

A CAPACIDADE DE AUTODETERMINAÇÃO DO ADOLESCENTE EM CONTEXTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE: DELIMITAÇÃO JURÍDICA DA INTERVENÇÃO PARENTAL À LUZ DO CONSTRUCTO DO “MENOR MADURO”

THE ADOLESCENT’S CAPACITY FOR SELF-DETERMINATION IN HEALTHCARE SETTINGS: THE LEGAL BOUNDARIES OF PARENTAL INTERVENTION IN LIGHT OF THE “MATURE MINOR” DOCTRINE

LA CAPACIDAD DE AUTODETERMINACIÓN DEL ADOLESCENTE EN CONTEXTOS ASISTENCIALES DE SALUD: DELIMITACIÓN JURÍDICA DE LA INTERVENCIÓN PARENTAL A LA LUZ DEL CONSTRUCTO DEL “MENOR MADURO”

 <https://doi.org/10.56238/arev8n2-054>

Data de submissão: 10/01/2026

Data de publicação: 10/02/2026

Edília Gama Pimentel

Mestre em Direito

Instituição: Universidade de Santa Cecília (UNISANTA)

E-mail: edilia.gamapimentel@gmail.com

Renata Salgado Leme

Doutorando em Direito

Instituição: Universade de Santa Cecília (UNISANTA)

E-mail: renataleme@aasp.org.br

RESUMO

O presente artigo analisa, sob enfoque jurídico-dogmático, como se estabelecem os limites do poder familiar quando adolescentes precisam participar de decisões relacionadas à sua própria saúde. Parte-se da compreensão de que, embora ainda dependam formalmente de seus responsáveis, esses jovens desenvolvem, de maneira gradual, discernimento, valores e identidade própria. Por essa razão, devem ser acompanhados e orientados para assumir, de forma progressiva, sua capacidade de autodeterminação. O estudo busca identificar em que medida o ordenamento jurídico brasileiro permite que adolescentes tenham voz real nas escolhas terapêuticas que lhes dizem respeito — especialmente em situações que envolvem fragilidades, riscos ou impactos significativos sobre sua dignidade. Para tanto, adota-se o método hipotético-dedutivo, aliado a uma revisão ampla da literatura doutrinária e normativa pertinente. A análise se concentra na teoria do “menor maduro”, desenvolvida inicialmente no campo da bioética e posteriormente incorporada ao debate jurídico. Essa abordagem oferece parâmetros para avaliar quando o adolescente possui condições de compreender informações médicas e, assim, manifestar consentimento informado ou até mesmo recusar determinados tratamentos. Defende-se que reconhecer, de forma gradual, a autonomia juvenil reforça a dignidade do paciente, favorecendo práticas de cuidado mais sensíveis às suas experiências, expectativas e valores pessoais. Ao mesmo tempo, ressalta-se que essa ampliação da participação deve ocorrer com equilíbrio: sem desconsiderar o papel essencial do poder familiar como instância protetiva e necessária para resguardar o melhor interesse do adolescente.

Palavras-chave: Autonomia do Adolescente. Autoridade Parental. Menor Maduro. Consentimento Informado. Direito à Saúde.

ABSTRACT

The present article examines, from a legal-dogmatic perspective, how the limits of parental authority are defined when adolescents are required to participate in decisions concerning their own health. It is based on the understanding that, although formally dependent on their legal guardians, these young individuals gradually develop discernment, personal values, and their own identity. For this reason, they should be guided and supported so they may progressively exercise their capacity for self-determination. The study seeks to identify the extent to which the Brazilian legal system allows adolescents to effectively participate in therapeutic decisions that affect them—particularly in situations involving vulnerabilities, potential risks, or significant impacts on their dignity. To this end, the hypothetical-deductive method is adopted, combined with a comprehensive review of relevant doctrinal and normative literature. The analysis focuses on the “mature minor” doctrine, initially developed within the field of bioethics and later incorporated into legal discussions. This framework provides criteria for assessing when an adolescent has sufficient capacity to understand medical information and, consequently, to provide informed consent or even refuse certain treatments. It is argued that the gradual recognition of adolescent autonomy strengthens the patient’s dignity and promotes care practices that are more attuned to their experiences, expectations, and personal values. At the same time, the article highlights that the expansion of such participation must occur with balance, without disregarding the essential protective role of parental authority in safeguarding the adolescent’s best interests.

Keywords: Autonomy of Will. Human Rights. Advance Directives of Will. End of Life. Human Dignity.

RESUMEN

El presente artículo analiza, desde un enfoque jurídico-dogmático, cómo se establecen los límites del poder familiar cuando los adolescentes necesitan participar en decisiones relacionadas con su propia salud. Se parte de la comprensión de que, aunque aún dependan formalmente de sus responsables, estos jóvenes desarrollan de manera gradual discernimiento, valores y una identidad propia. Por ello, deben ser acompañados y orientados para asumir, de forma progresiva, su capacidad de autodeterminación. El estudio busca identificar en qué medida el ordenamiento jurídico brasileño permite que los adolescentes tengan una participación real en las decisiones terapéuticas que les conciernen, especialmente en situaciones que implican vulnerabilidades, riesgos o impactos significativos sobre su dignidad. Para ello, se adopta el método hipotético-deductivo, junto con una revisión amplia de la literatura doctrinaria y normativa pertinente. El análisis se centra en la teoría del “menor maduro”, desarrollada inicialmente en el campo de la bioética y posteriormente incorporada al debate jurídico. Este enfoque ofrece parámetros para evaluar cuándo el adolescente posee la capacidad de comprender la información médica y, en consecuencia, manifestar consentimiento informado o incluso rechazar determinados tratamientos. Se sostiene que el reconocimiento gradual de la autonomía juvenil fortalece la dignidad del paciente y favorece prácticas asistenciales más sensibles a sus experiencias, expectativas y valores personales. Al mismo tiempo, se resalta que esta ampliación de la participación debe ocurrir con equilibrio, sin desconsiderar el papel esencial del poder familiar como instancia protectora indispensable para resguardar el mejor interés del adolescente.

Palabras clave: Autonomía del Adolescente. Autoridad Parental. Menor Maduro. Consentimiento Informado. Derecho a la Salud.

1 INTRODUÇÃO

O debate sobre o poder familiar, a autonomia do adolescente e a teoria do menor maduro permanece atual e relevante, especialmente diante dos dilemas bioéticos que permeiam a vida cotidiana. Embora o tema seja constantemente discutido em ambientes clínicos e jurídicos, ainda há escassez de produção bibliográfica capaz de oferecer respostas consistentes às situações que surgem na prática.

O exercício da autoridade parental vem se transformando: se antes prevalecia um modelo centrado na heteronomia materna e paterna, hoje o percurso natural do desenvolvimento infantil exige um movimento gradual de transição para a autonomia do filho. Nesse cenário, a teoria do menor maduro reforça a importância de estimular o adolescente a participar das decisões que o afetam, reconhecendo que ele é capaz de desenvolver discernimento progressivo e de assumir escolhas que expressam sua individualidade.

No entanto, o ordenamento jurídico brasileiro ainda não apresenta diretrizes claras sobre como devem ser solucionadas questões envolvendo a participação do adolescente em decisões de saúde. A autonomia juvenil, embora reconhecida em alguns dispositivos, não encontra regulamentação detalhada. Assim, a tradicional relação médico–pais/responsáveis adquire nova configuração, passando a incluir o adolescente como protagonista do processo decisório, o que torna essa tríade — médico, adolescente e família — mais dinâmica e complexa.

Cabe aos pais e responsáveis assegurar cuidados, orientação, proteção e representação jurídica, sempre buscando preservar os melhores interesses do adolescente. Contudo, surgem desafios significativos quando se trata de equilibrar essa função protetiva com o respeito à autonomia emergente do jovem, especialmente diante de dilemas éticos, limites de decisão e possíveis intervenções estatais na ausência da família.

Torna-se evidente, portanto, a necessidade de encontrar um ponto de equilíbrio entre proteger e permitir a emancipação progressiva, de modo a fortalecer a capacidade do adolescente de se autogovernar e participar ativamente das decisões que envolvem sua saúde e seu bem-estar. Assim, este artigo propõe uma revisão de literatura que examina o poder familiar sob uma perspectiva jurídico-bioética, refletindo sobre o papel do adolescente como agente de decisão e sobre o processo de construção de sua autonomia. Busca-se, com isso, contribuir para o avanço do debate e para a compreensão mais ampla do amadurecimento juvenil na tomada de decisões em saúde.

2 METODOLOGIA

A pesquisa desenvolvida adota abordagem qualitativa, de natureza teórico-dogmática, com foco na análise crítica do ordenamento jurídico brasileiro aplicado às decisões em saúde envolvendo adolescentes. O método escolhido foi o hipotético-dedutivo, adequado à investigação de lacunas normativas e à construção de inferências jurídicas a partir de princípios constitucionais, normas infraconstitucionais e referenciais bioéticos.

O percurso metodológico estruturou-se, inicialmente, por meio de revisão bibliográfica sistematizada, abrangendo obras doutrinárias nacionais e estrangeiras nas áreas do Direito Civil, Direito da Criança e do Adolescente, Bioética e Direito Sanitário. Foram examinados artigos científicos, livros especializados, documentos internacionais de direitos humanos e produções acadêmicas relevantes ao debate sobre autonomia progressiva e teoria do menor maduro.

Em complemento, realizou-se análise normativa da Constituição Federal de 1988, do Estatuto da Criança e do Adolescente, do Código Civil de 2002 e de tratados internacionais ratificados pelo Brasil, especialmente aqueles que consagram o direito à participação e à escuta qualificada de crianças e adolescentes. A investigação concentrou-se na interpretação sistemática desses diplomas, buscando identificar convergências, tensões e zonas de indeterminação jurídica.

A metodologia também incorporou análise doutrinária comparada, valendo-se de construções teóricas oriundas do campo da bioética e de experiências estrangeiras, especialmente da doutrina do *mature minor*, com o objetivo de verificar sua compatibilidade conceitual e funcional com o sistema jurídico brasileiro.

Por se tratar de estudo teórico, não houve coleta empírica de dados primários, sendo observados os padrões éticos próprios da pesquisa acadêmica, com respeito à fidelidade das fontes e à integridade intelectual.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ENTRE O CUIDAR E O AUTONOMIZAR: FUNÇÕES E LIMITES DO PODER FAMILIAR

A palavra “família” possui origem no latim *famulus*, termo historicamente ligado à ideia de servidão doméstica. Estudos clássicos descrevem que, nas estruturas greco-romanas, essa noção abrangia o patriarca e todos aqueles que viviam sob sua autoridade, incluindo esposa, filhos, servos e escravos, demonstrando um modelo fortemente hierarquizado.

Com o passar do tempo, esse conceito evoluiu significativamente. A formação familiar, que outrora se limitava ao modelo nuclear tradicional, passou a admitir múltiplas configurações baseadas em vínculos afetivos e convivência, acompanhando as transformações sociais e culturais. No Brasil,

essa compreensão ampliada encontra amparo constitucional, conforme dispõe o art. 226 da Constituição Federal de 1988: “A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. § 4º Entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes” (Brasil, 1988).

A relação entre pais e filhos mantém certo grau de assimetria, principalmente porque aos responsáveis incumbe a tarefa de formar, orientar e prover as necessidades dos menores, enquanto destes se espera cooperação e respeito. A literatura explica que esse vínculo de dependência não é estático, ajustando-se progressivamente conforme o amadurecimento da criança e do adolescente (Menezes; Muledo, 2016, p. 190).

A substituição da expressão “pátrio poder” por “poder familiar”, implementada pelo Código Civil de 2002, reforçou a igualdade entre homens e mulheres no desempenho das responsabilidades parentais, rompendo com o antigo simbolismo de autoridade centrado exclusivamente na figura paterna. Parte da doutrina aponta que expressões como “autoridade parental”, utilizadas em legislações estrangeiras, traduzem ainda melhor essa nova concepção, pois enfatizam o caráter funcional, e não proprietário, do vínculo familiar.

O art. 1.634 do Código Civil estabelece, de maneira clara, que “compete a ambos os pais, qualquer que seja a sua situação conjugal, o pleno exercício do poder familiar” (Brasil, 2002). O dispositivo detalha diversas atribuições, como criar e educar os filhos, exercer a guarda, autorizar viagens, consentir para casamento, mudar residência, além de representá-los judicial e extrajudicialmente até os dezesseis anos, sempre preservando uma relação fundada no diálogo.

O texto legal também evidencia que os pais respondem pelos atos dos filhos menores e devem administrar seus bens e orientar sua educação de maneira compatível com a dignidade e os direitos fundamentais da criança. Conforme Diniz, (2017) o poder familiar tende a ser mais acentuado na infância e deve enfraquecer à medida que o adolescente desenvolve discernimento e capacidade de decisão, favorecendo um processo educativo pautado em diálogo e compartilhamento de responsabilidades.

Crianças e adolescentes, cada vez mais informados e conscientes de suas próprias necessidades e expectativas, não podem ter negados direitos existenciais básicos, como vida, honra, nome, imagem, intimidade e autodeterminação. No campo do direito à intimidade e à privacidade, é essencial garantir a proteção dos dados sensíveis relativos às crianças e aos adolescentes, especialmente aqueles ligados à sua condição de saúde (Menezes; Moraes, 2015).

O Estatuto da Criança e do Adolescente reforça essas garantias ao assegurar, no art. 17, o direito ao respeito e à integridade física, psíquica e moral, incluindo preservação de identidade,

valores, crenças e objetos pessoais. O art. 18 complementa tais proteções ao dispor que “é dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor” (Brasil, 1990).

A noção de “melhor interesse da criança e do adolescente”, embora não positivada de maneira expressa, tornou-se referência obrigatória na análise de conflitos, devendo orientar qualquer decisão que envolva menores. Nessa perspectiva, é indispensável analisar cada caso de forma individualizada, buscando sempre uma solução que coloque em primeiro plano a dignidade da pessoa com menos de dezoito anos (Albuquerque; Garrafa, 2016).

O poder familiar, como toda função pública e privada de cuidado, possui limites. O art. 1.635 do Código Civil define que sua extinção ocorre por morte, emancipação, maioridade, adoção ou decisão judicial. O art. 1.638 prevê ainda hipóteses de perda ou destituição quando os pais cometem excessos, abandono ou condutas contrárias aos padrões éticos e legais. A suspensão, por sua vez, constitui medida temporária na qual o Estado assume, provisoriamente, a proteção do menor até que a situação se normalize.

A adolescência é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como uma etapa marcada por mudanças biológicas, cognitivas e emocionais significativas. Da mesma forma, que a Organização Mundial da Saúde define a adolescência a partir de critérios que envolvem aspectos biológicos, psicológicos e sociais, considerando desde o início da puberdade até o alcance da maturidade sexual, o avanço dos processos cognitivos e emocionais, bem como a passagem da dependência socioeconômica para um estágio de maior autonomia (Campos Velho et al., 2014).

Desta feita a idade cronológica, isoladamente, não é parâmetro suficiente para determinar o discernimento de um adolescente em contextos de saúde; seu grau de maturidade e autonomia real deve ser considerado pelos profissionais, respeitando-se confidencialidade e estimulando a capacidade de tomar decisões responsáveis (Aguiar; Barboza, 2017).

A chamada teoria do *mature minor*, desenvolvida originalmente no Reino Unido nos anos 1980, passou a influenciar diversos ordenamentos jurídicos ao propor critérios para avaliar se o adolescente possui compreensão suficiente para consentir ou recusar tratamentos médicos. Essa teoria ganhou relevância ao auxiliar a resolução de conflitos bioéticos envolvendo jovens que já apresentam senso crítico desenvolvido, mesmo que ainda não possuam plena capacidade jurídica (Araújo, 2021).

Nessa linha, entende-se que a palavra final em situações de conflito geralmente recai sobre os pais ou responsáveis legais, já que a eles compete proteger a integridade física e o bem-estar psicossocial do adolescente, contribuindo para sua formação e para o desenvolvimento de sua personalidade. Teixeira (2018), ressalta que a participação do adolescente deve ser assegurada, sendo

direito seu ser ouvido conforme seu nível de compreensão e maturidade. Em eventual discussão judicial, sua opinião passa a constituir elemento relevante para a construção da solução adequada ao conflito.

Tanto o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) quanto a Convenção da ONU (1989) reconhecem a condição peculiar de desenvolvimento dos adolescentes, garantindo sua proteção até que adquiram plena autonomia jurídica. Parte dos estudos sobre o tema assinala que, embora adolescentes sejam incapazes sob a perspectiva legal, muitos deles possuem discernimento suficiente para manifestar vontade própria no contexto de tratamentos médicos, cabendo ao Judiciário decidir com base na justiça do caso concreto.

A ausência de parâmetros legislativos claros sobre a extensão da autonomia adolescente e sobre a medida adequada de intervenção dos pais e do Estado revela a necessidade de uma abordagem interdisciplinar, especialmente em dilemas que envolvem saúde. Nesse cenário, o grande desafio é estabelecer limites equilibrados para que a autonomia existencial do adolescente seja reconhecida e respeitada, sem deixar de lado as funções protetivas inerentes ao poder familiar.

3.2 OS CONTORNOS DA AUTONOMIA ADOLESCENTE À LUZ DA TEORIA DO MENOR MADURO

O princípio da autonomia constitui um dos pilares centrais das discussões bioéticas contemporâneas. Em termos amplos, ele diz respeito à capacidade de agir de modo intencional, livre de controles externos e com liberdade suficiente para discernir e realizar escolhas alinhadas aos próprios valores. A literatura bioética destaca que essa autonomia envolve não apenas a aptidão para decidir por si, mas também o reconhecimento da dignidade e da vulnerabilidade humanas, bem como a manutenção da integridade individual (Beauchamp; Childress, 2002).

A ideia de autonomia pressupõe que o indivíduo esteja em condições de compreender sua realidade e agir livremente. No contexto da relação médico-paciente, a autonomia só se estabelece quando ambos se encontram conscientes de seus papéis e livres de coerções. Nesse sentido, o consentimento informado representa o instrumento processual que concretiza essa garantia, constituindo um processo dialógico no qual médico e paciente trocam informações ao longo do tratamento (Sá; Naves, 2018).

Para que o consentimento seja considerado válido, observa-se se a pessoa possui condições de tomar decisões racionalmente motivadas, alcançar conclusões razoáveis e, sobretudo, exercer sua capacidade decisória. Tais elementos refletem sua competência jurídica para validar o ato (Diniz, 2017).

Entretanto, nem todos os indivíduos dispõem de autonomia plena. Existem aqueles cuja capacidade decisória é inexistente ou reduzida, seja em caráter permanente ou temporário, demandando que outra pessoa responda por eles. Em situações como essas, recorrem-se a modelos de decisão substituta, que buscam replicar a vontade presumida do paciente ou proteger seus interesses essenciais, como apontado pela literatura bioética (Beauchamp; Childress, 2002).

Os modelos de decisão substituta oferecem caminhos para situações em que o paciente não pode decidir por si. No modelo de autonomia pura, prevalecem as escolhas que a própria pessoa deixou registradas enquanto ainda tinha plena capacidade, as quais devem ser seguidas até onde for compatível com seus melhores interesses. Já o julgamento substituto busca reconstruir a vontade presumida do paciente, considerando seus valores e decisões anteriores, muitas vezes com apoio de determinações judiciais que atribuem a familiares ou médicos a responsabilidade de decidir. Por fim, o modelo dos melhores interesses orienta-se pela promoção do bem-estar do paciente, sendo aplicado quando ele nunca pôde expressar sua vontade — como ocorre com pessoas com deficiência intelectual — ou ainda não possui maturidade para decidir, a exemplo de crianças e adolescentes (Aguiar; Barboza, 2017).

O cenário social contemporâneo, marcado pelo fácil acesso à informação, contribuiu para que adolescentes desenvolvessem maior autonomia reflexiva e senso crítico. Jovens estão cada vez mais aptos a compreender sua condição de saúde, avaliar riscos e benefícios de tratamentos e participar ativamente das decisões que lhes dizem respeito.

Estudos apontam que mudanças neurológicas e cognitivas próprias dessa fase explicam sua tendência a buscar novas experiências e assumir riscos. Por outro lado, lembram que a tomada de decisão não depende apenas de fatores biológicos, mas também do contexto social, emocional, econômico e cultural em que o jovem está inserido (Garanito; Zaher-Rutherford, 2019).

O direito brasileiro, há definição expressa sobre o momento em que a pessoa deixa de ser absolutamente incapaz para tornar-se relativamente incapaz: o Código Civil de 2002 estabelece que os menores de 16 anos são absolutamente incapazes, enquanto aqueles entre 16 e 18 anos possuem capacidade relativa, ainda que a lei não detalhe exatamente quais atos podem ser praticados nesse intervalo (Brasil, 2002).

Entretanto, quando se observa o restante do ordenamento jurídico, percebe-se ausência de uniformidade quanto aos marcos etários associados à autonomia. A classificação da adolescência pela Organização Mundial da Saúde — que compreende a faixa entre 10 e 19 anos — não coincide plenamente com os critérios legais brasileiros. Cada área normativa adota parâmetros próprios: a Justiça Eleitoral autoriza o voto facultativo a partir dos 16 anos; o Código Penal considera imputável

o indivíduo somente ao atingir os 18 anos; e o Estatuto da Criança e do Adolescente enquadra como adolescentes aqueles com idade entre 12 e 18 anos. Essa pluralidade demonstra que a legislação brasileira não apresenta um critério único para definir o grau de autonomia e capacidade dos jovens (Albuquerque; Garrafa, 2016).

Nesse contexto, a teoria do menor amadurecido surge para suprir lacunas, reconhecendo que alguns adolescentes possuem maturidade suficiente para compreender seu estado de saúde, refletir sobre riscos e benefícios e participar de decisões sobre seu tratamento (Velho et al., 2014).

A doutrina observa, contudo, que o exercício dessa autonomia ocorre em meio a impulsividade emocional própria da idade, já que áreas cerebrais responsáveis pelo controle de impulsos amadurecem mais tarde (Leme, 2019). Por isso, a avaliação multidisciplinar torna-se essencial para verificar se a teoria do menor amadurecido se aplica ao caso concreto.

O conceito de menor maduro refere-se, portanto, ao adolescente que, embora ainda não tenha plena capacidade jurídica, demonstra discernimento suficiente para participar das decisões relacionadas à saúde. A literatura destaca que essa avaliação é realizada por profissionais de saúde mediante entrevistas detalhadas que investigam sua capacidade de compreensão e tomada de decisão (Garanito; Zaher-Rutherford, 2019).

A Convenção da ONU sobre os Direitos da Criança reforça esse entendimento ao prever, em seu art. 12º, que crianças capazes de formar seus próprios pontos de vista têm o direito de expressá-los, devendo ser ouvidas em processos que as afetem, diretamente ou por representante (ONU, 2021).

Inspirado nessa diretriz internacional, o ordenamento brasileiro garante ao adolescente o direito de ser ouvido em decisões que o envolvam, como previsto no art. 28 do ECA. A literatura ressalta que essa participação amplia sua autonomia, desde que exercida de acordo com seu discernimento, avaliando-se caso a caso (Menezes; Multedo, 2016).

Assim, a autonomia adolescente relaciona-se diretamente ao grau de maturidade do jovem, permitindo que a heterodeterminação parental seja gradualmente substituída pela autodeterminação (Menezes; Multedo, 2016).

Participar das decisões terapêuticas reforça a confiança entre adolescente, família e profissionais, contribuindo para tratamentos mais eficazes e reduzindo a judicialização. A literatura bioética destaca que o assentimento — manifestação de vontade do adolescente — possui valor ético e emocional, pois preserva sua integridade e assegura que sua opinião seja considerada (Gobbo, 2019).

A necessidade de superar o paternalismo tradicional, sem desproteger aqueles que não têm autonomia plena, é frequentemente destacada. Na concepção bioética contemporânea, impor decisões sem considerar a vontade do paciente autônomo configura desrespeito (Aguiar, 2012).

Esses debates revelam a complexidade do tema e justificam a análise das teorias aplicáveis, como a teoria do menor amadurecido, difundida nos países de *common law*, e a ideia de maioridade bioética, adaptada a países de sistema *civil law*, como o Brasil (Siillman; Sá, 2015).

A proposta da maioridade bioética, defendida por Mônica Aguiar, sustenta que adolescentes a partir de 12 anos possuem discernimento suficiente para decidir sobre questões relacionadas à vida e à saúde, com base no art. 28 do ECA. Essa abordagem reforça que tais decisões devem ser tomadas pelo próprio adolescente, ainda que este não tenha alcançado a maioridade civil (Aguiar; Barboza, 2017).

Por fim, argumenta-se que a autonomia do adolescente deve ser respeitada até o limite de sua maturidade e compreensão, enquanto aos pais ou responsáveis cabe proteger seus melhores interesses, com apoio das equipes de saúde, que devem fornecer informações claras e adequadas sobre diagnóstico, prognóstico e tratamento (Aguiar; Barboza, 2017).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise desenvolvida evidencia que o ordenamento jurídico brasileiro reconhece, ainda que de forma fragmentada, a autonomia progressiva do adolescente, especialmente quando interpretado à luz dos princípios da dignidade da pessoa humana, do melhor interesse e da proteção integral. No entanto, constatou-se a inexistência de parâmetros normativos claros e uniformes que orientem, de maneira objetiva, a participação do adolescente em decisões relacionadas à própria saúde.

Os resultados indicam que a legislação nacional adota critérios etários distintos conforme o campo normativo analisado, o que gera insegurança jurídica tanto para famílias quanto para profissionais de saúde. Essa pluralidade de marcos legais reforça a inadequação da idade cronológica como único elemento para aferição da capacidade decisória, sobretudo em contextos existenciais sensíveis.

Nesse cenário, a teoria do menor maduro revela-se instrumento hermenêutico relevante, ao permitir uma avaliação individualizada do grau de discernimento do adolescente. A literatura examinada demonstra que adolescentes, em determinadas circunstâncias, possuem condições cognitivas e emocionais suficientes para compreender informações médicas, ponderar riscos e benefícios e expressar preferências consistentes sobre seu tratamento.

Observou-se, ainda, que a inclusão efetiva do adolescente no processo decisório contribui para relações terapêuticas mais transparentes, fortalece o vínculo de confiança entre paciente, família e equipe de saúde e reduz conflitos que frequentemente culminam na judicialização. A escuta

qualificada e o reconhecimento do assentimento do adolescente surgem, assim, como práticas alinhadas à bioética contemporânea e à promoção da dignidade.

Por outro lado, os resultados também demonstram que a autonomia juvenil não pode ser compreendida de forma absoluta. O papel do poder familiar permanece essencial como instância de cuidado, orientação e proteção, especialmente diante das vulnerabilidades próprias da adolescência. O desafio jurídico identificado consiste justamente em equilibrar proteção e autonomia, evitando tanto o paternalismo excessivo quanto a transferência precoce de responsabilidades incompatíveis com o estágio de desenvolvimento do jovem.

5 CONCLUSÃO

O estudo permite concluir que a participação do adolescente nas decisões relacionadas à sua saúde constitui exigência decorrente da centralidade da dignidade da pessoa humana no sistema constitucional brasileiro. Ainda que não detenha plena capacidade civil, o adolescente não pode ser reduzido à condição de mero objeto de proteção, devendo ser reconhecido como sujeito de direitos em processo de construção de sua autonomia.

A análise evidenciou que o ordenamento jurídico brasileiro carece de regulamentação específica capaz de oferecer segurança e previsibilidade à atuação de pais, profissionais de saúde e operadores do Direito. Diante dessa lacuna, a teoria do menor maduro apresenta-se como ferramenta interpretativa legítima, apta a orientar soluções mais sensíveis às particularidades de cada caso concreto.

Conclui-se, portanto, que o reconhecimento gradual da autonomia adolescente não enfraquece o poder familiar, mas o ressignifica, deslocando-o de uma lógica de imposição para uma lógica de corresponsabilidade e diálogo. A consolidação desse paradigma exige atuação interdisciplinar, capacitação dos profissionais envolvidos e evolução normativa compatível com as transformações sociais contemporâneas.

Ao fomentar uma abordagem que concilie proteção, escuta e respeito à autonomia emergente, contribui-se para práticas assistenciais mais humanas, éticas e juridicamente consistentes, fortalecendo a efetividade do direito fundamental à saúde e promovendo o desenvolvimento integral do adolescente como sujeito de direitos..

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Mônica; BARBOZA, Heloisa Helena. **Autonomia progressiva e tomada de decisão em saúde por crianças e adolescentes**. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 15-38, 2017.
- AGUIAR, Mônica. **Bioética e direito: fundamentos para uma teoria da decisão em saúde**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2012.
- ALBUQUERQUE, Aline; GARRAFA, Volnei. **Autonomia e proteção da criança e do adolescente nas decisões em saúde**. Revista Bioética, Brasília, v. 24, n. 3, p. 452-461, 2016.
- ARAÚJO, Fernanda de Almeida. **A teoria do menor maduro e sua aplicação no direito brasileiro**. Revista de Direito Médico e da Saúde, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 77-95, 2021.
- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2002.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, 5 out. 1988.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990)**. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul. 1990.
- BRASIL. **Código Civil (Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002)**. Diário Oficial da União, Brasília, 11 jan. 2002.
- CAMPOS VELHO, Maria et al. **Adolescência, desenvolvimento e tomada de decisão em saúde**. Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 76-84, 2014.
- DINIZ, Maria Helena. **Curso de direito civil brasileiro: direito de família**. 32. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.
- GARANITO, Mariana; ZAHER-RUTHERFORD, Marta. **Neurociência, adolescência e comportamento de risco**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 503-509, 2019.
- GOBBO, Mariana. **Assentimento informado e autonomia do adolescente**. Revista de Bioética e Direito, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 41-58, 2019.
- LEME, Renata Salgado. **Vulnerabilidade, autonomia e decisões existenciais em saúde**. São Paulo: Atlas, 2019.
- MENEZES, Joyceane Bezerra de; MORAES, Maria Celina Bodin de. **Privacidade, dados sensíveis e proteção da criança e do adolescente**. Revista de Direito Civil Contemporâneo, São Paulo, v. 4, p. 507-531, 2015.
- MENEZES, Joyceane Bezerra de; MULTEDO, Renata. **Poder familiar e autonomia progressiva**. Revista Brasileira de Direito Civil, Belo Horizonte, v. 10, p. 187-205, 2016.

ONU. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Nova York, 1989. Promulgada no Brasil pelo Decreto nº 99.710/1990.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Bioética e biodireito**. 4. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2018.

SIILLMAN, Fabíola; SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Maioridade bioética e autonomia existencial**. Revista Brasileira de Bioética, Brasília, v. 11, n. 1, p. 33-49, 2015.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. **Direito da criança e do adolescente e autonomia decisória**. Belo Horizonte: Fórum, 2018.