatria ambulatorial: da teoria à prática** *(2016)*
- **A saúde mental na atenção à criança e ao adolescente: os desafios da prática pediátrica** *(2016)*
- **Atualizações em terapia intensiva pediátrica – 2ª edição** *(2014)*
- **Doenças pulmonares em pediatria: atualização clínica e terapêutica** *(2014)*
- **Hematologia e hemoterapia pediátrica** *(2013)*
- **Obesidade no paciente pediátrico: da prevenção ao tratamento** *(2013)*
- **Otorrinolaringologia para o pediatra – 2ª edição** *(2013)*
- **Odontopediatria para o pediatra** *(2013)*
- **Imunizações em pediatria** *(2013)*
- **Oncologia para o pediatra** *(2012)*
- **Gastroenterologia e hepatologia na prática pediátrica – 2ª edição** *(2012)*
- **O recém-nascido de muito baixo peso – 2ª edição** *(2010)*
- **Oftalmologia para o pediatra** *(2010)*
- **Emergências pediátricas – 2ª edição – revisada e ampliada** *(2010)*
- **Atualidades em doenças infecciosas – manejo e prevenção** *(2009)*

O presente livro passou por criterioso processo de revisão científica e gramatical pelos coordenadores, editores e produtores. No entanto, ainda assim, está exposto a erros. Caso haja dúvida, solicitamos ao leitor entrar em contato com a Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP).

Sociedade de Pediatria de São Paulo
Departamento Científico de Adolescência

Série Atualizações Pediátricas

Desafios Atuais para a Saúde e Bem-estar dos Adolescentes

Coordenadores

Elizete Prescinotti Andrade

Elisiane Elias Mendes Machado

Alexandre Massashi Hirata

Atheneu
Rio de Janeiro • São Paulo
2024

Sociedade de Pediatria de São Paulo
– Diretoria de Publicações –

Diretora: Cléa Rodrigues Leone

Membros: Antonio Carlos Pastorino, Antonio de Azevedo Barros Filho, Celso Moura Rebello, Cristiane Kochi, Fabio Carmona, Gil Guerra Jr., Marina Carvalho de Moraes Barros, Mário Cícero Falcão, Paulo Henrique Manso, Ruth Guinsburg, Sonia Regina Testa da Silva Ramos, Tamara Beres Lederer Goldberg, Tulio Konstantyner

Coordenadora Editorial: Paloma Ferraz

EDITORA ATHENEU

São Paulo — *Rua Maria Paula, 123 – 13º andar – Conjuntos 133 e 134*
Tel.: (11) 2858-8750
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — *Rua Bambina, 74*
Tel.: (21) 3094-1295
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Produção Editorial: *Know-How Desenvolvimento Editorial*
Capa: *Paulo Verardo*

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

D484

Desafios atuais para a saúde e bem-estar dos adolescentes / editores Elizete Prescinotti Andrade, Elisiane Elias Mendes Machado, Alexandre Massashi Hirata. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2024.
160 p. : il. ; 24 cm. (Atualizações pediátricas)

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-65-5586-795-4

1. Medicina. 2. Medicina do adolescente. 3. Pediatria. I. Andrade, Elizete Prescinotti. II. Machado, Elisiane Elias Mendes. III. Hirata, Alexandre Massashi. IV. Série.

24-87852 CDD: 618.92
CDU: 618.92

Gabriela Faray Ferreira Lopes - Bibliotecária - CRB-7/6643
16/01/2024 18/01/2024

ANDRADE, E. P.; MACHADO, E. E. M.; HIRATA, A. M.
Desafios Atuais para a Saúde e Bem-estar dos Adolescentes – SPSP.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2024.

Seção 1
Particularidades do atendimento do adolescente

Capítulo 1

Princípios éticos e legais que regem o atendimento do adolescente

Maria Ignez Saito
Carolina Maria Soares Cresciulo

Questões éticas e legais sempre preocuparam os profissionais de Saúde (não só os médicos), que se dedicam à atenção integral à Saúde dos adolescentes, definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como indivíduos entre 10 e 20 anos incompletos. São frequentes os questionamentos e dúvidas, principalmente aqueles que envolvem o exercício da sexualidade nesse período da vida: posso prescrever anticoncepcionais na ausência dos pais? Devo manter sigilo sobre a atividade sexual de uma adolescente de 14 anos? E sobre uma gravidez? Uma adolescente de 12 anos, com menarca e atividade sexual, pode receber anticoncepcionais para evitar gravidez? Adolescentes de 12 anos têm sempre direito ao sigilo médico? Quando devo encaminhar adolescentes e familiares ao Conselho Tutelar? Adolescentes permanecem sozinhos durante o exame médico?

Estamos vivendo uma época difícil, de grandes retrocessos e perdas de conquistas históricas. Este capítulo tem como objetivo dirimir dúvidas e dar suporte real a esses profissionais para que possam exercer com tranquilidade e determinação o atendimento dessa faixa etária, ajudando, através do respeito, a construção da cidadania.

Contextualização introdutória

A adolescência é reconhecida como o período de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizando-se por grandes transformações, vulnerabilidade e risco, impondo-se, para o exercício da atenção integral à saúde e a prevenção, que é realizada, por excelência, pela rede básica de saúde.

A preocupação com as questões éticas e os direitos de crianças e adolescentes é relativamente recente na história da humanidade.

Assim, até o século XVIII, a infância era curta e dura. A relação mãe e filho mal existia. As famílias não tinham a menor preocupação com o papel protetor ou mesmo ofereciam à criança a ideia de pertencer. Em *Centers of Childhood*, o historiador Philippe Ariès, fala que a "ideia de infância" era alguma coisa que simplesmente não existia, não merecendo, portanto, a criança qualquer direito, cuidado ou proteção.[1]

Em certa idade, entrava na vida adulta, o que significava ser posta para trabalhar. A morte de uma criança era um evento comum e os pais, inclusive as mães, raramente se davam o trabalho de ir ao enterro, quando havia. Madame de Sevigné, autocrata da época, comentando de passagem a tristeza de uma amiga pela morte da filha dizia: "Ela está muito aborrecida, pois diz que nunca terá outra bonita", o que retrata a futilidade da dor.[1]

Jean-Jacques Rousseau, filósofo francês, levantou a questão do envio de bebês às amas de leite como extraordinária negligência envolvendo crianças. Desde então, inúmeras modificações foram acontecendo envolvendo mães, pais, famílias, sendo cultuados o amor de mãe, o pai provedor, que funcionaram como um gatilho social para que os direitos dos filhos e, portanto, das crianças, aflorassem de forma permanente. Do nicho ecológico à comunidade, da família até a sociedade, a criança surge como ser relevante.[1]

Ao retomarmos a Idade Média, os infantes ou "sem voz" não eram vistos de modo radicalmente distinto dos adultos.[2] Somente após o século XX, com a criação de leis específicas voltadas para as crianças e adolescentes, eles passaram a receber um olhar diferenciado.[3] A primeira citação em âmbito internacional sobre proteção especial a crianças e adolescentes foi feita em 1924, na Declaração de Genebra sobre os Direitos das Crianças. Em 1946, foi criado o Fundo Nacional das Nações Unidas (Unicef) para apoiar crianças que sofriam com a guerra; depois, ele passou a ter como proposta a defesa dos direitos das crianças. Em 1948, foi aprovada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que, em um dos artigos, assegura que a maternidade e a infância têm direito a cuidados especiais. Em 1959, a Declaração dos Direitos da Criança, emitida pela Organização das Nações Unidas (ONU), reconhece que "a criança, em virtude de sua falta de maturidade física e mental, necessita de proteção e cuidados, inclusive com proteção legal". No Brasil, o primeiro código de menores foi publicado em 1926 e trazia regras quanto à exposição de crianças à violência, ao abandono e à vulnerabilidade.

Na década de 1980, surgiu um movimento no Brasil de grande importância nas conquistas de direitos da criança e dos adolescentes que trazia propostas de atendimento diferenciado e promovia empoderamento dos jovens moradores de rua para que percebessem que a situação que viviam estava relacionada a um sistema, antes de ser fruto do acaso ou meramente de suas escolhas individuais.[4] A Constituição Federal de 1988 foi imprescindível para os avanços em relação às garantias dos direitos das crianças e dos adolescentes. Esses são marcos importantes de um panorama sucinto sobre as questões de leis específicas a um público anteriormente sem esse amparo. Entretanto, somente com a criação da Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990, que estabeleceu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), os princípios legais anteriormente elaborados encontraram detalhamento e capacidade de efetivação completos, dispondo sobre a noção de proteção integral.[5] Esse dispositivo passa por atualizações desde 1990, com destaque para a Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014, a chamada "Lei Menino Bernardo", com o propósito de coibir excessos cometidos por aqueles que deveriam proteger crianças e adolescentes no âmbito familiar: "A ação de natureza disciplinar ou punitiva com o uso da força física que resulte em sofrimento físico ou lesão à criança ou ao adolescente. O tratamento cruel ou degradante é definido como conduta ou forma cruel de tratamento que humilhe, ameace gravemente ou ridicularize a criança ou o adolescente."[6]

Para melhor ilustrar estas questões, começamos por transcrever a proposta de trabalho da Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), pioneira no atendimento dessa faixa etária (1974), proposta esta que se difundiu por todo o território nacional com reconhecimento das equipes de saúde do adolescente do Ministério da Saúde (MS).[7-9]

Proposta de trabalho do Instituto da Criança (1977)

- Oferecer atenção integral ao cliente adolescente considerado como um todo indivisível, biopsicossocial, não fragmentado em patologias ou órgãos.
- Considerar como enfoque principal a promoção de saúde e a prevenção de agravos em qualquer nível de atuação: primário, secundário e terciário.
- Ter conhecimento das singularidades dessa faixa etária, o que norteará todo tipo de abordagem, realizada dentro de rigorosos princípios éticos.
- A participação responsável dos adolescentes é primordial.

É importante reconhecer que esse atendimento se baseia principalmente em três pilares,[3] envolvendo aspectos afetivos, preventivos, éticos e legais destacando-se, neste capítulo, os dois últimos.[7,8]

Deve ser salientado que esses aspectos permanecem indelevelmente ligados, pois se os adolescentes não são ouvidos ou respeitados, não se sustentará a ética, sem a qual muito da prevenção não poderá ser realizada.

É importante lembrar que a acolhida de um adolescente se inicia por profissionais integrantes das portarias/recepções dos serviços da rede pública de Saúde. O adolescente que chega acompanhado ou desacompanhado deve sentir-se acolhido, sendo indesejáveis comentários, por exemplo, sobre ser gestante em idade tão precoce, usar tatuagens ou *piercings* e principalmente sobre o fato de estar desacompanhado, o que jamais invalida seu comparecimento às Unidades de Saúde.[7-9]

Deve-se ter presente que são considerados adolescentes pela OMS aqueles indivíduos entre 10 e 20 anos incompletos e, embora o ECA considere as idades de 12 a 18 anos, as observações acima realizadas são válidas para adolescentes de 10 a 12 anos. Para estes, mesmo que a consulta não possa ser realizada na íntegra em razão da ausência dos pais ou dos responsáveis, deverá haver uma sólida acolhida, uma escuta de seus problemas.

Aspectos éticos e legais para atendimento de adolescentes

Aspectos éticos

Os aspectos éticos do atendimento de adolescentes se baseiam no respeito à autonomia, à privacidade e à confidencialidade.

A **privacidade** é o direito que o adolescente possui, independentemente da idade, de ser atendido sozinho, em um espaço privado de consulta:

- Mantida também durante o exame físico.
- Não é sinônimo de "escondido", e sim de crescimento e responsabilidade.

Não será mantida quando o adolescente:

- É incapaz de informar (déficit intelectual, usuário de drogas, outros).
- Solicita a permanência dos pais.
- Em caso de história envolvendo qualquer tipo de violência, inclusive sexual, deverá ser mantido na sala de atendimento outro profissional da equipe.

A **confidencialidade** é definida como um acordo entre o profissional de Saúde e o cliente, no qual as informações discutidas durante e depois da consulta ou entrevista não podem ser repassadas a seus pais, segundo regras de bioética médica, envolvendo princípios morais e de autonomia, como explicitado no Código de Ética Médica. A confidencialidade deve ser respeitada por todos os demais profissionais da equipe de Saúde, inclusive os agentes comunitários. Os responsáveis, quando presentes, devem ser informados desse direito do adolescente ou da criança em atendimento.[7,10]

> **Código de Ética Médica** (Publicado no *DOU* de 26/01/1983)[11]
> **Capítulo IX – Segredo Médico**
> **Artigo 74** É vedado ao médico:
> Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.
> **Artigo 78** Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados.

A observação dos princípios éticos de **Privacidade e Confidencialidade** permite a realização da prevenção, favorecendo as intervenções nas seguintes situações:

- Abordagem preventiva ligada ao exercício da sexualidade, ao uso de drogas, às infecções sexualmente transmissíveis (IST).
- Denúncia de maus-tratos, abuso sexual, negligência e todas as formas de violência a que são submetidos os adolescentes, denúncia esta que jamais poderia efetivar na presença do agressor ou de pessoas coniventes com a agressão.

- Aceitação das questões de identidade, como homossexualidade, com abolição do preconceito e apoio junto aos familiares (1973: homossexualidade não é mais considerada transtorno mental; 1986: removido da 3ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III)).

A manutenção do sigilo da equipe de Saúde está subordinada diretamente aos Códigos de Ética dos profissionais da equipe de saúde, mas o adolescente deverá ser avisado que esse sigilo poderá ser quebrado em determinadas situações que poderão, inclusive, aparecer no decorrer do atendimento, como episódios de violência (agressor ou agredido), uso de drogas em situação de drogadição, ideação suicida, recusa de medicação, gravidez pelo risco de aborto (poderá ser concedido um prazo para que a adolescente revele a gravidez à família). Frente a possibilidade imediata de aborto, a família deverá ser imediatamente comunicada. O sigilo será mantido em relação a atividade sexual que não envolva abuso, experimentação de drogas ou IST, que devem ser imediatamente tratadas. Aconselha-se que o diagnóstico de vírus da imunodeficiência humana (HIV), por suas implicações, seja revelado a adolescentes acompanhados por um adulto de sua confiança.

Caso haja a necessidade de quebra de sigilo, o adolescente sempre deverá ser previamente comunicado, não sendo, porém, necessária sua anuência.[10,11]

Aspectos legais

A Justiça acompanha o desenvolvimento da criança e do adolescente através de leis que propiciem sua inclusão em toda a inserção de seus direitos, na defesa de seu crescimento e desenvolvimento.

O ECA foi imprescindível na garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes, tendo sua fonte na declaração de Genebra de 1924, passando ainda pela Declaração Universal de Direitos Humanos das Nações Unidas (Paris, 1948) e pela Convenção Americana dos Direitos Humanos (Pacto de São José, 1969).[12]

Sempre que se fala em privacidade e confidencialidade, se fala em ética e não em lei. O ECA veio para diminuir a dicotomia que existia entre ética e lei. Para melhor demonstrar essa assertiva, seguem alguns artigos:

> **Artigo 3º**
> A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, devendo lhes ser assegurado por lei ou outros meios todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.
> **Artigo 4º**
> É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.
> **Artigo 5º**
> Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, descriminalização, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos.
> **Artigo 17**
> O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.

O ECA estabelece claramente a prioridade dos cuidados de saúde para adolescentes, o direito à autonomia e proteção absoluta da vida e da saúde, a fim de permitir seu desenvolvimento saudável e harmonioso. Em nenhum momento, o ECA tem condicionado o acesso de adolescentes a serviços ou direitos ao consentimento dos pais ou dos responsáveis; ao contrário, garante que toda criança ou adolescente deverá ser ouvido e ter seus pontos de vista levados em conta quando decidir sobre fatos relacionados à sua vida interior.

Aspecto muito importante do atendimento de adolescentes está relacionado às questões do exercício da sexualidade

Primeiramente, é relevante lembrar que sexualidade não é sinônimo de ato sexual, fazendo parte do desenvolvimento da personalidade. Ainda, deve-se ter em mente que diferente da droga, ou da violência, o exercício da sexualidade é direito, e não contravenção. Deve-se atentar também que esse mesmo exercício, se inconsequente, pode acarretar danos ao projeto de vida, à própria vida (p. ex., o aborto ilegal que pode ocasionar a morte da gestante), tendo consequências não só na adolescência, como na adultícia e até mesmo na geração seguinte, como no caso da gravidez indesejada, das IST, principalmente HIV e papilomavírus humano (HPV).[10]

O exercício da sexualidade na adolescência requer continuamente o uso das propostas de prevenção, que ultrapassam o uso dos anticoncepcionais, devendo fazer parte de políticas públicas amplas e atualizadas. Tanto a privacidade como a confidencialidade encontram eco em documentos conhecidos que podem ajudar a decisão dos profissionais de saúde. Entre eles destaca-se a Conferência da ONU conhecida como Cairo +5, que segue abaixo:[10,13]

> "Em 1999 a ONU realizou um processo de revisão do programa (CAIRO +5) avançando nos direitos dos jovens. Na revisão do documento deixou de ser incluído o direito dos pais em todas as referências aos adolescentes, garantindo os direitos dos adolescentes à privacidade, sigilo, ao consentimento informado, à educação sexual, inclusive no currículo escolar, à informação e assistência à saúde reprodutiva".[13]

Cabe salientar que quando um país é signatário de determinada conferência, esta passa a ser respeitada dentro dos aspectos legais desse país, como no caso do Brasil frente à referida Conferência.

Dentro dos aspectos legais não pode deixar de ser citada a Lei nº 9.263/1996 – Planejamento Familiar – que regula um conjunto de ações para a saúde sexual e reprodutiva.[14]

Não trata essa lei expressamente de adolescentes, o que não constitui uma barreira para seu acesso aos serviços de saúde. As instâncias gestoras do SUS obrigam-se a garantir, em toda a rede de serviços, programa de atenção integral à saúde em todos os ciclos vitais que incluem, entre outras:

- Assistência à contracepção.
- Atendimento pré-natal, assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato.
- Controle das IST.
- Controle e prevenção do câncer cervicouterino, de mama e de pênis.

Ainda dentro das assertivas legais, salientam-se:

- Declaração dos Direitos Sexuais (maio de 2001).
- Marco Legal – Ministério da Saúde (MS) – Saúde um direito de adolescentes; Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília-DF – 2005.[9]

Como ainda existissem temores, preconceitos e tabus em relação à proposta de anticoncepção na adolescência, por parte dos profissionais de Saúde de maneira geral, em 2002, foi realizado, pela Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança, o "Fórum Adolescência, Contracepção e Ética", que contou com a presença de profissionais de Saúde de vários setores das redes pública e privada, envolvendo as Universidades, o MS, a área da Justiça, comissões de Bioética, entre outros, e que teve como conclusão principal:[15]

> "O adolescente tem direito à educação sexual, ao acesso de informação sobre contracepção, à confidencialidade e sigilo sobre sua atividade sexual e sobre a prescrição de métodos anticoncepcionais, respeitadas as ressalvas do **Artigo 74**, Código de Ética Médica. O profissional que assim se conduz não fere nenhum preceito ético, não devendo temer nenhuma penalidade legal".[15](sic)

As conclusões desse Fórum serviram de subsídio para elaboração do Marco Legal do MS constando também das diretrizes do Manual da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).[9]

Aspecto de suma importância discutido no Fórum é aqui enunciado:[6,9]

> "Em relação ao temor da prescrição de anticoncepcionais para menores de 14 anos (violência presumida de estupro), a presunção de estupro deixa de existir frente à informação que o profissional possui de sua não ocorrência, devendo ser consideradas todas as medidas cabíveis para melhor proteção da saúde do adolescente (ECA), o que retira qualquer possibilidade de penalidade legal".[15]

Como a contracepção de emergência continuou a apresentar grandes dificuldades na sua prescrição por ainda ser confundida com proposta abortiva, em 2005 foi realizado novo fórum pela mesma unidade do Instituto da Criança. A principal aquisição desse fórum foi a Resolução do Conselho Federal de Medicina (nº 12 de 17/01/2007), que devolveu ao médico ou, melhor dizendo, à área de Saúde o direito de prescrever e ter em seus serviços de atenção primária o contraceptivo de emergência, o que contribuiu certamente para a diminuição da gravidez na adolescência.[16,17]

> **Edição nº 12 de 17/01/2007**
> **Conselho Federal de Medicina**
> **Entidades de fiscalização do Exercício das Profissões Liberais**
> **Conselho Federal de Medicina**
> **Resolução nº 1.811, de 14 de Dezembro de 2006**
> **Artigo 1º** Aceitar a Anticoncepção de Emergência como método alternativo para a prevenção da gravidez, por não provocar danos nem interrupção da mesma.
> **Artigo 2º** Cabe ao médico a responsabilidade pela prescrição da Anticoncepção de Emergência como medida de prevenção, visando interferir no impacto negativo da gravidez não planejada e suas consequências na Saúde Pública, particularmente na saúde reprodutiva.
> **Artigo 3º** Para a prática da Anticoncepção de Emergência, poderão ser utilizados os métodos atualmente em uso ou que porventura sejam desenvolvidos, aceitos pela comunidade científica e que obedeçam à legislação brasileira, ou seja, que não sejam abortivos.
> **Artigo 4º** A Anticoncepção de Emergência pode ser utilizada em todas as etapas da vida reprodutiva.
> **Artigo 5º** Revogam-se todas as disposições em contrário.
> **Artigo 6º** Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.
> Brasília-DF, 14 de dezembro de 2006.

Atualmente, a contracepção de longa duração ganha novas perspectivas de uso e discussão. Assim, os dispositivos intrauterinos, que anteriormente possuíam contraindicações relacionadas à nuliparidade, múltiplos parceiros e infecções do trato genital inferior, hoje se apresentam como métodos de utilização cada vez mais frequente em adolescentes, representados pelo dispositivo intrauterino de cobre (DIU de Cobre) e pelo sistema intrauterino de levonorgestrel, conhecido como endocepção, contraceptivos esses muito eficazes, mas que não protegem contra IST.[18] O uso do DIU está liberado, inclusive, no pós-parto nas maternidades.

Devem ser também lembrados os implantes subdérmicos. Evidentemente, o uso deste tipo de anticoncepção requer procedimento invasivo, impondo-se a seguinte reflexão legal: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para colocação do implante só pode ser assinado por adolescentes acima de 18 anos. Entre 16 e 18 também, em virtude da natureza intimista do problema, embora sujeito à revisão; abaixo de 16 anos é necessária a assinatura dos pais e, portanto, da quebra do sigilo médico, devendo a adolescente ser avisada. Deve ser lembrado, que podem ser usados sem restrição em pacientes usuárias de droga, profissionais do sexo, naquelas que já tiveram uma gestação, portadoras de distúrbio mental, HIV, doenças que incapacitem amamentação. Existem restrições para uso em primeira escolha não só pela discussão sobre procedimento já referida, como também pelo fato de se retirar, a priori, qualquer responsabilidade da adolescente por sua anticoncepção. Outro inconveniente é o preço elevado, para que possam fazer parte dos métodos contraceptivos encontrados nas Unidades Básicas de Saúde, além da falta de proteção contra IST.[18,19]

A Lei nº 12.015/2009 (artigos 213 e 217-A no Título VI da parte especial do Código Penal), trouxe profundas modificações, observando-se maior preocupação com a dignidade da pessoa humana e com o combate às diversas espécies de violência sexual. Com o advento dessa lei a

expressão presunção de violência deu lugar ao termo vulnerável, em tese, pessoas que não têm condições de consentir de forma válida a prática sexual, seja ela a conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso. São considerados vulneráveis menores de 14 anos, os enfermos ou deficientes mentais, e aqueles que, por outra causa, não puderem oferecer resistência.[20]

Não obstante a lei ter elencado os sujeitos passivos do crime, é de suma importância conceituar adequadamente o termo vulnerabilidade.[11]

Vale a pena considerar que as discussões continuam, não só na área da Saúde, como também no campo da própria Jurisprudência, envolvendo opiniões contraditórias, pois deve ser considerado que:[20,21]

- Não existe qualquer parâmetro justificativo para a escolha de tal idade (14 anos).
- A lei equipara adolescentes de 12 a 14 anos com indivíduos portadores de doença mental ou de enfermidades neurológicas graves.
- A lei atual, tal como se apresenta, mostra-se em total dissonância com o que prevê o ECA, estabelecendo falta de discernimento entre 12 e 14 anos para julgar o início da atividade sexual, enquanto pelo Estatuto já se pode punir um adolescente de 12 anos por ato infracional pelo fato de ser portador de total discernimento para tal.
- Não devemos nos esquecer da relevância de uma acusação indevida de estupro, lembrando que é crime hediondo que não prescreve e acompanha o indivíduo por toda a vida. Frente a relações absolutamente consentidas, correríamos o risco, sem análise mais profunda, de tornar criminoso um inocente que apenas praticou um ato libidinoso consentido com a namorada.
- O receio de denúncia ao Conselho Tutelar pode afastar os adolescentes dos serviços de Saúde, contribuindo para o aumento da gravidez e das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e queda de denúncia de abuso sexual real e outros tipos de violência.
- Deve-se considerar ainda a possibilidade de incremento do aborto legal, facultado por lei para os casos de estupro (Lei nº 128 do Código Penal).
- A judicialização da relação médico-paciente, comprometendo tal vínculo, poderá levar ao aumento da insegurança dos profissionais de Saúde no atendimento dessa faixa etária principalmente da Rede Básica de Saúde.
- Lembrar que eventuais receios por parte dos profissionais não são infundados se houver descumprimento da lei. Assim, é importante lembrar o Artigo 245 referente a penalidade aplicada ao médico, que não denunciar ao órgão competente os casos de abuso ou maus tratos com multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em casos de reincidência.

A expectativa de discussão da Lei nº 12.015, em novembro de 2010, no evento denominado "II Oficina para Consenso de Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes Abaixo de 14 Anos: Dignidade Sexual, entre as áreas de Saúde e Justiça" foi cancelada e nunca remarcada.[22]

A seguir, veio a Súmula 593 do Supremo Tribunal de Justiça (STJ) (Juiz Márcio André Lopes Cavalcante) em 25/10/2017, imobilizando mudanças na lei.[23]

A eventual esperança na atuação do Conselho Federal de Medicina (CFM) cai por terra com o Parecer 55/2015 que denomina adolescentes de 14 anos como crianças, negando sua capacidade de compreender seus problemas, quebrando ainda seu direito à confidencialidade garantido pelo Código de Ética Médica.[24]

Em 29 de agosto de 2018, realizou-se o Fórum de Direitos Sexuais e Reprodutivos de Adolescentes Abaixo de 14 anos promovido pela Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP) e Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo (Sogesp). O objetivo do evento era propor a revisão do artigo 217-A do Código Penal, Súmula 593/17 do STJ e Parecer 55/2015 do CFM, fato que jamais ocorreu.[25]

É importante deixar claro que não existe qualquer intenção de infringir leis ou questionar a Justiça. O que se deseja é ampliar o diálogo entre as áreas da Justiça e da Saúde para mitigar as dificuldades de atendimento para adolescentes abaixo de 14 anos.

É de suma relevância enfatizar que indivíduos de 10 a 12 anos não são considerados adolescentes e sim crianças pelo ECA, e vistos como extremamente vulneráveis a situações, inclusive, de sedução. A anticoncepção, que deverá ser realizada para evitar a gravidez, não deveria implicar nenhuma punição ao profissional que a prescreve, mas o sigilo pode ser quebrado e a família,

comunicada, em conformidade com o Código de Ética Médica. É relevante salientar que, nesse caso, faz-se obrigatória a denúncia ao Conselho Tutelar ou às Varas da Infância e Adolescência.

A Nota Técnica 2/2022 – Coordenação de Saúde de Adolescentes e Jovens (Cosaj)/Coordenação-Geral de Ciclos da Vida (CGCIVI)/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes)/MS – resume, até neste momento, o atendimento a ser dispensado aos adolescentes, tendo em vista princípios éticos e legais:[26]

Adolescente desacompanhado
- Atender suas necessidades urgentes.
- Registrar em prontuário.
- Avaliar se o adolescente tem aptidão para discernir sobre o motivo real da consulta.
- Sigilo médico e da equipe.

Adolescente acompanhado
- Apresentar a possibilidade de ser atendido desacompanhado, como estímulo positivo à autonomia e à cidadania.
- Manter sigilo.

Quebra de sigilo

Em relação à família:
- Relato de *bullying*.
- Doenças graves, depressão e outros transtornos mentais.
- Uso de álcool e drogas.
- Autoagressão, ideação suicida ou de fuga de casa.

Em relação à família, Conselho Tutelar e outros dispositivos de proteção:
- Indícios de desamparo, negligência, violência física, psicológica, sexual, inclusive atividade sexual abaixo de 14 anos, mesmo que referida como consentida.
- Diagnóstico de IST ou parto cuja idade gestacional indique que a gravidez ocorreu antes de 14 anos.

Para finalizar, devemos considerar que a cidadania é construída a partir do resgate e/ou fortalecimento do indivíduo através do processo social, que envolve respeito e compromisso em relação ao ser humano, sendo que, muitas vezes, adolescentes têm como uma das principais referências éticas e legais aquelas por eles vivenciadas na área da Saúde.

Assim, como profissionais dessa área, trazemos a público nossa preocupação com o retrocesso relacionado a discussão sobre as questões éticas e legais que envolvem o exercício da sexualidade na adolescência, discussão esta que, a cada momento, aponta perdas de conquistas históricas.

Não podemos esquecer que os adolescentes de hoje construirão e serão responsáveis pelo futuro da Nação amanhã. Urge então, que os adultos de agora troquem o retrocesso vigente por propostas de compromisso e esperança construídas hoje em favor do adulto cidadão do futuro. Que a família seja berço de construção de civilidade, amor à Pátria alicerçada em princípios de autocuidado e respeito à coletividade. Que a escola possa dar continuidade aos ensinamentos vividos em família, da maneira que elas se apresentem, mas sempre dentro de um direcionamento ligado ao compromisso de formação da cidadania numa cultura de paz de todos os povos.

Referências bibliográficas

1. Forna A. Uma breve História da Maternidade. In: Forna A. Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães. Tradução de Ângela Lobo de Andrade, Rio de Janeiro: Edouro, 1999: p. 3.
2. Bezerra ACP. Um olhar sobre as “infâncias” nas narrativas de Graciliano Ramos. Revista Desenredos. ano IV, nº 14, 2012 – Teresina, Piauí: julho-setembro.
3. Lira DMB et al. Adolescência – Quando surgiu e para onde vai? Um Recorte Histórico e Psicossocial. Revista Latino – americana de Psicologia Corporal. Ano 4, nº 6, abril 2017 – Edição eletrônica em https://psicorporal.emnuvens.com.br/rlapc/article/view/54. Acesso em: 15 set. 2023.
4. Souza TJ. O movimento nacional de meninos e meninas de rua e a conquista dos direitos: o marco do movimento social em prol da garantia de direitos da criança e do adolescente no Brasil. Atas do III Simpósio Mineiro de assistentes sociais. Belo Horizonte. 2013.

5. Vitalle MSS et al. Medicina do Adolescente: fundamentos e práticas. Rio de Janeiro: Atheneu; 2019.
6. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Disponível em: www.planalto.gov.br/. Acesso em: 7 set. 2023.
7. Saito MI. Atenção Integral à Saúde do Adolescente. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM. Adolescência: prevenção e risco. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014. p. 209-15.
8. Saito MI, Colli AS, Leal MM. Unidade de Adolescentes – Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM. Adolescência: prevenção e risco. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014. p. 13-28.
9. Marco Legal – Saúde, um Direito dos Adolescentes – Ministério da Saúde, 2005.
10. Saito MI. A consulta do Adolescente – Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: Adolescência e Sexualidade, Visão Atual. Séries Atualizações Pediátricas SPSP. Ed. Saito MI, Vitalle MSS, Landi CA, Hercowitz A. Rio de Janeiro: Atheneu; 2016. p. 39-45.
11. Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931 de 17 de setembro de 2009).
12. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.
13. Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo de 5 a 13 de Setembro de 1994 que resultou, cinco anos depois, no documento diretor do Fundo de População das Nações Unidas, conhecido como Cairo +5.
14. Lei nº 9.263 do Planejamento Familiar de 1/1996, Artigo 226 da Constituição Federal.
15. Saito MI, Leal MM. O exercício da sexualidade na adolescência: a contracepção em questão. Pediatria (São Paulo). 2003;25:36-42.
16. Saito MI, Leal MM. Adolescência e Contracepção de Emergência: Fórum 2005. Rev Paul Pediatria. 2007;25(2):180-6.
17. Resolução nº 1.811, do Conselho Federal de Medicina. Diário Oficial da União, 14 de dezembro de 2006.
18. Sociedade Brasileira de Pediatria & Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Adolescência, Anticoncepção e Ética – Diretrizes. J. Pediat. 2004;80(1).
19. Saito MI. Aspectos Éticos e Jurídicos no Atendimento da Criança e do Adolescentes. In: Silva CHM, Salomão CLB, Reis JTL. Ginecologia e Obstetrícia na Infância e Adolescência. Manual Sogimig. 2018. p. 107-113.
20. Lei nº 12.015 de 8/2009 do Código Penal incluindo o Artigo 217-A do Código Penal, que versa sobre Estupro de Vulnerável.
21. Nucci G et al. O crime de estupro sob o prisma da Lei nº 12.015/09. Disponível em: http://www.guilhermenucci.com.br/artigo/o-crime-de-estupro-sob-o-prisma-da-lei-12-01509. Acesso em: 31 mar. 2014.
22. "II Oficina para Consenso de Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes abaixo de 14 anos – Dignidade Sexual" em 24 e 25 de novembro de 2016. Não ocorreu.
23. Súmula 593 do Supremo Tribunal de Justiça (STJ).
24. Processo-Consulta CFM 03/15/Parecer CFM 55/15 "Menoridade e vida sexual relacionadas à autonomia da menor e sigilo médico".
25. Fórum de Direitos Sexuais e Reprodutivos dos Adolescentes – Atividade Sexual Abaixo de 14 anos – SPSP e Sogesp 29/08/2018.
26. Nota Técnica 2/2022 – COSAJ/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. A Coordenação de Saúde dos Adolescentes e Jovens (COSAJ) atualiza recomendações para atendimento de adolescentes no âmbito da Atenção Primária, contidas em Nota Técnica de 4/2017.