Internato 2026

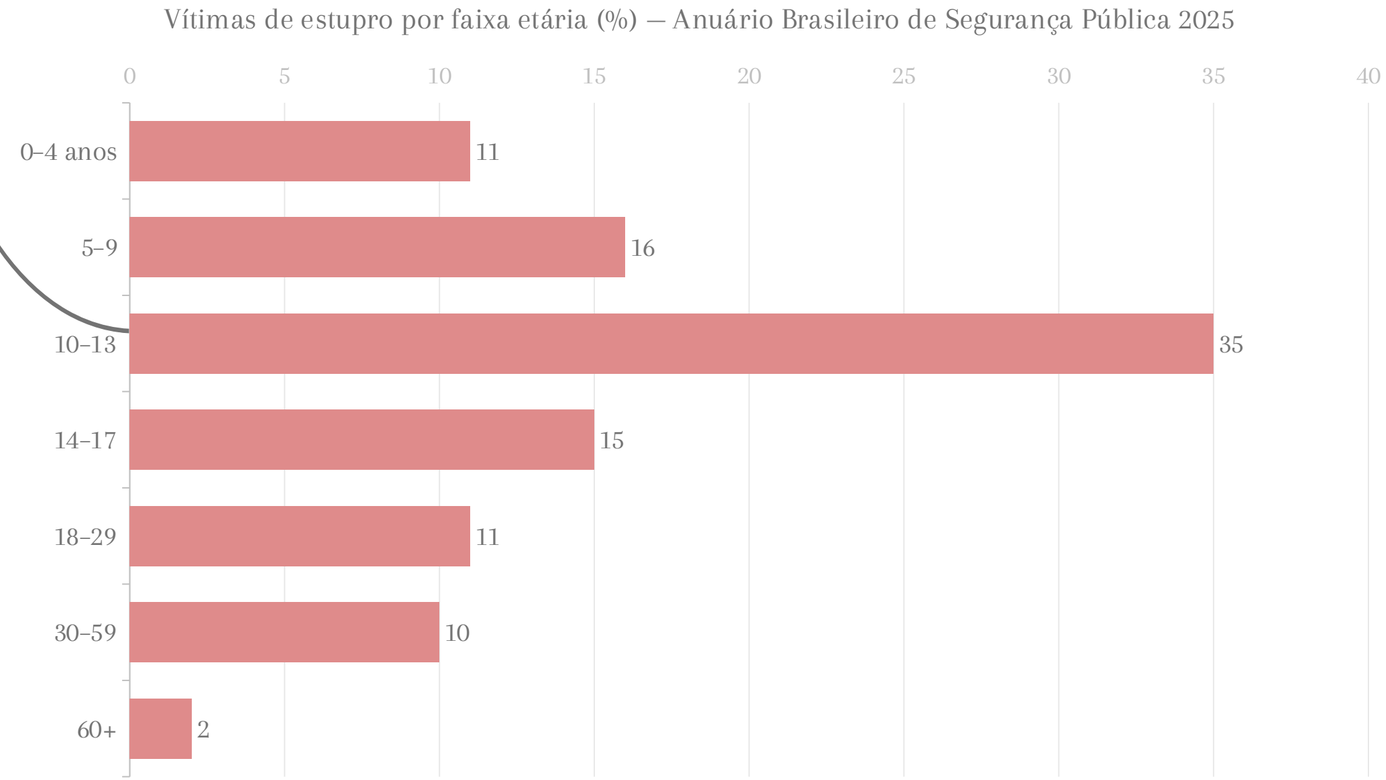
Violência sexual: o atendimento que não pode esperar

Luis Paulo Zica

Principais objetivos:

1. Acolher sem exigir boletim de ocorrência: o que a lei garante e o que o serviço deve
2. Fazer as profilaxias certas, nas doses certas, dentro dos prazos
3. Coletar vestígios e notificar sem atrasar o cuidado
4. Conduzir a gestação decorrente de estupro: aborto legal sem burocracia indevida
5. Atender crianças, adolescentes e a rede de proteção

EPIDEMIOLOGIA | O TAMANHO DO PROBLEMA



87 mil

estupros registrados no Brasil em 2024 — o maior número da série histórica; 76% das vítimas são vulneráveis (< 14 anos ou incapazes)

1 a cada 6 min

um estupro é notificado no país; estima-se que apenas 10% chegam à polícia

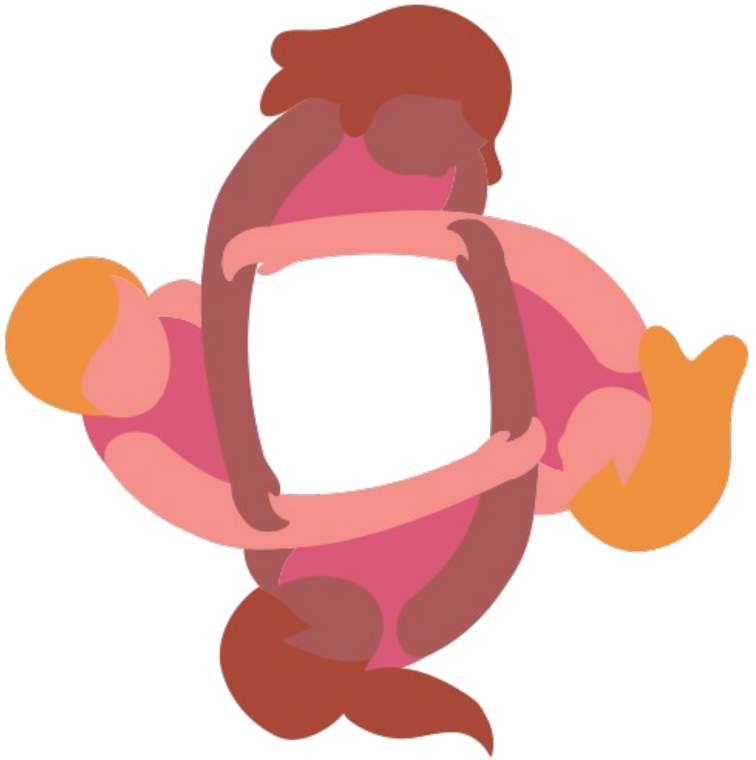
72 h

a janela que decide: PEP para HIV e coleta de vestígios. Anticoncepção de emergência vai até 5 dias

Fontes: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, Anuário 2025 (dados 2024); Ministério da Saúde/SINAN, Boletim Epidemiológico Violência Sexual 2023; IPEA, Estupro no Brasil (2014).

Acolher é a primeira conduta

A pessoa chega com medo, vergonha e culpa. O serviço não pode acrescentar nada disso.



CASO 1| DEZ HORAS DEPOIS

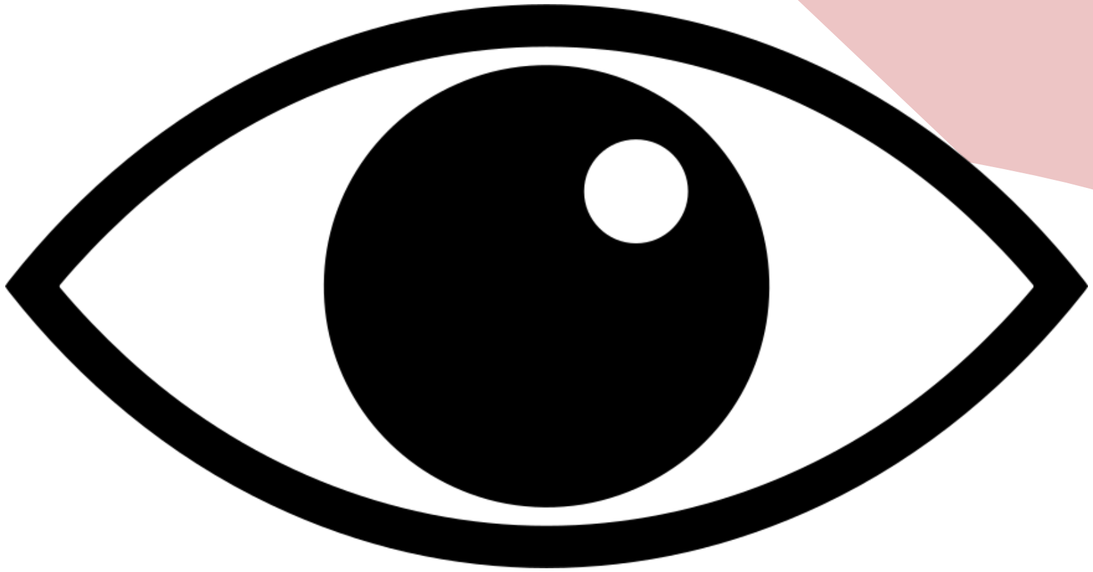
Camila, 22 anos, estudante.

Chega à emergência às 7 h acompanhada de uma amiga. Relata que, ao voltar de uma festa por volta das 21 h, foi forçada a ter relação vaginal e oral por um homem desconhecido. Não usou preservativo. Tomou banho ao chegar em casa.

Nega gestação (DUM há 12 dias), usa pílula 'às vezes'.

Vacinada contra hepatite B na infância (não sabe quantas doses); nunca vacinou HPV.

Escoriações em punhos e coxas; sem lesão genital sangrante. Chora, pede para 'não contar para a família' e pergunta se 'precisa ir na delegacia antes'.



Precisa de boletim de ocorrência? O que fazer nas primeiras duas horas — e em que ordem?

O QUE É VIOLÊNCIA SEXUAL | DEFINIÇÕES

Na lei penal

Estupro (art. 213): constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou praticar/permitir outro ato libidinoso — 6 a 10 anos; não exige penetração

Estupro de vulnerável (art. 217-A): < 14 anos, ou quem não pode consentir por enfermidade, deficiência ou outra causa (ex.: embriagada)

Importunação sexual (art. 215-A, Lei 13.718/2018): ato libidinoso sem consentimento para satisfazer lascívia — o 'esfregão' no ônibus

Violação sexual mediante fraude, assédio, divulgação de cena de estupro/intimidade.

Na saúde (OMS, MS)

Qualquer ato sexual, tentativa, comentário ou investida indesejada, usando coerção, por qualquer pessoa, em qualquer contexto — inclusive no casamento.

Inclui: sexo forçado por parceiro íntimo, exploração sexual, casamento infantil, negação do direito à contracepção/proteção, aborto forçado, mutilação genital.

80% dos agressores são conhecidos; metade dos casos ocorre dentro de casa (SINAN).

O que isso muda no atendimento

Não é preciso 'parecer vítima': lesões ausentes, demora para procurar ajuda, relação prévia com o agressor e álcool não desqualificam o relato.

Atender também homens, pessoas trans, idosos, pessoas com deficiência — o protocolo é o mesmo, com adaptações.

Parceiro íntimo: avaliar risco (Lei Maria da Penha, medida protetiva), não apenas profilaxias.

A notificação é dever do serviço; a denúncia é escolha da pessoa adulta.

Fontes: Código Penal arts. 213, 215-A, 217-A; Lei 13.718/2018; OMS, World Report on Violence and Health (2002); Ministério da Saúde/SINAN, Boletim Epidemiológico 2023.

PRINCÍPIOS | O QUE A LEI GARANTE

Lei 12.845/2013

Atendimento emergencial, integral e multidisciplinar em TODOS os hospitais do SUS.
Inclui: diagnóstico e tratamento das lesões, amparo psicológico, profilaxias de IST/HIV/hepatite B, anticoncepção de emergência, coleta de material para exame de DNA, informação sobre direitos — inclusive aborto legal.
Sem exigência de boletim de ocorrência, exame de corpo de delito ou autorização judicial.

O que o profissional NÃO faz

Não julga, não questiona a veracidade, não pergunta 'o que você estava fazendo lá'.
Não exige BO como condição para atender (Decreto 7.958/2013).
Não condiciona profilaxia à coleta de vestígios.
Não quebra sigilo — exceto notificação compulsória e comunicação ao Conselho Tutelar/Vara da Infância quando a vítima é criança ou adolescente (ECA, art. 13).
Não deixa a pessoa esperando na fila: é prioridade.

O que o serviço deve ter

Sala reservada, acompanhante se a pessoa quiser, profissional do mesmo sexo quando solicitado.
Kit de profilaxias disponível 24 h (PEP, antibióticos, levonorgestrel, vacina e imunoglobulina para hepatite B).
Fluxo escrito, equipe treinada, referência para aborto legal e para a rede (CREAS, Delegacia da Mulher).
Registro detalhado em prontuário: é documento com valor legal.

Fontes: Lei nº 12.845/2013; Decreto nº 7.958/2013; Ministério da Saúde, Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual, 3ª ed. 2012; FEBRASGO, Posicionamento nº 9/2025.

ANAMNESE, EXAME E VESTÍGIOS

Anamnese dirigida

Data, hora e local; tipo de contato (vaginal, anal, oral); ejaculação; preservativo; número de agressores; uso de álcool/drogas (inclusive 'boa noite Cinderela').
DUM, contracepção em uso, última relação consentida (interpreta vestígios).
Vacinas: hepatite B, HPV, tétano (se ferimento).
Registrar com as palavras da pessoa, entre aspas, sem interpretar.

Exame físico

Geral: lesões, hematomas, marcas de contenção — descrever e, com consentimento, fotografar.
Ginecológico: inspeção vulvar, especular (só se necessário e tolerado), toque. Ausência de lesão NÃO exclui violência (maioria não tem lesão genital).
Anal e oral conforme o relato.
Testes de gravidez e sorologias basais (sífilis, HIV, hepatites B e C) — antes das profilaxias.

Coleta de vestígios (até 72 h)

Swabs de fundo de saco vaginal, anal, oral e de áreas com sêmen; roupas íntimas em saco de papel (nunca plástico); secar à sombra.
Identificar, lacrar, registrar quem coletou e guardou: cadeia de custódia (Portaria MJ/MS 288/2015). O material fica no serviço ou vai ao IML — a pessoa decide se e quando denunciar.
Nunca atrasar a profilaxia para esperar a perícia.
Banho prévio reduz, mas não zera, a chance de vestígios — colher mesmo assim.

Fontes: Ministério da Saúde, Norma Técnica 2012; Portaria Interministerial MJ/MS nº 288/2015 (cadeia de custódia); FEBRASGO 2025.

A LINHA DO TEMPO DAS PROFILAXIAS

0 – 72 HORAS

PEP para HIV: tenofovir 300 mg + lamivudina 300 mg + dolutegravir 50 mg, 1x/dia por 28 dias — quanto antes (ideal < 2 h). Coleta de vestígios. Profilaxia de IST não virais. Sorologias basais. Vacina hepatite B.

ATÉ 5 DIAS

Anticoncepção de emergência: levonorgestrel 1,5 mg dose única (eficácia maior quanto mais cedo; aceita até 120 h). Não precisa de teste de gravidez para dar. Sem contraindicação. Se vômito em 2 h, repetir.

ATÉ 14 DIAS

Imunoglobulina anti-hepatite B 0,06 mL/kg IM (até 14 dias, idealmente 48 h) se não vacinada ou esquema incompleto e agressor desconhecido ou HBsAg+. Completar vacina 0-1-6. Iniciar HPV (3 doses, 9–45 anos).

28 DIAS → 6 MESES

Retornos: D14–28 (adesão, efeitos da PEP, hCG se atraso), 6 semanas, 3 e 6 meses: sífilis, HIV, hepatites B e C. Saúde mental em todas as visitas. Encaminhar à rede.

IST não virais, dose única, na primeira consulta: penicilina G benzatina 2,4 milhões UI IM (1,2 em cada nádega) + ceftriaxona 500 mg IM + azitromicina 1 g VO + metronidazol 2 g VO (este pode ser adiado se náusea/vômito ou se já tomou levonorgestrel e PEP juntos). Profilaxia de IST é indicada mesmo após 72 h — não tem janela.

Fontes: Ministério da Saúde, PCDT para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais, 2024; Norma Técnica MS 2012; FEBRASGO 2025; PNI, Calendário 2025.

PROFILAXIAS | DOSES POR SITUAÇÃO

Agravo	Adulta / adolescente ≥ 12 anos e ≥ 35 kg	Criança	Observações
HIV (PEP)	Tenofovir 300 + lamivudina 300 (coformulados) + dolutegravir 50 mg, 1x/dia, 28 dias	Esquemas por peso: zidovudina + lamivudina + dolutegravir (ou raltegravir < 20 kg / < 4 semanas); encaminhar à pediatria/infectologia sem atrasar a 1ª dose	Indicar em exposição de risco (vaginal, anal, oral com ejaculação) até 72 h; agressor sabidamente HIV– é a única dispensa. Gestante: mesmo esquema. Teste rápido antes; se reagente, não é PEP — é tratamento
Sífilis	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI IM	50.000 UI/kg IM (máx. 2,4 milhões)	Sem alternativa de eficácia equivalente; não é contraindicada por 'alergia' não documentada
Gonorreia	Ceftriaxona 500 mg IM	125 mg IM (< 45 kg)	
Clamídia	Azitromicina 1 g VO	20 mg/kg VO (máx. 1 g)	
Tricomoníase	Metronidazol 2 g VO dose única	15 mg/kg/dia 8/8 h por 7 dias	Adiar se vômitos ou se uso concomitante de PEP for mal tolerado; sem álcool 24 h
Hepatite B	Vacina (0-1-6) se não vacinada/incompleta + IGHAHB 0,06 mL/kg até 14 dias	Mesma lógica; dose pediátrica da vacina	Vacinada com esquema completo: nada. IGHAHB disponível nos CRIE
Gravidez	Levonorgestrel 1,5 mg VO dose única até 5 dias	Mesma dose após a menarca	DIU de cobre: alternativa até 5 dias (FEBRASGO 2025), raramente usada no contexto agudo
HPV / tétano	HPV: 3 doses (0-2-6) dos 9 aos 45 anos (PNI, violência sexual); dT/dTpa se ferimento e esquema incompleto	HPV a partir de 9 anos	

Fontes: PCDT PEP 2024; PCDT IST 2022; PNI 2025; Norma Técnica MS 2012.

CASO 1| RESOLUÇÃO

Acolher, tratar, registrar — e só depois falar de delegacia, se ela quiser.

BO não é pré-requisito para nada (Lei 12.845). Sala reservada, amiga ao lado se ela quiser, explicar cada passo. 10 horas: tudo está dentro das janelas.

Primeira hora: teste rápido de HIV, sífilis, hepatites B e C e β-hCG; PEP (TDF + 3TC + DTG) na primeira dose já no serviço; levonorgestrel 1,5 mg; penicilina benzatina 2,4 milhões, ceftriaxona 500 mg, azitromicina 1 g; metronidazol 2 g pode ficar para o dia seguinte.

Vestígios: swabs vaginal e oral, roupas em saco de papel, cadeia de custódia — explicar que ficam guardados e que a decisão de denunciar é dela, agora ou depois.

Hepatite B: sem comprovação de esquema completo → vacina hoje e imunoglobulina (agressor desconhecido). HPV: iniciar as 3 doses. dT se ferimento e sem reforço em 10 anos.

Antes da alta: notificação no SINAN (sigilosa, não é denúncia); receita e orientação sobre efeitos da PEP; retorno em 14 dias; contato do serviço de referência e do CREAS/Delegacia da Mulher; perguntar se está segura para voltar para casa.



Sem BO, sem fila

PEP + LNG + IST na 1ª hora

Vestígios em saco de papel

SINAN ≠ denúncia

Crianças e adolescentes

76% das vítimas — e as que menos chegam



CASO 2| CINCO DIAS DEPOIS

Letícia, 13 anos, trazida pela mãe.

A mãe conta que descobriu, por mensagens no celular, que a filha manteve relações sexuais com o namorado de 19 anos há 5 dias; a menina diz que 'quis', mas que ele insistiu e 'não deixou usar camisinha'.
Menarca aos 11 anos, DUM há 20 dias, ciclos irregulares. Vacinada contra hepatite B (3 doses) e HPV (1 dose aos 10 anos). Exame genital sem lesões.
A mãe quer saber 'se ainda dá para fazer alguma coisa' e diz que não quer polícia envolvida.



Foi consentido? Quais profilaxias ainda cabem? O que é obrigatório comunicar — e a quem?

CRIANÇA E ADOLESCENTE | O QUE MUDA

A lei não aceita consentimento < 14 anos

Art. 217-A do Código Penal: conjunção carnal ou ato libidinoso com menor de 14 anos é estupro de vulnerável — independentemente de 'consentimento', experiência prévia ou relacionamento (Súmula 593 do STJ).
Entre 14 e 18 anos: é violência quando há violência, grave ameaça, fraude ou incapacidade de consentir (álcool, drogas, deficiência).
Importunação sexual (Lei 13.718/2018) e exposição de imagens íntimas também são crimes e motivam atendimento.

Comunicação obrigatória

Notificação compulsória ao SINAN em até 24 h (toda suspeita, qualquer idade — Lei 10.778/2003 e Portaria GM/MS 217/2023).
Criança ou adolescente: comunicar também o Conselho Tutelar (ECA, art. 13) — ou a Vara da Infância quando não houver Conselho. Não é opcional nem depende da vontade dos pais.
Isso não impede o atendimento nem exige BO. Explicar à família que é proteção, não punição à vítima.
Suspeita de agressor intrafamiliar: avaliar risco de voltar para casa; acionar rede.

Atendimento adaptado

Escuta especializada (Lei 13.431/2017): uma entrevista, por profissional treinado, sem repetição — evitar a revitimização; o médico não interroga.
Exame com a criança confortável, com acompanhante de confiança; sedação se necessário; nunca forçar. Especular só na adolescente com vida sexual e se indicado.
Profilaxias com dose pediátrica; PEP indicada nas mesmas janelas; levonorgestrel após a menarca.
Pediatria, saúde mental e serviço social desde o primeiro dia.

Fontes: Código Penal arts. 217-A e 215-A; STJ, Súmula 593 (2017); Lei nº 13.431/2017; ECA art. 13; Portaria GM/MS nº 217/2023 (notificação compulsória); SBP, Guia de atuação frente a maus-tratos 2018.

CASO 2 | RESOLUÇÃO

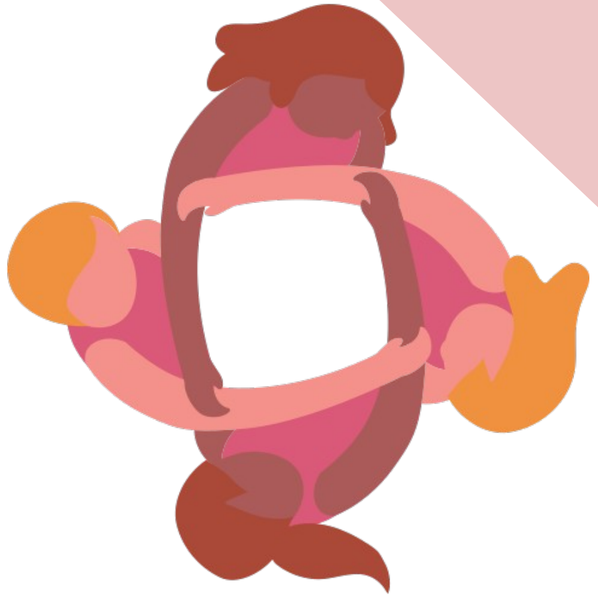
Estupro de vulnerável: aos 13 anos não há consentimento válido. Independentemente do relato de 'quis', a lei (art. 217-A) e a Súmula 593 do STJ são claras. O atendimento é o mesmo de qualquer violência sexual — com a rede de proteção acionada.

Cinco dias: PEP já passou da janela (72 h); levonorgestrel 1,5 mg ainda cabe (até 120 h) — dar hoje, mesmo sem saber se houve ejaculação. Profilaxia de IST não virais: sim, não tem janela. Vestígios: além de 72 h, baixa chance; registrar.

Hepatite B completa: nada a fazer. HPV: completar (2ª dose agora; 3ª em 6 meses pelo esquema de violência). Sorologias basais e seguimento em 6 semanas, 3 e 6 meses; β-hCG em 2–3 semanas.

Comunicar: SINAN em 24 h e Conselho Tutelar — explicar à mãe que é dever legal e proteção da filha, não uma denúncia feita pela família. A investigação criminal é do Estado, não da mãe.

Cuidado continuado: escuta especializada (não repetir o interrogatório), psicologia, pediatria/hebiatria, contracepção de longo prazo quando ela quiser, retorno agendado.



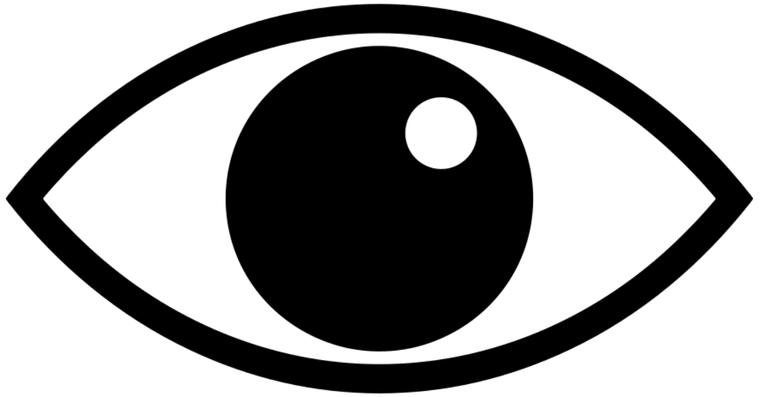
‹ 14 anos = vulnerável

LNG até 5 dias: PEP só até 72 h

SINAN + Conselho Tutelar

Escuta especializada

Gestação decorrente de estupro



Aborto legal: um direito desde 1940 — e ainda negado

CASO 3 | NOVE SEMANAS

Renata, 30 anos, professora, G2P1.

Procura a UBS com atraso menstrual; β-hCG positivo, USTV com embrião de 9 semanas. Relata, chorando, que foi estuprada por um conhecido há cerca de 2 meses; não procurou atendimento nem registrou ocorrência 'por vergonha'.

Diz que não deseja manter a gestação. Pergunta se 'precisa de autorização do juiz' e se 'o médico pode se recusar'.

Exame físico sem particularidades. Sorologias colhidas hoje.



Ela tem direito? Precisa de BO, IML ou juiz? E se o médico tem objeção de consciência?

ABORTO LEGAL | COMO FUNCIONA

A base legal

Código Penal, art. 128, II (1940): não se pune o aborto praticado por médico 'se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante'.
Não exige BO, exame de corpo de delito, laudo do IML nem autorização judicial (Norma Técnica MS 2012; Portaria 1.508/2005).
A palavra da mulher basta; o médico não é investigador. Falsa declaração é crime dela, não do médico (art. 20 CP: erro de tipo).
Outros permissivos: risco de vida materna (art. 128, I) e anencefalia (STF, ADPF 54, 2012).

O procedimento (Portaria 1.508/2005)

Cinco documentos: relato circunstanciado, parecer técnico, aprovação da equipe, termo de responsabilidade e TCLE.
Equipe multiprofissional — avaliação, não tribunal.
Idade gestacional: a lei não fixa limite; a Norma Técnica orienta até 20–22 semanas (ou 500 g) pela segurança do método.
Método: < 12–14 sem: misoprostol + AMIU; > 14 sem: misoprostol (± mifepristona); analgesia; anti-D se Rh−.

Objeção de consciência

É direito individual do médico (CEM, art. 28) — NÃO do serviço, nem do diretor, nem da equipe inteira.
Não vale em emergência, quando não há outro profissional ou quando a recusa causar dano (CEM, cap. I, VII).
Quem objeta deve informar imediatamente e garantir o encaminhamento a quem faça; não pode retardar, desinformar nem julgar.
No Brasil há cerca de 100 serviços de referência (lista do MS); muitas mulheres percorrem centenas de km — encaminhar com contato feito, não com um papel.

Fontes: Código Penal, art. 128; Ministério da Saúde, Portaria nº 1.508/2005 e Norma Técnica 2012; STF, ADPF 54 (2012) e ADPF 989 (2024); CFM, Código de Ética Médica 2019; FEBRASGO 2025.

CASO 3 | RESOLUÇÃO

Direito garantido pelo art. 128, II: a decisão é dela.

Não precisa de BO, IML ou juiz. Ter procurado tarde ou não ter denunciado não retira o direito — é o padrão, não a exceção.

Na UBS: acolher, informar o direito e as opções (interromper, manter e ficar com a criança, manter e entregar para adoção — ECA art. 19-A, em sigilo); notificar SINAN; sorologias; encaminhar com contato telefônico ao serviço de referência em aborto legal — não 'dar um papel'.

No serviço de referência: equipe multiprofissional, os 5 documentos da Portaria 1.508, TCLE; com 9 semanas: misoprostol 800 µg vaginal 3 h antes + AMIU (ou medicamentoso completo); analgesia; Rh; contracepção escolhida antes da alta (DIU/implante na hora).

Se o médico objeta: declara, não opina, e garante outro profissional no mesmo serviço ou encaminhamento imediato. Objeção institucional não existe.

Depois: retorno em 7–14 dias, psicologia, seguimento sorológico (6 semanas, 3, 6 meses), rede de apoio. Se ela mudar de ideia em qualquer momento antes do procedimento, respeitar.



Palavra dela basta

Sem BO, IML ou juiz

5 documentos no prontuário

Objeção: individual e encaminha

SAÚDE MENTAL E REDE DE PROTEÇÃO

O que esperar e rastrear

Reação aguda ao estresse nos primeiros dias: choque, dissociação, culpa, hipervigilância — normal; não medicalizar de imediato.
TEPT em 30–50% em 3 meses; depressão, ansiedade, ideação suicida, uso de substâncias, disfunção sexual.
Perguntar ativamente em cada retorno: sono, flashbacks, evitação, pensamentos de morte. Encaminhar à psicologia desde o 1º dia; psiquiatria se sintomas intensos ou risco.

A rede

Saúde: serviço de referência em violência sexual, CAPS, UBS para seguimento.
Assistência social: CREAS (acompanhamento especializado), CRAS, Casa da Mulher Brasileira (onde existe), casa-abrigo se risco.
Justiça e segurança: Delegacia da Mulher (DEAM), Ministério Público, Defensoria; medida protetiva (Lei Maria da Penha) quando o agressor é íntimo.
Infância: Conselho Tutelar, Vara da Infância.
Ligue 180 (mulher) e Disque 100 (direitos humanos/criança): 24 h, gratuitos.

Frases que ajudam — e as que ferem

Ajudam: 'A culpa não é sua.' 'Você fez bem em vir.' 'Vou explicar cada passo e você decide.' 'Nada do que você fez justifica o que aconteceu.'
Ferem: 'Por que demorou?' 'Você tinha bebido?' 'Tem certeza?' 'Conhecia ele?' 'Vai ter que registrar.'
Documentar bem é cuidar: o prontuário pode ser a única prova anos depois.

Fontes: FEBRASGO 2025; OMS, Clinical management of rape and intimate partner violence survivors (2019); Lei nº 11.340/2006 (Maria da Penha); Ministério da Saúde, Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências (2010).

QUESTÃO | CONDUTA NA EMERGÊNCIA

Mulher de 25 anos procura a UPA 30 horas após ter sido estuprada por desconhecido, com penetração vaginal e ejaculação. Não usa método contraceptivo, DUM há 14 dias, esquema vacinal de hepatite B completo. Teste rápido de HIV não reagente. Assinale a conduta CORRETA:

A Encaminhar à delegacia para registro de ocorrência antes de iniciar as profilaxias, pois o boletim é necessário para a coleta de vestígios.

B Iniciar profilaxia antirretroviral com tenofovir, lamivudina e dolutegravir por 28 dias, levonorgestrel 1,5 mg em dose única, profilaxia de IST não virais e notificar no SINAN.

C Prescrever apenas as profilaxias de IST não virais, pois a janela da PEP para HIV é de 24 horas.

D Administrar imunoglobulina anti-hepatite B e vacina, além de levonorgestrel, dispensando a PEP porque o teste rápido foi negativo.

E Prescrever levonorgestrel 0,75 mg a cada 12 horas por 3 dias e agendar retorno em 30 dias para sorologias.

QUESTÃO | CONDUTA NA EMERGÊNCIA

Mulher de 25 anos procura a UPA 30 horas após ter sido estuprada por desconhecido, com penetração vaginal e ejaculação. Não usa método contraceptivo, DUM há 14 dias, esquema vacinal de hepatite B completo. Teste rápido de HIV não reagente. Assinale a conduta CORRETA:

A. Encaminhar à delegacia para registro de ocorrência antes de iniciar as profilaxias, pois o boletim é necessário para a coleta de vestígios.

B. Iniciar profilaxia antirretroviral com tenofovir, lamivudina e dolutegravir por 28 dias, levonorgestrel 1,5 mg em dose única, profilaxia de IST não virais e notificar no SINAN.

C. Prescrever apenas as profilaxias de IST não virais, pois a janela da PEP para HIV é de 24 horas.

D. Administrar imunoglobulina anti-hepatite B e vacina, além de levonorgestrel, dispensando a PEP porque o teste rápido foi negativo.

E. Prescrever levonorgestrel 0,75 mg a cada 12 horas por 3 dias e agendar retorno em 30 dias para sorologias.

QUESTÃO | ABORTO LEGAL

Gestante de 17 anos, 14 semanas, relata gravidez decorrente de estupro ocorrido há 4 meses, sem boletim de ocorrência. Procura o serviço de referência solicitando interrupção da gestação. Sobre a conduta, é CORRETO afirmar:

A) A interrupção só pode ser realizada mediante autorização judicial, por se tratar de menor de idade.

B) É obrigatória a apresentação de boletim de ocorrência e laudo do IML comprovando o estupro.

C) Permitida pelo art. 128, II, do CP, com consentimento dela e do representante legal, relato, parecer da equipe e TCLE — sem BO nem autorização judicial.

D) Está contraindicada por já ter ultrapassado 12 semanas de gestação.

E) O médico com objeção de consciência pode recusar o atendimento e não tem obrigação de encaminhar.

QUESTÃO | ABORTO LEGAL

Gestante de 17 anos, 14 semanas, relata gravidez decorrente de estupro ocorrido há 4 meses, sem boletim de ocorrência. Procura o serviço de referência solicitando interrupção da gestação. Sobre a conduta, é CORRETO afirmar:

A) A interrupção só pode ser realizada mediante autorização judicial, por se tratar de menor de idade.

B) É obrigatória a apresentação de boletim de ocorrência e laudo do IML comprovando o estupro.

C) Permitida pelo art. 128, II, do CP, com consentimento dela e do representante legal, relato, parecer da equipe [illegible] — sem BO nem autorização judicial.

D) Está contraindicada por já ter ultrapassado 12 semanas de gestação.

E) O médico com objeção de consciência pode recusar o atendimento e não tem obrigação de encaminhar.

O PRONTUÁRIO COMO PROVA

Relato transcrever com as palavras da pessoa, entre aspas, com data e hora do atendimento e do evento; quem acompanha; estado emocional observado (sem adjetivar: 'chorosa', não 'histérica').

Lesões localização anatômica, tipo (equimose, escoriação, laceração), tamanho em cm, cor (sugere tempo), desenho em diagrama corporal; fotos com consentimento, régua e identificação, armazenadas com segurança.

Exames e condutas o que foi colhido, por quem, lacre, destino (IML/serviço); profilaxias com dose, lote e hora; vacinas; recusa de qualquer item registrada e assinada.

Documentos notificação SINAN (cópia), comunicação ao Conselho Tutelar quando menor, TCLE, termos da Portaria 1.508 se aborto legal; relatório médico quando solicitado pela pessoa ou pela Justiça.

Sigilo prontuário é da paciente; a polícia só acessa com autorização dela ou ordem judicial. Nada de corredores, grupos de mensagem ou redes.

Por que importa a maioria das denúncias vem meses ou anos depois; o prontuário bem feito costuma ser a única prova material.

Fontes: CFM, Resolução 1.821/2007 (prontuário) e Código de Ética Médica 2019; Norma Técnica MS 2012; Portaria MJ/MS 288/2015.

QUADRO-RESUMO | TODAS AS CONDUTAS E PRAZOS

Conduta	Prazo	O quê	Para quem
Acolhimento e registro	Imediato	Sala reservada, relato entre aspas, lesões descritas, prontuário completo	Todas
Testes basais	Na admissão	TR HIV, sífilis, hepatites B e C; β-hCG; (tipagem Rh se gestação possível)	Todas
PEP HIV	Até 72 h (ideal < 2 h)	TDF + 3TC + DTG 1x/dia, 28 dias; pediátrico por peso	Exposição de risco; não se agressor sabidamente HIV–
Anticoncepção de emergência	Até 5 dias	Levonorgestrel 1,5 mg VO dose única (DIU Cu alternativa)	Pós-menarca, sem contracepção eficaz
IST não virais	Sem janela (1ª consulta)	Penicilina benzatina 2,4 mi UI + ceftriaxona 500 mg + azitromicina 1 g + metronidazol 2 g	Todas (doses pediátricas por peso)
Hepatite B	Vacina sempre; IGHAHB até 14 d	Vacina 0-1-6 se incompleta; IGHAHB 0,06 mL/kg se não imune	Não vacinadas / incompletas
HPV	Iniciar na 1ª oportunidade	3 doses (0-2-6), 9–45 anos	Todas sem esquema completo
Vestígios	Até 72 h	Swabs, roupas em papel, cadeia de custódia	Com consentimento; não condiciona nada
Notificação	24 h	SINAN (sigilo); + Conselho Tutelar/Vara se < 18 anos	Obrigatória em toda suspeita
Seguimento	14–28 d; 6 sem; 3 e 6 m	Adesão à PEP, sorologias, saúde mental, contracepção, aborto legal se gestação	Todas

Síntese: PCDT PEP 2024; Norma Técnica MS 2012; Portaria 1.508/2005; Lei 12.845/2013; FEBRASGO Posicionamento 9/2025.

MENSAGENS

1

Lei 12.845: todo hospital do SUS atende, de forma integral, sem BO, sem IML, sem juiz. A palavra da pessoa basta e o atendimento é prioridade.

2

Primeira hora: testes rápidos, PEP (TDF + 3TC + DTG por 28 dias, até 72 h), levonorgestrel 1,5 mg (até 5 dias), penicilina + ceftriaxona + azitromicina + metronidazol.

3

Hepatite B: vacina e imunoglobulina (até 14 dias) se não imune. HPV: 3 doses. Vestígios até 72 h, em saco de papel — sem atrasar nada.

4

Menor de 14 anos não consente: é estupro de vulnerável. SINAN em 24 h para todos; Conselho Tutelar para menores de 18.

5

Gestação por estupro: aborto legal é direito desde 1940 — relato, equipe, TCLE, cinco documentos. Objeção de consciência é individual e obriga a encaminhar.

6

Documentar bem, perguntar sobre saúde mental em toda visita, acionar a rede (CREAS, DEAM, 180, 100). Acolher é a primeira e a última conduta.

LUIS PAULO ZICA

BOA PROVA

Obrigado!

