

Contracepção na adolescência — métodos, critérios de elegibilidade e aspectos legais

Aconselhamento confidencial, LARC, critérios de elegibilidade (OMS 2025 e CDC 2024), contraindicações do estrogênio, contracepção de emergência, interações, mitos, deficiência e aspectos legais, segundo a SBP (GPA nº 122/2023) e o Ministério da Saúde

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A contracepção é oferecida em **consulta confidencial**, com tempo a sós e os limites do sigilo explicados. A adolescente capaz de avaliar o próprio problema pode ser atendida e receber o método **sem a presença dos responsáveis** (SBP, GPA nº 122/2023; ECA; Código de Ética Médica, art. 74; MS 2016). **Não adie o início**: se o método ideal não estiver disponível, prescreva um provisório. Para a SBP, os **LARC** (DIU de cobre ou hormonal, implante) são os mais eficazes, com falha abaixo de 1% ao ano. O implante foi **incorporado ao SUS em 2025 para 14 a 17 anos** (Portaria SECTICS/MS nº 48/2025). A orientação é sempre a **dupla proteção**: preservativo associado a um método eficaz. **O estrogênio é contraindicado** na enxaqueca com aura, na trombose ou trombofilia, no lúpus, na hepatopatia grave e na hipertensão. A **contracepção de emergência** é o levonorgestrel 1,5 mg em dose única, o quanto antes, idealmente em 12–24 h, até 120 h (SBP; MS). Quase tudo se resolve no consultório (🟢). Comorbidades pedem encaminhamento ao ginecologista da infância e adolescência (🟡). Vão ao **pronto-socorro** (🔴): sinais de trombose ou AVC em usuária de estrogênio, dor pélvica com atraso menstrual e violência sexual recente.

1. O que é e como se apresenta

Gravidez no primeiro ano de uso típico (SBP 2023): nenhum método 85%; preservativo 18%; pílula combinada 9%; AMP trimestral cerca de 6% (0,7% com reaplicação em dia); DIU de cobre 0,8%; DIU com levonorgestrel 0,2%; implante 0,05%.

Métodos (SBP 2023; quadro de métodos do SUS, Conitec 2025):

- **LARC**, que independem da adesão:
 - **Implante de etonogestrel**: 3 anos; amenorreia em cerca de 40% e sangramento irregular comum. No SUS: 14 a 17 anos (Portaria SECTICS/MS nº 48/2025) e 18 a 49 anos (nº 47/2025).
 - **DIU de cobre**: está no SUS e serve **independentemente da paridade**. Não é abortivo; a doença inflamatória pélvica (DIP) é rara e ligada à inserção.
 - **DIU com levonorgestrel**: reduz o fluxo e a dismenorreia e é o preferido quando há sangramento intenso ou anemia. **Não está no SUS**.
- **Progestágeno isolado**: AMP trimestral e minipílula de noretisterona (ambos no SUS); desogestrel.
- **Combinados**: pílula e injetável mensal (no SUS), anel e adesivo. Podem ser usados desde a menarca, mas dependem de adesão.

- **Preservativo** externo e interno: é a única proteção contra IST.
- **Métodos comportamentais:** não recomendados (ciclos anovulatórios nos primeiros anos).
- **Esterilização:** não é opção. A lei exige capacidade civil plena e mais de 21 anos ou dois filhos vivos (Lei nº 9.263/1996, com redação da Lei nº 14.443/2022).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Adolescente saudável que pede ou precisa de contracepção, sem contraindicação; pedido de contracepção de emergência; dúvidas, mitos ou efeitos leves (sangramento irregular, mastalgia)	O pediatra aconselha e prescreve, começando no mesmo dia, com dupla proteção. Para LARC, encaminha à inserção e dá um método provisório. Retorno programado
● Moderada	Condição que restringe métodos: enxaqueca com aura, trombose ou trombofilia, lúpus, hipertensão, cardiopatia, hepatopatia, transplante, epilepsia com indutor enzimático, uso de teratogênico. Também: deficiência; sangramento intenso com anemia; efeito adverso persistente; menor de 14 anos com vida sexual	Encaminhar com prioridade ao ginecologista da infância e adolescência, junto com o especialista da doença de base. Enquanto isso, método sem estrogênio . Se houver suspeita de violência, acionar a rede de proteção
● Grave	Usuária de estrogênio com sinais de trombose venosa (dor e edema em uma perna), embolia pulmonar (dispneia súbita, dor torácica) ou AVC (cefaleia súbita intensa, déficit focal, perda visual); dor pélvica aguda com atraso menstrual (ectópica); DIP com mau estado geral; violência sexual recente	Pronto-socorro e suspensão do estrogênio. Na violência sexual, serviço de referência no mesmo dia , sem depender de boletim de ocorrência

Fatores de risco que elevam a gravidade ou restringem métodos

- Enxaqueca com aura, tabagismo, obesidade, imobilidade, trombose na família; lúpus, trombofilia, doença falciforme, cardiopatia, hepatopatia; indutores e teratogênicos.
- Menor de 14 anos, parceiro muito mais velho, álcool e drogas, abuso prévio, gravidez anterior.

3. Diagnóstico no consultório

A consulta (SBP 2023; SBP, MO nº 10/2019) tem três momentos: família e adolescente, adolescente a sós e fechamento. No aconselhamento:

1. Apresentar **todos os métodos**, mesmo os indisponíveis.

2. Procurar contraindicações.
3. Ajudar na escolha, que **é da adolescente**, e confirmá-la.
4. Negociar o uso do preservativo.
5. Marcar retorno próximo.

Anamnese: última menstruação, relação desprotegida recente, enxaqueca e aura, trombose pessoal ou familiar, doenças crônicas, medicamentos e tabagismo.

Exame físico: pressão arterial (obrigatória antes de estrogênio), IMC, mucosas, tireoide e abdome (SBP 2023).

Não é necessário: exame ginecológico ou especular para iniciar método hormonal (CDC 2024), nem **pesquisa de trombofilia** de rotina. Diante de história de trombose, use método sem estrogênio (ver "Trombose venosa e trombofilias na criança e no adolescente").

Exames conforme o caso:

- **β -hCG** se houver atraso menstrual ou dúvida. Se não for possível afastar a gravidez, iniciar o método e repetir o teste depois. O DIU exige certeza de que não há gravidez (SBP 2023).
- **Rastreio de IST** conforme o risco, de preferência antes do DIU, sem atrasar o método (ver "Infecções sexualmente transmissíveis na adolescência").

Não deixar passar: gravidez, ectópica e violência sexual (abaixo de 14 anos, estupro de vulnerável).

Critérios médicos de elegibilidade (OMS, 6ª ed., 2025; CDC US MEC 2024). Categorias: 1, sem restrição; 2, benefícios superam riscos; 3, riscos geralmente superam benefícios; 4, contraindicado. Pontos-chave do US MEC 2024:

CONDIÇÃO	COMBINADOS	IMPLANTE	AMP	PROGESTÁGENO ORAL	DIU-LNG	DIU DE COBRE
Da menarca a < 18 anos	1	1	2	1	2 (< 20 anos)	2 (< 20 anos)
Enxaqueca com aura	4	1	1	1	1	1
Lúpus com antifosfolípide	4	2	3	2	2	1
Trombofilia	4	2	3	2	2	1
Hipertensão controlada ou 140–159/90–99	3	1	2	1	1	1
Hipertensão ≥ 160/100	4	2	3	2	2	1
Antiepiléptico indutor	3	2	1	3	1	1
Lamotrigina em monoterapia	3	1	1	1	1	1

A SBP (2023) lista como **contraindicações absolutas do estrogênio**: hepatopatia grave, tireoidopatia descompensada, **lúpus**, doença tromboembólica, gestação e **cefaleia com aura**. Sobre hipertensão a SBP não se manifesta; o site segue OMS e CDC (categoria 3 ou 4).

4. Tratamento e seguimento

Pediatra: aconselha, prescreve métodos orais, injetáveis e de emergência, encaminha à inserção de LARC e vacina contra HPV e hepatite B. **Ginecologista da infância e adolescência:** LARC, comorbidades, falhas e supressão menstrual na deficiência.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Levonorgestrel (emergência)	1,5 mg VO (ou 0,75 mg 2 vezes)	Dose única (ou 12/12 h)	Uma vez	O quanto antes, idealmente em 12–24 h; até 120 h, com falha maior após 72 h (SBP GPA nº 122/2023); MS: até 120 h (NT nº 2/2025)
Método de Yuzpe (alternativa)	Total de 0,2 mg de etinilestradiol + 1 mg de levonorgestrel	2 doses 12/12 h ou dose única	Até 5 dias	Menos eficaz e contém estrogênio (SBP 2023; MS)
Pílula combinada	Etinilestradiol 15–30 µg + progestágeno (SUS: 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg)	1 comprimido/dia (21/7, 24/4 ou contínuo)	Enquanto desejar	Baixa dose (SBP 2023); com indutor, se inevitável, ≥ 30 µg (CDC 2024)
Desogestrel	75 µg	1 comprimido/dia, sem pausa	Enquanto desejar	Inibe a ovulação; sem estrogênio (SBP 2023)
Noretisterona (minipílula)	0,35 mg	1 comprimido/dia, sem pausa	Enquanto desejar	Horário rígido (SBP 2023; bula)
Acetato de medroxiprogesterona	150 mg IM	A cada 3 meses	Até 18 anos, avaliar risco e benefício	Perda óssea; ganho de 2–3 kg; fertilidade volta em até 1 ano (SBP 2023; bula)
Injetável mensal (ex.: enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg)	1 ampola IM	Mensal	Enquanto desejar	Contém estrogênio, com as mesmas contraindicações (SBP 2023; bula)
Implante de etonogestrel	68 mg subdérmico	—	3 anos	Inserir a qualquer momento, afastada a gravidez (SBP 2023; Conitec 2025)
DIU com levonorgestrel	52 mg	—	5 anos (SBP 2023)	Sangramento intenso, dismenorreia, anemia
DIU de cobre T380A	—	—	Conforme a bula do modelo	Não hormonal; serve para nulíparas (SBP 2023)

Início e seguimento:

- Começar no dia da consulta se for razoável afastar a gravidez, com preservativo nos primeiros dias, conforme a bula.
- Avisar que **sangramento irregular é esperado** nos primeiros meses, sobretudo com < 20 µg de etinilestradiol e com o implante.
- Retorno logo após o início e depois anual, com PA nas usuárias de estrogênio.

Interações (SBP 2023; PCDT de Epilepsia; CDC 2024): fenobarbital, primidona, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, topiramato, felbamato, vigabatrina, rifampicina e micofenolato (PCDT de lúpus) **reduzem a eficácia da pílula**: preferir **DIU ou AMP**. Valproato, levetiracetam e zonisamida não interferem. O estrogênio **reduz o nível da lamotrigina**. Com teratogênicos (isotretinoína, valproato, micofenolato, IECA e BRA), método de alta eficácia, de preferência LARC.

Mitos (SBP 2023; Conitec 2025; SBRH): contracepção **não causa infertilidade**; não há evidência de **ganho de peso** com pílulas e DIU; a pílula de emergência retarda a ovulação e **não é abortiva**; não é preciso "dar pausa"; e o acesso à contracepção de emergência não aumenta o comportamento de risco.

Adolescente com deficiência: apoiar a decisão na medida da sua capacidade (NICE CG30) e rastrear violência sexual; na supressão menstrual, DIU com levonorgestrel e implante são boas opções (AAP 2016). Na imobilidade prolongada, o estrogênio aumenta o risco de trombose e o AMP agrava a perda óssea (CDC 2024).

Não fazer: exigir exame ginecológico, pais ou trombofilia; negar DIU a nulípara; usar a emergência como método regular (o uso repetido é seguro, mas pede um método regular); prescrever estrogênio sem PA e sem perguntar sobre aura e trombose.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Critérios:

- Usuária de estrogênio (pílula, adesivo, anel ou injetável mensal) com suspeita de trombose venosa profunda, embolia pulmonar ou AVC.
- Dor pélvica aguda com atraso menstrual ou β-hCG positivo, sobretudo com sangramento, palidez, taquicardia ou hipotensão.
- DIP em usuária de DIU com febre alta, vômitos, peritonite ou mau estado geral. A DIP leve se trata sem retirar o DIU (SBP 2023).
- Violência sexual recente. O serviço de referência faz a profilaxia do HIV (até 72 h), de IST e de hepatite B, a contracepção de emergência, a coleta de vestígios e a comunicação obrigatória à polícia (PCDT PEP 2024; Lei nº 12.845/2013, art. 3º, IX, incluído pela Lei nº 15.516/2026).

Como encaminhar:

- Suspende o estrogênio, sem anticoagular no consultório; no AVC, anotar a hora de início.
- Ectópica: acesso venoso, cristalóide se hipotensão, jejum e analgesia.
- Se houver hipoxemia, oxigênio para manter **SpO2 entre 94% e 98%**.
- Na violência, **notificação obrigatória (compulsória)** e comunicação ao Conselho Tutelar, que é sempre obrigatória abaixo de 14 anos.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

Orientações à adolescente (e à família, quando ela autorizar):

- **Preservativo em toda relação**, mesmo com outro método: só ele protege contra IST e HIV.
- **Esquecimento da pílula ou falha do preservativo**: levonorgestrel 1,5 mg o quanto antes. No SUS, está na unidade básica, sem receita.
- **Atraso menstrual**: fazer teste de gravidez.
- **Pronto-socorro na hora**: dor ou inchaço em uma perna; falta de ar súbita ou dor no peito; dor de cabeça súbita e muito forte, perda de visão, fala enrolada ou fraqueza de um lado; dor forte no pé da barriga com atraso menstrual; febre com dor pélvica em usuária de DIU.
- **Voltar ao serviço**: fio do DIU ou implante não sentidos; sangramento intenso; enxaqueca com "luzes" antes da dor (aura), que obriga a trocar o método com estrogênio.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Versão	GPA nº 122, 12/12/2023	Cuidando de Adolescentes 2016; Conitec 2025	Policy e Clini- cal Report, jul/2025; defici- ência 2016	CG30, 2005, atualizada em 2019	SEPEAP, Pedi- atria Integral 2022	—	—	—
Primeira escolha	LARC são os mais eficazes; não adiar	Implante no SUS de 14 a 17 anos (Por- taria nº 48/2025)	Leque comple- to, centrado na adolescente, sem hierarquia	Informar que os LARC são os mais eficazes	LARC (incluin- do AMP) pela adesão	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Estrogênio e elegibilidade	Crítérios da OMS; lúpus e aura contraindicam	Avaliação individual	US MEC 2024	Sem posição localizada na CG30	Crítérios da OMS	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Emergência	LNG 1,5 mg até 120 h, ide- al em 12–24 h	Até 120 h, na UBS (NT nº 2/2025)	Faz parte do leque	Não abordada na CG30	LNG até 72 h; ulipristal e DIU até 120 h; sem receita	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Sigilo e consentimento	Sem os pais se capaz; DIU ou implante < 14 anos com os pais	10–19 anos sem os pais, se preferirem	Confidenciali- dade e tempo a sós	Crítérios de Fraser < 16 anos	Prescrever e registrar; con- sentimento se- xual aos 16 anos	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: As referências concordam no essencial: oferecer contracepção com confidencialidade, sem exigir pais nem exame ginecológico; dupla proteção; emergência o quanto antes, idealmente em 12–24 h, até 120 h (SBP; MS); elegibilidade pelos critérios da OMS ou do CDC, que contraindicam o estrogênio na enxaqueca com aura, na trombofilia, no lúpus com antifosfolípide (a SBP, em todo lúpus, como em "Lúpus eritematoso sistêmico juvenil") e na hipertensão grave. As divergências estão em dois pontos:

1. **Posição dos LARC.** A SBP (2023), apoiada na AAP de 2014, coloca os LARC como os mais eficazes e a melhor opção. A **AAP de 2025** trocou essa hierarquia por um aconselhamento centrado na adolescente, com todas as opções e sem coação.
2. **Consentimento.** Abaixo de 14 anos, a SBP (GPA nº 122/2023) mantém o sigilo da contracepção, mas exige o consentimento dos responsáveis para DIU e implante (procedimentos invasivos); a Inglaterra aplica os critérios de Fraser abaixo de 16 anos.

O site adota a posição da SBP: LARC como a opção mais eficaz, oferecida sem coação, e consentimento dos responsáveis para DIU e implante abaixo de 14 anos. Onde a SBP não se manifesta (hipertensão, implante no SUS), o site segue o Ministério da Saúde e, na falta dele, OMS e CDC.

PONTOS PRÁTICOS

1. Pedido de contracepção é oportunidade: comece no mesmo dia, com preservativo junto, e dê um método provisório enquanto espera o DIU ou o implante.
2. Antes de estrogênio, pergunte sobre aura, trombose, lúpus e tabagismo e meça a PA. Na dúvida, use progestágeno isolado ou LARC.
3. Indutor enzimático ou rifampicina reduzem a eficácia da pílula: prefira DIU ou AMP. Estrogênio com lamotrigina descompensa a epilepsia.
4. Levonorgestrel 1,5 mg em dose única, o quanto antes (idealmente em 12–24 h; até 120 h).
5. A adolescente pode receber contracepção sem os responsáveis; abaixo de 14 anos, DIU e implante exigem o consentimento deles (SBP). O sigilo só se quebra em situação de risco, avisando-a antes.
6. Menor de 14 anos com vida sexual: avalie o contexto e registre no prontuário. Se houver violência, faça a notificação obrigatória (compulsória) e comunique o Conselho Tutelar.

Veja também, nesta Biblioteca: **Infecções sexualmente transmissíveis na adolescência** (Infectologia); **Trombose venosa e trombofilias na criança e no adolescente** (Hematologia); **Lúpus eritematoso sistêmico juvenil** (Reumatologia); **Epilepsias na infância — classificação ILAE e escolha do anticonvulsivante** (Neurologia e desenvolvimento); **Síndrome dos ovários policísticos na adolescente** (Endocrinologia); **Vulvovaginites, sinéquia de pequenos lábios e sinais de abuso sexual** (Patologias do consultório); **Sexualidade na adolescência — orientação, identidade de gênero, gravidez na adolescência e prevenção** e **A consulta do adolescente — entrevista HEEADSSS, sigilo, atendimento desacompanhado e aspectos éticos e legais** (Medicina do adolescente).

8. Fontes

- SBP, Departamento Científico de Medicina do Adolescente. Atualização sobre métodos efetivos de contracepção na adolescência (GPA nº 122), 12/12/2023. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Cuidando de adolescentes, 2016. [PDF](#)
- Conitec. Relatório de Recomendação nº 1.020 (implante de etonogestrel, 14 a 17 anos), 2025. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Portarias SECTICS/MS nº 48 (implante, 14 a 17 anos) e nº 47 (18 a 49 anos), de 8 de julho de 2025. [nº 48](#) · [nº 47](#)

- Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 2/2025-COSAJ/CGCRIAJ/DGCI/SAPS/MS, 2025. gov.br
- Lei nº 9.263/1996 (redação da Lei nº 14.443/2022). planalto.gov.br
- Lei nº 12.845/2013, alterada pela Lei nº 15.516/2026. planalto.gov.br
- SBRH. Anticoncepção de emergência. sbrh.org.br
- CDC. U.S. Medical Eligibility Criteria, 2024. MMWR Recomm Rep 2024;73(4). [PDF](#)
- OMS. Medical eligibility criteria, 6ª ed., 2025. [PubMed](#)
- AAP. Ott MA et al. Contraception for Adolescents (Policy Statement) e Clinical Report. Pediatrics 2025;156(1). [PubMed](#)
- AAP. Quint EH, O'Brien RF. Menstrual Management for Adolescents With Disabilities. Pediatrics 2016;138(1):e20160295. [PubMed](#)
- NICE. Long-acting reversible contraception (CG30), 2005, atualizada em 2019. nice.org.uk
- SEPEAP. Anticoncepción en la adolescencia. Pediatr Integral 2022;XXVI(5):280–288. [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.