REVISTA JURIS VERDI | V. 3 , N. 1, JAN/MAR. 2026
ISSN 3085-797X

AUTONOMIA FEMININA EM DEBATE: IMPLANTES HORMONAIS, GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E OS LIMITES DA PREVENÇÃO NO CEARÁ

FEMALE AUTONOMY IN DEBATE: HORMONAL IMPLANTS, ADOLESCENT PREGNANCY, AND THE LIMITS OF PREVENTION IN CEARÁ

https://doi.org/10.63835/yqvvpp08

Artigo recebido em: 22/12/2025
Artigo aceito em: 08/03/2026

Vanessa Lopes Vasconcelos
Doutora em Direito Constitucional pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Mestra em Ciências Jurídico-Constitucionais pela Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa (FDUL). Bacharela em Direito pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE) – Campus Acopiara. Coordenadora de Pesquisa, Inovação e Pós-Graduação do IFCE – Campus Acopiara. Bolsista do Programa BPI/FUNCAP – Edital nº 11/2025.
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3063-4904
E-mail: vanessa.vasconcelos@ifce.edu.br

Francisco Damazio de Azevedo Segundo
Doutorando em Educação pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Filosofia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Licenciado em Filosofia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Bacharel em Direito pela Faculdade Luciano Feijão (FLF). Professor do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE) – Campus Acopiara.
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1572-7627
E-mail: segundo.azevedo@ifce.edu.br

Maria Luísa de Freitas Neves
Licencianda em Ciências Biológicas pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE). Bolsista do Programa BPI/FUNCAP – Edital nº 11/2025.
ORCID: https://orcid.org/0009-0006-3128-0692
E-mail: maria.neves06@aluno.ifce.edu.br

CC BY

REVISTA JURIS VERDI | V. 3 , N. 1, JAN/MAR. 2026
ISSN 3085-797X

Resumo

O artigo analisa criticamente a expansão do implante contraceptivo subdérmico (etonogestrel) nas políticas municipais do Ceará, especialmente em Eusébio, Caucaia e Fortaleza, examinando seus efeitos sobre a autonomia feminina na prevenção da gravidez na adolescência. A pesquisa, de natureza qualitativa, adota abordagem bibliográfica e documental, articulando literatura especializada, boletins epidemiológicos de HIV/aids (2024–2025), atos administrativos municipais e marcos internacionais de direitos humanos, como a Conferência do Cairo (1994), a Plataforma de Pequim (1995) e a Agenda 2030 (ODS 5). A hipótese sustenta que, embora a ampliação do acesso ao método represente avanço na garantia de direitos reprodutivos, sua centralização pode deslocar para adolescentes a responsabilização exclusiva pela prevenção da gravidez, sem enfrentar desigualdades estruturais de gênero e a persistência das ISTs. À luz da biopolítica foucaultiana e da crítica de Saffioti ao patriarcado, argumenta-se que a política pode operar simultaneamente como instrumento de autonomia e dispositivo de regulação dos corpos femininos. Conclui-se que a efetivação substantiva da autonomia exige integração entre contracepção, educação sexual baseada em evidências, prevenção combinada de ISTs e corresponsabilização masculina.

Palavras-chave: Autonomia feminina; Gravidez na adolescência; Implante contraceptivo; Biopolítica; Saúde reprodutiva.

Abstract

This article critically analyzes the expansion of the subdermal contraceptive implant (etonogestrel) within municipal policies in Ceará, Brazil, particularly in Eusébio, Caucaia, and Fortaleza, examining its effects on female autonomy in the prevention of teenage pregnancy. The study adopts a qualitative bibliographic and documentary approach, articulating specialized literature, HIV/AIDS epidemiological reports (2024–2025), municipal administrative acts, and international human rights frameworks, including the Cairo Conference (1994), the Beijing Platform for Action (1995), and the 2030 Agenda (SDG 5). The central hypothesis argues that although expanding access to long-acting reversible contraception represents progress in reproductive rights, its centrality may shift the burden of pregnancy prevention onto adolescent girls, without addressing structural gender inequalities and the persistence of sexually transmitted infections. Drawing on Foucauldian biopolitics and Saffioti's critique of patriarchy, the article contends that such policies may function simultaneously as instruments of autonomy and mechanisms of bodily regulation. It concludes that substantive autonomy requires the integration of contraception, evidence-based sexuality education, combined STI prevention strategies, and shared gender responsibility.

Keywords: Female Autonomy; Teenage Pregnancy; Contraceptive Implant; Biopolitics; Reproductive Health.

CC BY

REVISTA JURIS VERDI | V. 3 , N. 1, JAN/MAR. 2026
ISSN 3085-797X

INTRODUÇÃO

A expansão do implante contraceptivo subdérmico (etonogestrel) nos municípios cearenses insere-se em um contexto mais amplo de reconfiguração das políticas públicas de saúde reprodutiva no Brasil. A partir de 2025, com a incorporação do método ao Sistema Único de Saúde (SUS) e sua difusão em agendas municipais voltadas à redução da gravidez na adolescência, observa-se uma inflexão relevante no desenho das estratégias de planejamento familiar. O que antes estava majoritariamente restrito ao acesso privado passa a integrar políticas focalizadas em adolescentes e mulheres em situação de vulnerabilidade social.

Esse movimento ocorre sob a justificativa de promoção da autonomia feminina e de enfrentamento de indicadores persistentes de fecundidade precoce. Entretanto, como demonstra o próprio desenvolvimento deste artigo, a centralidade crescente dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC) suscita questionamentos que ultrapassam a eficácia biomédica. O debate exige articulação entre dados epidemiológicos, compromissos internacionais assumidos pelo Estado brasileiro — notadamente a Conferência do Cairo (1994), a Plataforma de Pequim (1995) e a Agenda 2030 (ODS 5) — e análises críticas sobre desigualdade de gênero, medicalização e biopolítica.

Ao mesmo tempo em que se observa a necessidade de redução da taxa de fecundidade entre adolescentes, os boletins epidemiológicos recentes indicam que persistem as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) entre jovens, revelando tensão entre políticas centradas na prevenção da gravidez e a necessidade de proteção integral à saúde sexual. Assim, a ampliação do implante hormonal não pode ser analisada isoladamente como avanço técnico, mas deve ser situada em um campo normativo e teórico mais amplo que envolve autonomia substantiva, corresponsabilização masculina e igualdade estrutural.

O presente artigo tem como objetivo geral analisar criticamente as políticas municipais de incentivo ao uso de implantes hormonais em adolescentes no Ceará, discutindo se tais iniciativas ampliam a autonomia feminina na prevenção da gravidez precoce ou se tendem a deslocar para as meninas a responsabilização exclusiva pela prevenção, especialmente diante do aumento ou persistência dos indicadores de ISTs e das recomendações internacionais sobre educação sexual baseada em evidências.

Como objetivos específicos, o estudo propõe: (1) Examinar as políticas públicas municipais de oferta do Implanon em Eusébio, Caucaia e Fortaleza, identificando critérios de

CC BY

REVISTA JURIS VERDI | V. 3 , N. 1, JAN/MAR. 2026
ISSN 3085-797X

acesso, público prioritário, justificativas institucionais e vinculação com estratégias de enfrentamento da gravidez na adolescência; (2) Analisar os dados epidemiológicos de 2024 e 2025 sobre HIV/aids entre adolescentes, problematizando a possível tensão entre ampliação da contracepção hormonal de longa duração e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis; (3) Discutir a política de incentivo ao implante hormonal à luz das diretrizes da ONU sobre educação sexual integral, avaliando se a centralização da estratégia no método contraceptivo pode revelar-se insuficiente quando dissociada de educação sexual baseada em evidências, corresponsabilização de gênero e enfrentamento das desigualdades estruturais.

A hipótese que orienta o trabalho sustenta que, embora a ampliação do acesso ao implante hormonal represente avanço importante na garantia de direitos reprodutivos, sua centralização como eixo prioritário da política pública pode produzir deslocamento simbólico e prático da responsabilidade pela prevenção da gravidez para o corpo adolescente feminino, sem enfrentar de maneira estrutural desigualdades de gênero, ausência de educação sexual integral e vulnerabilidades socioeconômicas que condicionam a experiência reprodutiva juvenil.

Metodologicamente, trata-se de pesquisa qualitativa, de natureza bibliográfica e documental. A Pesquisa bibliográfica, com análise de literatura especializada sobre gravidez na adolescência, contracepção de longa duração (LARC), medicalização juvenil, biopolítica, desigualdade de gênero e prevenção de ISTs, mobilizando aportes teóricos de Saffioti, Foucault, Bourdieu, Goodwin, Piovesan, entre outras autoras e autores. A pesquisa documental, compreendendo: (i) comunicados e atos administrativos das prefeituras de Eusébio, Caucaia e Fortaleza acerca da oferta do Implanon; (ii) Boletins Epidemiológicos HIV/aids 2024 e 2025 do Ministério da Saúde; (iii) relatórios e diretrizes internacionais, especialmente o Programa de Ação do Cairo (1994), a Plataforma de Pequim (1995), a Agenda 2030 (ODS 5) e as orientações técnicas da UNESCO sobre educação sexual integral; e (iv) normas nacionais relacionadas à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.

Ao articular dados empíricos, marcos normativos e referencial teórico crítico, o artigo pretende contribuir para o debate acadêmico e jurídico sobre os limites de um modelo predominantemente biomédico de enfrentamento da gravidez na adolescência. Mais do que avaliar a eficácia do método contraceptivo, interessa compreender seus efeitos simbólicos e estruturais na configuração contemporânea da autonomia feminina.

CC BY

REVISTA JURIS VERDI | V. 3 , N. 1, JAN/MAR. 2026
ISSN 3085-797X

1. IMPLANTES HORMONAIS E POLÍTICAS MUNICIPAIS NO CEARÁ: EXPANSÃO DO ACESSO OU FOCALIZAÇÃO DA RESPONSABILIDADE?

A Constituição Federal de 1988 consagrou o planejamento familiar como direito fundamental, assegurando que sua decisão compete ao casal (art. 226, §7º). Todavia, a positivação normativa não eliminou as desigualdades na sua implementação. Conforme análise crítica apresentada no Seminário Internacional Fazendo Gênero (Andrade, 2017), a desigualdade de gênero permanece obstáculo concreto à efetividade do planejamento familiar, na medida em que a corresponsabilidade parental não se materializa nas práticas sociais.

Além disso, a literatura aponta que o mercado contraceptivo historicamente privilegiou métodos que favorecem controle técnico sobre o corpo feminino, priorizando eficácia na prevenção da gravidez em detrimento da autonomia informada (Costa et al., 2013). A medicalização da contracepção insere-se em lógica que associa tecnologia à solução de problemas sociais complexos.

O implante subdérmico de etonogestrel (Implanon) integra o grupo dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC), caracterizados por elevada eficácia e baixa dependência de adesão cotidiana, representando mais um método de controle do corpo feminino. No Brasil, seu uso por muitos anos esteve mais associado ao acesso privado; contudo, a partir de 2025, observa-se uma inflexão com a incorporação do método na agenda pública federal e sua difusão em políticas municipais.

O Ministério da Saúde anunciou a ampliação do acesso pelo SUS e informou o recebimento de lotes iniciais do Implanon, projetando distribuição ampliada até 2026, com prioridade para localidades marcadas por maior vulnerabilidade e maior incidência de gravidez na adolescência (Brasil, 2025a; Brasil, 2025b). Em paralelo, relatórios técnicos de avaliação em saúde registram recomendação de incorporação do implante para adolescentes de 14 a 17 anos no SUS, por decisão formalizada em portaria ministerial (CONITEC, 2025).

O debate legislativo brasileiro acompanha esse movimento. O Projeto de Lei nº 3.032/2020 propõe assegurar o acesso gratuito ao implante para mulheres em situação de vulnerabilidade atendidas na rede pública, incluindo adolescentes menores de 17 anos com gestação anterior ou com baixa adesão aos serviços de saúde, entre outros grupos (Brasil, 2021).

CC BY

REVISTA JURIS VERDI | V. 3 , N. 1, JAN/MAR. 2026
ISSN 3085-797X

Parecer legislativo destaca que a proposição dialoga com a incorporação tecnológica já discutida no âmbito do Ministério da Saúde, defendendo a ampliação de cobertura a grupos vulneráveis (Câmara dos Deputados, 2023). Ainda que tais iniciativas possam fortalecer direitos reprodutivos, uma leitura crítica — ancorada nos compromissos assumidos em Cairo e Pequim — impõe questionar se a política amplia efetivamente a autonomia das meninas ou se reconfigura, sob nova racionalidade técnica, a responsabilização feminina pelo controle da fecundidade.

Nesse contexto, a centralização da política pública na tecnologia contraceptiva pode produzir tensão com o próprio marco internacional que lhe dá fundamento. Quando a prevenção da gravidez na adolescência é apresentada prioritariamente como problema a ser resolvido por meio da regulação hormonal do corpo feminino, corre-se o risco de deslocar para as meninas a responsabilidade exclusiva pela gestão do risco reprodutivo, enquanto a dimensão relacional da sexualidade, a participação masculina e as desigualdades estruturais permanecem secundarizadas. Pequim é explícita ao afirmar que a igualdade requer "distribuição equitativa das responsabilidades familiares entre homens e mulheres" — elemento que planejam políticas que, ainda que bem-intencionadas, concentram a intervenção no corpo feminino.

Esse movimento precisa ser interpretado à luz dos marcos internacionais que redefiniram a saúde reprodutiva como direito humano. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, representou uma ruptura paradigmática ao deslocar o enfoque do controle populacional para a centralidade dos direitos humanos e da autonomia das mulheres. O documento estabelece que "a saúde reprodutiva é um direito humano" e afirma, no Princípio 8, que toda pessoa tem direito ao mais alto padrão possível de saúde física e mental, devendo os Estados assegurar acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva, "sem qualquer forma de coerção", garantindo informação, educação e meios para decisões livres e responsáveis sobre a fecundidade (ONU, 1994).

Essa concepção foi aprofundada no ano seguinte pela Declaração e Plataforma de Ação de Pequim (1995), que reafirmou expressamente que "os direitos das mulheres são direitos humanos" e reconheceu "o direito de todas as mulheres de controlar todos os aspectos de sua saúde, em particular sua própria fertilidade, como básico para seu fortalecimento". A Declaração de Pequim não apenas reafirma a autonomia corporal feminina, mas também estabelece que igualdade de direitos, distribuição equitativa das responsabilidades familiares

CC BY

REVISTA JURIS VERDI | V. 3 , N. 1, JAN/MAR. 2026
ISSN 3085-797X

entre homens e mulheres e participação plena nas decisões são condições estruturais para o avanço das mulheres.

Esses marcos impõem um critério normativo robusto para avaliar políticas contraceptivas contemporâneas. Se, por um lado, a ampliação do acesso ao implante pode representar avanço na efetivação de direitos reprodutivos, por outro, o paradigma de Cairo e Pequim exige que tal política esteja associada à informação qualificada, ausência de coerção e corresponsabilização de gênero. A autonomia proclamada nesses documentos não se reduz ao acesso técnico ao método; trata-se de autonomia substantiva, vinculada à igualdade estrutural, à educação e à superação das desigualdades que afetam desproporcionalmente mulheres e meninas.

A saúde reprodutiva, conforme sustentam Araújo e Sá (2023), deve ser compreendida como direito fundamental em construção, que ultrapassa a dimensão biológica e alcança o bem-estar psíquico e social. Interpretar direitos reprodutivos implica considerar processos de subjetivação e contextos concretos de vulnerabilidade. Nesse sentido, a autonomia feminina não pode ser presumida apenas pela disponibilização do método contraceptivo, mas exige condições materiais e informacionais que permitam escolhas genuinamente livres.

A autonomia reprodutiva, como argumentam Bruzaca e Ferreira (2025), enfrenta barreiras políticas, culturais e socioeconômicas que limitam sua realização plena. Assim, tal autonomia deve ser compreendida como processo socialmente condicionado. A oferta de um método contraceptivo, por si só, não garante autonomia se não houver informação qualificada, liberdade de escolha e ausência de coerção implícita.

1.1. EUSÉBIO, CAUCAIA E FORTALEZA: CRITÉRIOS DE ACESSO, PÚBLICO PRIORITÁRIO E JUSTIFICATIVAS INSTITUCIONAIS

No Ceará, a oferta municipal do Implanon foi apresentada como estratégia de enfrentamento da gravidez na adolescência e de fortalecimento do planejamento reprodutivo, com variações nos critérios e no desenho institucional.

Em Eusébio, a prefeitura comunicou, em janeiro de 2026, que iniciaria a implantação do Implanon com prioridade para adolescentes, com inserções previstas nas UBS Vila Nova e Santo Antônio. O texto institucional descreve uma estratégia organizada por fluxo assistencial, atribuindo às equipes (especialmente enfermagem) a identificação e orientação das

CC BY

REVISTA JURIS VERDI | V. 3 , N. 1, JAN/MAR. 2026
ISSN 3085-797X

adolescentes elegíveis, além de reforçar a "dupla proteção" com preservativos e prever ações educativas também no território escolar (Eusébio, 2026a). Posteriormente, nova publicação registrou o início da implantação na UBS Vila Nova (Eusébio, 2026b). Aqui, o discurso de autonomia aparece associado ao planejamento de vida, mas a política também explicita a necessidade de prevenção de IST, o que tensiona a leitura de que o método seria "solução" isolada (Eusébio, 2026a)1.

Em Caucaia, a Secretaria Municipal de Saúde divulgou, em janeiro de 2026, o início da inserção do Implanon na rede municipal, informando o recebimento de 1.275 implantes e a implementação do procedimento em seis unidades-modelo (Caucaia, 2026). Cobertura jornalística local registrou a mesma base numérica e detalhou o público-alvo como mulheres de 14 a 49 anos, com prioridade inicial para adolescentes e mulheres em situação de vulnerabilidade, além de mencionar capacitação e organização de cronograma assistencial (Frota, 2026; Sistema Jangadeiro, 2026). Do ponto de vista analítico, esse desenho evidencia uma política de expansão do acesso, mas ainda exige problematizar como se produz o consentimento informado em adolescentes, como se dá o acompanhamento e qual o lugar da educação sexual na estratégia municipal (Caucaia, 2026; Sistema Jangadeiro, 2026).

Já em Fortaleza, a medida ganhou maior repercussão pública e política, pois foi divulgada como iniciativa voltada a crianças e adolescentes de 10 a 19 anos, gerando debate em audiência na Comissão de Direitos Humanos do Senado (Senado Federal, 2025a; 2025b). A controvérsia evidencia um ponto central para este artigo: quanto mais a política é apresentada apenas como tecnologia contraceptiva para "resolver" gravidez precoce, maior o risco de produzir uma "autonomia tutelada", em que o corpo das meninas se torna o principal lugar de intervenção estatal, deslocando a corresponsabilização masculina e invisibilizando determinantes estruturais (Senado Federal, 2025a).

Por fim, cabe registrar uma questão documental relevante: embora as iniciativas tenham sido publicizadas por notas oficiais, portais institucionais e cobertura jornalística, nem sempre se encontra, de forma facilmente rastreável, um ato normativo municipal específico (lei/portaria/decreto) com número e ementa instituindo formalmente a política2. Essa lacuna

[1] A comunicação de Eusébio é relevante por explicitar "dupla proteção" e prever ações educativas, aproximando-se de prevenção combinada (Eusébio, 2026a).
[2] Até o momento, a pesquisa documental localiza sobretudo **comunicados institucionais e notícias**, mas não identifica de modo consistente, nas publicações consultadas, um "ato municipal numerado" (lei/portaria/decreto)

CC BY

REVISTA JURIS VERDI | V. 3 , N. 1, JAN/MAR. 2026
ISSN 3085-797X

não invalida a existência da ação, mas impõe cautela metodológica e reforça a necessidade de transparência pública quando políticas biomédicas passam a incidir sobre adolescências e desigualdades de gênero.

Em termos de recomendações baseadas em evidências, diretrizes internacionais apontam que políticas de saúde sexual para adolescentes tendem a ser mais efetivas quando articuladas a educação sexual integral (CSE), com objetivos de aprendizagem, abordagem por direitos humanos e igualdade de gênero (UNESCO, 2019; UNESCO, 2018). Esse enquadramento é decisivo para o argumento do artigo: LARC pode ampliar autonomia reprodutiva, mas sua efetividade como política pública depende de prevenção combinada, informação qualificada e corresponsabilização, sob pena de reforçar a responsabilização exclusiva das meninas.

2. CONTRACEPÇÃO DE LONGA DURAÇÃO E O CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO: GRAVIDEZ REDUZIDA, ISTS EM ALERTA

A expansão do implante contraceptivo subdérmico nos municípios cearenses, analisada na seção anterior, foi justificada institucionalmente como estratégia de enfrentamento da gravidez na adolescência e promoção da autonomia feminina. Ao priorizar adolescentes como público-alvo, as gestões municipais alinham-se ao discurso da ampliação de direitos reprodutivos e do planejamento de vida. Entretanto, a análise dessa política exige articulação com o cenário epidemiológico das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), sob pena de reduzir o debate à dimensão exclusivamente reprodutiva.

A Agenda 2030 das Nações Unidas estabelece, no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5 (ODS 5), o compromisso de "alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas" (ONU, 2015). Entre suas metas, destacam-se a garantia de acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e a eliminação de todas as formas de discriminação e violência contra mulheres e meninas. Assim, políticas contraceptivas podem ser compreendidas como instrumentos legítimos de promoção da igualdade. Contudo, o próprio ODS 5 pressupõe abordagem integrada, que articule autonomia corporal, informação qualificada e enfrentamento

específico do Implanon para todas as cidades. Isso deve ser descrito no artigo como limite documental, não como inexistência da política.

CC BY

REVISTA JURIS VERDI | V. 3 , N. 1, JAN/MAR. 2026
ISSN 3085-797X

das desigualdades estruturais. É nesse ponto que os dados epidemiológicos tensionam a leitura otimista da política.

Assim, a análise crítica das políticas municipais cearenses não invalida a relevância do implante hormonal, mas evidencia seus limites quando dissociado de estratégias estruturais de prevenção. À luz do ODS 5, a igualdade de gênero pressupõe não apenas evitar a gravidez precoce, mas assegurar que meninas e adolescentes tenham informação, proteção contra ISTs e condições sociais para exercer sua autonomia de forma plena. Heleieth Saffioti demonstra que o patriarcado constitui estrutura social persistente que organiza a divisão sexual das responsabilidades. Para a autora: "O patriarcado compõe a dinâmica social como um todo" (Saffioti, 2004, p. 3).

A autora ainda sustenta que a dominação masculina não se restringe ao âmbito doméstico, mas se inscreve nas instituições, nas normas e nas práticas sociais. Ao afirmar que o patriarcado "subordina as mulheres aos homens com base em uma pretensa superioridade masculina" (Saffioti, 2004), Saffioti evidencia que a desigualdade reprodutiva não é episódica, mas estrutural.

O cenário epidemiológico recente revela que, paralelamente à necessidade de redução da fecundidade adolescente, persistem números expressivos de infecções sexualmente transmissíveis entre jovens. Essa realidade tenciona a centralidade dos LARC.

Os métodos hormonais de longa duração são altamente eficazes para prevenir gravidez, mas não oferecem proteção contra ISTs. A recomendação técnica da "dupla proteção" — método hormonal associado ao preservativo — nem sempre se concretiza na prática.

A Plataforma de Ação de Pequim (1995) reforça que a autonomia reprodutiva deve ser compreendida no contexto mais amplo da igualdade de gênero. O documento afirma que: "Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito de controlar e decidir livremente sobre questões relacionadas à sua sexualidade" (ONU, 1995). Contudo, o mesmo texto ressalta que esse exercício deve ocorrer "livre de coerção, discriminação e violência" (ONU, 1995).

Quando a política pública enfatiza predominantemente a prevenção da gravidez por meio de tecnologia hormonal, mas não fortalece estratégias de prevenção combinada e negociação do uso do preservativo, pode produzir cenário de prevenção fragmentada: gravidez reduzida, ISTs em alerta.

CC BY

REVISTA JURIS VERDI | V. 3 , N. 1, JAN/MAR. 2026
ISSN 3085-797X

O Boletim Epidemiológico HIV e Aids 2024 demonstra que a faixa etária de 15 a 19 anos permanece com número significativo de notificações. Em 2023, foram registrados 2.062 casos de HIV nessa faixa etária, sendo 603 entre adolescentes do sexo feminino (Brasil, 2024). No recorte parcial de 2024 (até junho), já se contabilizavam 868 casos entre adolescentes de 15 a 19 anos.

Na faixa de 10 a 14 anos, os dados também são expressivos: 653 casos em 2023, dos quais 190 ocorreram entre meninas (Brasil, 2024). Ainda que parte desses registros possa relacionar-se à transmissão vertical ou a situações de violência sexual[3], os números evidenciam que adolescentes continuam expostos ao risco de infecção.

O Boletim Epidemiológico HIV e Aids 2025 aponta que, embora a taxa de detecção de aids entre mulheres de 15 a 19 anos tenha reduzido ao longo da última década (de 4,2 em 2014 para 2,7 em 2024), persistem desigualdades regionais e vulnerabilidades específicas (Brasil, 2025). A redução estatística, portanto, não elimina a necessidade de políticas preventivas amplas e contínuas.

Esse cenário revela uma tensão central: o implante contraceptivo é altamente eficaz para prevenir gravidez, mas não oferece proteção contra ISTs. O próprio Ministério da Saúde reforça a importância da chamada "dupla proteção", associando métodos hormonais ao uso do preservativo (Brasil, 2024). Contudo, estudos apontam que adolescentes podem reduzir o uso do preservativo quando utilizam outro método contraceptivo voltado à prevenção da gravidez. Conforme observado na literatura, "os adolescentes e jovens tendem a descontinuar o uso do preservativo quando utilizam outro método com o intuito de prevenir uma gravidez" (Silva *et al.*, 2023)[4].

Essa dinâmica pode produzir o que se denomina prevenção fragmentada: evita-se a gestação, mas mantém-se a vulnerabilidade às ISTs. Sob a perspectiva do ODS 5, isso representa uma lacuna relevante, pois a igualdade de gênero não se limita à redução da fecundidade precoce, mas envolve proteção integral à saúde e à dignidade das meninas.

[3] Casos na faixa etária de 10 a 14 anos podem estar associados à transmissão vertical ou a situações de violência sexual, conforme análises epidemiológicas anteriores do Ministério da Saúde.

[4] A literatura nacional aponta tendência de substituição do preservativo quando há uso de métodos contraceptivos hormonais, fenômeno associado à percepção de menor risco de gravidez, ainda que o risco de IST permaneça.

CC BY

REVISTA JURIS VERDI | V. 3 , N. 1, JAN/MAR. 2026
ISSN 3085-797X

A UNESCO (2018), ao tratar da Educação Sexual Integral, afirma que políticas eficazes devem ser "baseadas em evidências" e integrar aspectos biológicos, sociais, emocionais e relacionais da sexualidade. A organização destaca que a educação sexual contribui tanto para a prevenção de gravidez quanto para a redução das ISTs, ao promover informação, negociação do uso do preservativo e corresponsabilização de gênero.

A articulação entre os dados epidemiológicos e as políticas municipais de expansão do Implanon indica, portanto, que a autonomia feminina não pode ser compreendida apenas como acesso a um método eficaz. A efetivação do ODS 5 exige: Educação sexual baseada em evidências; Incentivo contínuo ao uso do preservativo; Políticas de prevenção combinada; Enfrentamento das desigualdades sociais e de gênero; Proteção contra violência sexual.

Sem essa integração, corre-se o risco de construir uma política de autonomia parcial, centrada no controle da fertilidade, mas insuficiente para garantir proteção integral à saúde sexual das adolescentes.

Assim, a efetivação do direito à saúde reprodutiva exige abordagem integrada que supere a centralidade exclusiva do método contraceptivo hormonal e incorpore prevenção combinada, corresponsabilização de gênero e enfrentamento das desigualdades estruturais.

3. AUTONOMIA OU MEDICALIZAÇÃO? EDUCAÇÃO SEXUAL INTEGRAL, BIOPOLÍTICA E OS LIMITES DO MODELO CONTRACEPTIVO

O Relatório do Cairo foi explícito ao afirmar que programas de saúde reprodutiva devem oferecer "a mais ampla variedade de serviços sem qualquer forma de coerção" (ONU, 1994). A ausência de coerção é elemento central da autonomia. Entretanto, coerção não se limita à imposição explícita. Ela pode assumir forma simbólica ou estrutural quando determinadas soluções tecnológicas se tornam prioritárias em detrimento de abordagens educativas.

Saffioti alerta que as desigualdades de gênero se reproduzem por meio da naturalização das responsabilidades femininas. Ao analisar a divisão sexual do trabalho, a autora sustenta que as desigualdades de gênero são social e culturalmente estabelecidas (Saffioti, 2004).

Essa afirmação é crucial para a análise das políticas contraceptivas contemporâneas. Se a prevenção da gravidez é tratada como dever prioritário das adolescentes, sem corresponsabilização masculina, a política pode reforçar o que pretende superar. A igualdade

CC BY

REVISTA JURIS VERDI | V. 3 , N. 1, JAN/MAR. 2026
ISSN 3085-797X

formal proclamada nos documentos internacionais precisa se transformar em igualdade substantiva. O paradigma de Pequim não se limita ao acesso a serviços, mas envolve empoderamento e transformação estrutural.

A ampliação do implante hormonal entre adolescentes no Ceará pode ser analisada não apenas como política sanitária, mas como dispositivo de regulação populacional. Michel Foucault (1988; 2008) demonstra que, a partir do século XVIII, o poder deixa de incidir apenas sobre o território e passa a incidir sobre a vida — fenômeno que denomina biopolítica. Trata-se da gestão da população por meio do controle da natalidade, da sexualidade, da saúde e da reprodução.

Segundo Foucault (1988), o poder moderno não opera predominantemente pela repressão, mas pela produção de saberes e pela normalização dos corpos. A sexualidade torna-se objeto privilegiado dessa racionalidade governamental. Nesse sentido, políticas públicas voltadas à redução da gravidez na adolescência podem ser compreendidas como práticas de governamentalidade, isto é, estratégias pelas quais o Estado orienta condutas individuais sob o argumento da proteção coletiva.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, representou uma inflexão histórica ao deslocar o debate demográfico do controle populacional para os direitos humanos e a autonomia das mulheres. O Programa de Ação estabelece que a saúde reprodutiva envolve “a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e segura” e que decisões sobre fecundidade devem ser livres de coerção (ONU, 1994). A Declaração e Plataforma de Ação de Pequim (1995) também enfatiza que igualdade de gênero exige distribuição equitativa das responsabilidades familiares entre homens e mulheres, elemento crucial para a análise crítica das políticas centradas exclusivamente no corpo feminino.

A oferta do implante hormonal, ao incidir diretamente sobre o corpo adolescente feminino, insere-se nesse campo de gestão da vida. Não se trata de afirmar que a política seja ilegítima; ao contrário, a ampliação do acesso pode representar garantia de direitos reprodutivos conforme delineado no Cairo e em Pequim. Contudo, a análise foucaultiana exige que se investigue como o discurso da prevenção organiza formas específicas de subjetivação.

CC BY

REVISTA JURIS VERDI | V. 3 , N. 1, JAN/MAR. 2026
ISSN 3085-797X

Quando a prevenção da gravidez é convertida em prioridade estatística, a adolescente passa a ser interpelada como sujeito responsável pelo controle do risco. A autonomia feminina é então construída dentro de uma racionalidade técnica que privilegia soluções biomédicas. Entretanto, o próprio Programa do Cairo adverte que serviços de saúde reprodutiva devem ser prestados "sem qualquer forma de coerção" (ONU, 1994), o que impõe examinar se políticas focalizadas em adolescentes vulneráveis preservam plenamente a liberdade informada ou se operam sob lógicas implícitas de controle social.

Michele Goodwin (2020), ao analisar o controle jurídico e social sobre a reprodução feminina, demonstra como políticas reprodutivas podem, em determinados contextos, produzir criminalização simbólica da maternidade e controle seletivo sobre corpos femininos, especialmente de mulheres vulneráveis. Sua análise evidencia que intervenções reprodutivas devem ser permanentemente examinadas sob a ótica da justiça social, para evitar que mecanismos de proteção se convertam em instrumentos de regulação desigual.

Conforme Bourdieu (2002), a dominação masculina opera por meio de esquemas simbólicos que naturalizam a atribuição às mulheres das responsabilidades ligadas à reprodução e ao cuidado. A intervenção prioritária no corpo feminino pode, ainda que involuntariamente, reforçar tais estruturas. Pequim é clara ao afirmar que igualdade requer corresponsabilização entre homens e mulheres — o que tensiona políticas que concentram a prevenção exclusivamente no corpo adolescente feminino.

Flávia Piovesan (2018), ao analisar a incorporação dos tratados internacionais de direitos humanos no Brasil, sustenta que os direitos das mulheres integram o núcleo essencial da dignidade humana e impõem ao Estado deveres positivos de proteção e promoção. Isso significa que políticas reprodutivas devem ser avaliadas não apenas pela eficácia técnica, mas pela capacidade de garantir igualdade substantiva.

Nesse ponto, a reflexão de Vasconcelos e Segundo (2023) mostra-se particularmente pertinente. Ao analisar a tensão entre norma formal e desigualdades concretas, os autores afirmam que "a igualdade formal não elimina desigualdades materiais e sociais" (VASCONCELOS; AZEVEDO SEGUNDO, 2023) [5]. Tal advertência ilumina o debate atual:

[5] A afirmação de Vasconcelos e Azevedo Segundo insere-se no debate sobre a insuficiência da igualdade meramente formal para enfrentar desigualdades estruturais. No presente artigo, a citação é mobilizada para sustentar que a ampliação do acesso ao implante não elimina condicionantes sociais que produzem vulnerabilidade reprodutiva.

CC BY

REVISTA JURIS VERDI | V. 3 , N. 1, JAN/MAR. 2026
ISSN 3085-797X

ampliar o acesso ao implante hormonal não elimina automaticamente os condicionantes estruturais que atravessam a gravidez precoce — evasão escolar, pobreza intergeracional, desigualdade de gênero e ausência de educação sexual qualificada.

Do mesmo modo, a crítica desenvolvida por Marcus Maurícius de Holanda (2025) aponta que "a ênfase técnica sobre soluções imediatas pode ocultar desigualdades estruturais e problemas mais complexos" (Holanda, 2025) [6]. A analogia é direta: a centralidade do método contraceptivo de longa duração pode produzir abordagem fragmentada quando desvinculada de políticas educativas estruturantes.

A medicalização, nesse contexto, opera como extensão da biopolítica. Ao redefinir a gravidez precoce como problema prioritariamente hormonal, deslocam-se para o campo médico questões estruturais — desigualdade social, evasão escolar, violência de gênero e ausência de educação sexual integral. Foucault (1988) demonstra que o poder sobre a sexualidade se exerce por meio de discursos científicos que legitimam práticas de normalização. Assim, o implante hormonal pode assumir dupla face: instrumento de autonomia e dispositivo de regulação populacional.

A tensão se intensifica quando se observa o cenário normativo brasileiro. O Projeto de Lei nº 4.844/2023 propõe a proibição da educação sexual nas escolas. Caso aprovado, produziria uma inversão normativa preocupante: amplia-se a intervenção biomédica enquanto se restringe o debate educativo — justamente o que Cairo (1994) e Pequim (1995) consideram condição para escolhas livres e informadas. A biopolítica, nesse caso, atuaria de forma seletiva: regula-se o corpo, mas limita-se a formação crítica.

Silvia Pimentel (2006) acrescenta que o direito à saúde reprodutiva envolve acesso à informação qualificada e ausência de discriminação estrutural. Tal elemento dialoga diretamente com a necessidade de educação sexual integral como condição de autonomia.

A Agenda 2030, por meio do ODS 5, como já mencionado, reafirma o compromisso com o empoderamento de mulheres e meninas (ONU, 2015). A UNESCO (2018) sustenta que programas de educação sexual integral baseados em evidências reduzem gravidez precoce e ISTs ao promover conhecimento, negociação e corresponsabilização. Sob a perspectiva

[6] A reflexão de Holanda, originalmente vinculada à crítica de modelos técnicos reducionistas no constitucionalismo ambiental, é aqui aplicada analogicamente para problematizar a centralidade de soluções biomédicas isoladas em políticas de saúde sexual.

CC BY

REVISTA JURIS VERDI | V. 3 , N. 1, JAN/MAR. 2026
ISSN 3085-797X

foucaultiana, a educação sexual integral pode ser compreendida como prática que tensiona o poder disciplinar ao ampliar a reflexividade dos sujeitos.

A ausência de educação sexual estruturada, associada à centralidade do método hormonal, pode produzir o que Foucault (2008) denomina "tecnologias de si" orientadas externamente — práticas pelas quais o indivíduo administra seu corpo segundo prescrições técnicas, sem participação plena na construção crítica do saber sobre sua própria sexualidade.

Nesse sentido, autonomia feminina não pode ser confundida com mera disponibilidade tecnológica. Ela exige escolha informada, ausência de coerção, igualdade substantiva e corresponsabilização de gênero. Sem esses elementos, a política corre o risco de promover uma autonomia restrita — eficaz na redução estatística da gravidez, mas insuficiente para realizar o projeto emancipatório internacional que vincula saúde reprodutiva à transformação estrutural das relações de poder entre homens e mulheres.

Assim, o debate sobre implantes hormonais em adolescentes no Ceará não pode ser reduzido a uma dicotomia simplista entre ser "a favor" ou "contra" o método. A questão central é se a política pública está alinhada ao paradigma emancipatório de Cairo, Pequim e do ODS 5 — que vinculam saúde reprodutiva à igualdade de gênero, justiça social e educação baseada em evidências — ou se opera predominantemente como instrumento técnico de gestão da fertilidade feminina.

Autonomia feminina, nesse contexto, não se esgota no acesso à tecnologia. Ela exige informação, igualdade substantiva, corresponsabilização masculina, proteção contra violência e políticas educacionais que ampliem a capacidade reflexiva das adolescentes. Sem esses elementos, o risco é transformar a promessa de emancipação em nova forma de regulação do corpo feminino.

4. CONCLUSÃO

A análise desenvolvida ao longo deste artigo evidencia que a expansão do implante hormonal subdérmico nos municípios cearenses não pode ser reduzida a uma avaliação binária entre aprovação ou rejeição do método. Trata-se de reconhecer sua eficácia técnica na prevenção da gravidez e, simultaneamente, examinar seus limites quando desvinculado de estratégias estruturais de promoção da igualdade de gênero e proteção integral à saúde sexual.

CC BY

REVISTA JURIS VERDI | V. 3 , N. 1, JAN/MAR. 2026
ISSN 3085-797X

Os marcos internacionais inaugurados pelo Cairo (1994) e aprofundados em Pequim (1995) estabeleceram que saúde reprodutiva é direito humano e que decisões sobre fecundidade devem ocorrer com informação, educação, ausência de coerção e corresponsabilização entre homens e mulheres. A Agenda 2030 reforça esse compromisso ao vincular autonomia corporal ao empoderamento feminino e à eliminação de desigualdades estruturais. Sob essa perspectiva, a simples ampliação do acesso a um método contraceptivo, ainda que tecnologicamente eficaz, não esgota o conteúdo normativo da autonomia reprodutiva.

Os dados epidemiológicos recentes revelam cenário ambivalente, confirma-se parcialmente a hipótese, a política de ampliação do implante hormonal pode representar avanço na garantia de direitos reprodutivos, mas, quando desvinculada de educação sexual integral e corresponsabilização masculina, tende a deslocar para as meninas o ônus da gestão do risco reprodutivo. À luz da teoria da biopolítica, tal movimento pode ser compreendido como racionalidade governamental que opera por meio da normalização dos corpos e da produção de subjetividades responsáveis pelo autocontrole.

Isso não implica rejeição do método contraceptivo, mas exige redimensionamento da política pública. A efetivação substantiva da autonomia feminina demanda integração entre tecnologia contraceptiva, prevenção combinada de ISTs, educação sexual baseada em evidências, enfrentamento da violência de gênero e participação masculina nas responsabilidades reprodutivas. A ausência ou fragilização da educação sexual integral, somada à centralização da intervenção no corpo adolescente feminino, aproxima-se do que a literatura crítica identifica como medicalização da vulnerabilidade social.

À luz da teoria da biopolítica, a política contraceptiva pode assumir dupla face: instrumento de garantia de direitos e, simultaneamente, mecanismo de regulação populacional. A diferença entre essas duas possibilidades reside na presença — ou ausência — de informação qualificada, escolha livre, igualdade substantiva e corresponsabilização de gênero. Quando a prevenção da gravidez é convertida em prioridade estatística desvinculada de políticas educativas estruturantes, corre-se o risco de transformar promessa emancipatória em gestão tecnificada da fertilidade feminina.

Conclui-se, portanto, que a efetivação plena do direito à saúde reprodutiva exige abordagem integrada que articule tecnologia contraceptiva, prevenção combinada de ISTs, educação sexual baseada em evidências, enfrentamento da violência de gênero e participação

CC BY

REVISTA JURIS VERDI | V. 3 , N. 1, JAN/MAR. 2026
ISSN 3085-797X

masculina. A autonomia feminina não se confunde com mera disponibilidade tecnológica. Ela pressupõe condições estruturais, informação qualificada, igualdade material e liberdade efetiva de escolha. O desafio contemporâneo não reside em optar entre contracepção e educação, mas em construir políticas públicas que articulem ambas sob perspectiva emancipatória, alinhada aos compromissos internacionais de direitos humanos e à promessa constitucional de dignidade e igualdade.

5. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Ana Thereza Meirelles; SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Direitos reprodutivos e a saúde da mulher**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, Salvador, v. 12, n. 1, p. 8–9, mar. 2023. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1002. Acesso em: 27 fev. 2026.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Tradução Maria Helena Kühner. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BRASIL. Agência Brasil. **Brasil recebe mais de 100 mil implantes contraceptivos Implanon**. Brasília, DF, 20 set. 2025b. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/saude/audio/2025-09/brasil-recebe-mais-de-100-mil-implantes-contraceptivos-implanon. Acesso em: 24 fev. 2026.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n. 3.032-A, de 2020**. Avulso. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2021. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2254627&filename=Avulso%20PL%203032%2F2020. Acesso em: 24 fev. 2026.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n. 4.844, de 2023: dispõe sobre a proibição da educação sexual nas escolas de educação básica**. Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2349916. Acesso em: 18 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV e Aids 2024**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acesso em: 25 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV e Aids 2025**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acesso em: 25 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde recebe as primeiras unidades do Implanon**. Brasília, DF, 19 set. 2025a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-

CC BY

REVISTA JURIS VERDI | V. 3 , N. 1, JAN/MAR. 2026
ISSN 3085-797X

br/assuntos/noticias/2025/setembro/ministerio-da-saude-recebe-as-primeiras-unidades-do-implanon. Acesso em: 24 fev. 2026.

BRASIL. **Projeto de Lei n. 3.032, de 2020: dispõe sobre a oferta gratuita do implante contraceptivo subdérmico na rede pública de saúde**. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2041888&filename=Avulso+-PL+3032/2020. Acesso em: 24 fev. 2026.

BRASIL. **Projeto de Lei n. 4.844, de 2023: dispõe sobre a proibição da educação sexual nas escolas**. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2351530&filename=Avulso%20PL%204844/2023. Acesso em: 24 fev. 2026.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Comissão de Saúde. **Parecer ao Projeto de Lei n. 3.032/2020**. Brasília, DF, 22 set. 2023. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2332422. Acesso em: 24 fev. 2026.

CAUCAIA (Município). Prefeitura Municipal de Caucaia. **Prefeitura de Caucaia inicia inserção do Implanon na rede municipal de saúde**. Caucaia, 7 jan. 2026. Disponível em: https://www.caucaia.ce.gov.br/informa.php?id=2150. Acesso em: 24 fev. 2026.

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. **Relatório para recomendação: implante contraceptivo subdérmico de etonogestrel para adolescentes (14 a 17 anos)**. Brasília, DF, 28 maio 2025. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2025/resoc_542_implanon_contracepcao_adolescente.pdf. Acesso em: 24 fev. 2026.

ELDRIDGE, Laura. **In our control: the complete guide to contraceptive choices for women**. New York: Seven Stories Press, 2019.

EUSÉBIO (Município). Prefeitura Municipal de Eusébio. **Eusébio iniciará a implantação do Implanon para adolescentes**. Eusébio, 9 jan. 2026a. Disponível em: https://eusebio.ce.gov.br/informa/7201/eus-bio-iniciar-a-implanta-o-do-implanon-para-adol. Acesso em: 24 fev. 2026.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Tradução Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população: curso no Collège de France (1977-1978)**. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FROTA, Lorena. **Caucaia inicia inserção de Implanon na rede municipal de saúde**. O Povo, Fortaleza, 22 jan. 2026. Disponível em: https://www.opovo.com.br/noticias/ceara/caucaia/2026/01/22/caucaia-inicia-insercao-de-implanon-na-rede-municipal-de-saude.html. Acesso em: 24 fev. 2026.

CC BY

REVISTA JURIS VERDI | V. 3 , N. 1, JAN/MAR. 2026
ISSN 3085-797X

GOODWIN, Michele. **Policing the womb: invisible women and the criminalization of motherhood**. Cambridge: Cambridge University Press, 2020.

HOLANDA, Marcus Mauricius. **A teoria do decrescimento e sua aplicação no constitucionalismo brasileiro para o alcance da sustentabilidade**. 2. ed. Curitiba: Editora CRV, 2025.

HOLANDA, Marcus Mauricius. **Análise constitucional do acesso ao trabalho digno como instrumento do desenvolvimento econômico e social**. 4. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2025.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Cairo, 1994**. Nova York: ONU, 1994.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nova York: ONU, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração e Plataforma de Ação de Pequim**. Pequim, 1995.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Gênero, patriarcado e violência**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

SENADO FEDERAL. **CDH debate implante contraceptivo em crianças e adolescentes**. Senado Notícias / TV Senado, Brasília, DF, 25 nov. 2025b. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/tv/plenario-e-comissoes/comissao-de-direitos-humanos-e-legislacao-participativa/2025/11/cdh-debate-implante-contraceptivo-em-criancas-e-adolescentes. Acesso em: 24 fev. 2026.

SENADO FEDERAL. Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa. **Implantes contraceptivos em adolescentes: fundamentos e implicações (audiência pública – e-Cidadania)**. Brasília, DF, 2025a. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/ecidadania/visualizacaoaudiencia?id=36466. Acesso em: 24 fev. 2026.

SILVA, A. et al. **Comportamento sexual e uso de preservativo entre adolescentes brasileiros**. Revista Brasileira de Saúde Pública, v. 57, 2023.

SISTEMA JANGADEIRO. **Caucaia passa a oferecer implante contraceptivo gratuitamente para mulheres entre 14 e 49 anos**. Jornal Jangadeiro, Fortaleza, 22 jan. 2026. Disponível em: https://www.jangadeiro.com.br/jornal-jangadeiro/caucaia-passa-a-oferecer-implante-contraceptivo-gratuitamente-para-mulheres-entre-14-e-49-anos/. Acesso em: 24 fev. 2026.

UNESCO. **International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach**. Paris: UNESCO, 2018. Disponível em: https://www.icmec.org/wp-

CC BY

REVISTA JURIS VERDI | V. 3 , N. 1, JAN/MAR. 2026
ISSN 3085-797X

content/uploads/2018/01/International-Technical-Guidance-on-Sexuality-Education-Jan-2018.pdf. Acesso em: 24 fev. 2026.

VASCONCELOS, Vanessa Lopes; AZEVEDO SEGUNDO, Francisco Damazio de. **A prevalência da norma interna da minoria em relação ao direito estatal no caso concreto**. Revista da UNIFOR, Fortaleza, 2023. Disponível em: https://unifor.br/documents/392178/3101527/Vanessa+Lopes+Vasconcelos+e+Francisco+Damazio+de+Azevedo+Seg.pdf/0ca6f0c6-80d4-c8f3-bd40-501a511f0bb7. Acesso em: 18 fev. 2026.

CC BY