NOTA TÉCNICA

Combate à violência contra crianças e adolescentes no Brasil

Diretrizes para fortalecer a proteção infantil por meio de alerta hospitalar

Análise institucional: NACRI (Sabará Hospital Infantil / Fundação José Luiz Setúbal) e condições para sua replicabilidade segura

Elaboração:
Claudia Cheron König,
Kamila Capozzi de Abreu,
Marina Nascimento Minarelli,
Maria Cecília Lessa,
Daniella Bomfim



Maio de 2026

INSTITUIÇÕES DA

Pensi Instituto de Pesquisa e Ensino

Sabará Hospital Infantil

Fundação José Luiz Setúbal

Como citar esta nota técnica

König, C. C.; Abreu, K. C.; Minarelli, M. N.; Lessa, M. C.; Bomfim, D. (2026). Combate à violência contra crianças e adolescentes no Brasil: diretrizes para fortalecer a proteção infantil por meio de alerta hospitalar. Nota Técnica. Instituto Pensi, Sabará Hospital Infantil | Fundação José Luiz Setúbal

Declaração de independência editorial e conflito de interesses

Esta nota técnica foi elaborada como documento de orientação pública e institucional, com base em revisão documental e normativa, dados secundários, literatura especializada e análise do NACRI. O NACRI é estudado como experiência institucional do Sabará Hospital Infantil/ Fundação José Luiz Setúbal; a publicação não constitui avaliação causal de impacto nem estimativa de prevalência populacional. A replicabilidade do modelo deve ser testada por pilotos monitorados, com governança de dados, avaliação independente e pactuação com a rede de proteção.

Doi: 10.29327/7857655

Sumário

Resumo executivo 4
Nota metodológica e limites 5
Base legal de proteção contra violações de direitos de crianças e adolescentes 6
Tipos de violência contra crianças e adolescentes 7
Obrigação de notificar versus lacunas de dados 10
Fluxo institucional de proteção 12
Teoria de mudança do alerta hospitalar 13
Estudo de caso: NACRI 14
- Contexto institucional 14
- Como o NACRI opera 14
- Fluxo de operação do NACRI 16
- Base legal para o tratamento de dados 18
- NACRI como modelo de complementaridade do Sinan 20
- Replicabilidade e fortalecimento da proteção 21

Recomendações da experiência do NACRI 22
- Riscos de implementação e salvaguardas mínimas 22
- Camada hospitalar 22
- Camada de notificação em saúde 24

Conclusão 26
Chamado à ação 27
Referências 28



Resumo executivo

A violência contra crianças e adolescentes é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um grave problema de saúde pública global e uma violação de direitos humanos. Sua prevenção e enfrentamento exigem atuação intersetorial, com papel estratégico dos serviços de saúde na identificação precoce de situações de risco, na notificação compulsória, no cuidado clínico e psicossocial, na documentação adequada e na articulação com a rede de proteção. Investir em mecanismos institucionais que qualifiquem essa resposta é condição para reduzir a dependência de iniciativas individuais e transformar a proteção infantil em rotina organizacional baseada em evidências (Who, 2016; Who, 2020; Brasil, 2002).

Esta nota técnica analisa o NACRI, programa institucional de proteção à infância e adolescência do Sabará Hospital Infantil (Fundação José Luiz Setúbal), como estudo de caso de alerta hospitalar voltado à identificação de fatores e contextos de risco e à qualificação do atendimento a crianças e adolescentes que chegam ao hospital.

A partir dessa experiência, o documento discute como um modelo de alerta hospitalar pode fortalecer a proteção infantil ao qualificar as informações, facilitar o processo de preenchimento do prontuário eletrônico, combinado à revisão multiprofissional, fluxos de notificação e comunicação com a rede de proteção, governança de dados e monitoramento por indicadores. As recomendações aqui propostas são dirigidas a hospitais, gestores de saúde e formuladores de políticas públicas, com o objetivo de gerar dados mais completos e úteis ao Sinan e, sobretudo, respostas mais rápidas, seguras e centradas na proteção da criança.

Principais mensagens

- A violência contra crianças e adolescentes é subnotificada e exige resposta institucional, não apenas decisões individuais de profissionais.
- Hospitais são portas de entrada estratégicas para identificação precoce, documentação qualificada, cuidado clínico e comunicação com a rede de proteção.
- Alertas integrados ao prontuário eletrônico podem reduzir omissões e preservar memória institucional de atendimentos anteriores, fundamentados em critérios claros, com acionamento simples, rápido e pouco burocrático, revisão multiprofissional e salvaguardas de dados.
- O NACRI funciona como camada complementar: qualifica sinais de risco, organiza a tomada de decisão e fortalece a articulação com Sinan, Conselho Tutelar e demais órgãos competentes, sem substituí-los.
- 'A expansão de modelos de alerta hospitalar deve ocorrer por projetos pilotos monitorados, com indicadores mínimos, auditoria de vieses, pactuação intersetorial e avaliação independente antes do escalonamento.

Pergunta de política pública

Como hospitais que atendem crianças e adolescentes podem institucionalizar alertas de proteção capazes de qualificar o cuidado, a notificação e a articulação intersetorial, sem substituir o Sinan, o Conselho Tutelar ou demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e sem produzir riscos de supernotificação, subnotificação ou vazamento de dados?

Nota metodológica e limites

Esta nota técnica combina revisão documental e normativa, análise de dados secundários do Sinan sistematizados no Atlas da Violência 2025, literatura nacional sobre notificação e subnotificação e análise institucional do NACRI. O documento orienta decisão pública e institucional; não estima prevalência populacional de violência e não apresenta avaliação causal do impacto do NACRI.

Limites: alertas hospitalares podem reduzir omissões, mas também produzem riscos de fadiga de alerta (excesso de notificação que traz esgotamento do profissional), vazamento de dados e sobrecarga da rede se não houver governança e monitoramento.



Base legal de proteção contra violações de direitos de crianças e adolescentes

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define criança como a pessoa até 12 anos incompletos e adolescente como aquela entre 12 e 18 anos, estabelecendo que nenhum deles será objeto de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão (arts. 2º e 5º). O ECA determina que casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, tratamento cruel ou degradante e maus-tratos contra crianças e adolescentes sejam obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar (art. 13), órgão autônomo que atua como porta de entrada na Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente, e que é dever de todos prevenir ameaça ou violação de direitos (art. 70). Profissionais da saúde e da educação que deixem de comunicar suspeita ou confirmação de maus-tratos incorrem em infração administrativa (art. 245), sem prejuízo de outras responsabilidades quando cabíveis (Brasil, 1990).

Esse marco jurídico integra um conjunto de normas de prevenção da violência e proteção à infância no Brasil, previsto na Constituição Federal de 1988, fundamentado no princípio da prioridade absoluta e no reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos (art. 227). Complementam esse arcabouço a Lei Menino Bernardo (Lei nº 13.010/2014), o Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016), a Lei da Escuta Protegida (Lei nº 13.431/2017) e seu Decreto regulamentador (Decreto nº 9.603/2018), a Lei Henry Borel (Lei nº 14.344/2022) e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), que exige bases legais, finalidade, segurança e minimização no tratamento de dados sensíveis de saúde e de crianças e adolescentes (Brasil, 1988, 2014, 2016, 2017, 2018a, 2018b, 2022).

No âmbito da saúde, o Ministério da Saúde incluiu as violências na Lista Nacional de Notificação Compulsória por meio da Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que foi atualizada pela Portaria nº 1.271/2014 e consolidada pela Portaria de Consolidação nº 4/2017, reforçando fluxos e prazos para o registro dos casos nos sistemas de vigilância em saúde, de forma que casos de violência doméstica e/ou outras formas de violências devam ser notificados semanalmente, enquanto a violência sexual e a tentativa de suicídio devam ter notificação imediata no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), principal instrumento de registro de notificações em saúde no país. Portanto, a proteção legal se estrutura em dois eixos complementares: comunicação protetiva à rede de garantia de direitos e registro sanitário qualificado para fins de vigilância, planejamento de políticas públicas e prevenção da violência (Brasil, 2017a, 2026).

Tipos de violência contra crianças e adolescentes

Múltiplas formas de violência contra crianças e adolescentes ocorrem em diferentes contextos sociais, familiares, institucionais e digitais. Os dados do Atlas da Violência 2025, baseados em notificações do Sinan/MS e com estatísticas consolidadas até 2023, revelam a dimensão do problema no Brasil: em 2023 foram registradas 115.384 notificações de violência não letal contra crianças e adolescentes, crescimento de 36,2% em relação ao ano anterior e maior patamar da série iniciada em 2013 (Cerqueira, Bueno, 2025).

O Código Penal (Art. 136) compreende maus-tratos como: exposição ao perigo de vida ou saúde, privação de alimentação ou outros cuidados indispensáveis, abuso dos meios de correção ou disciplina, e sujeição ao trabalho excessivo. O ECA complementa essa legislação criminalizando ações vexatórias ou constrangimentos.

As violências registradas no Sinan abrangem, entre outras categorias, violência física, sexual, psicológica/moral e negligência/abandono. Segundo o Atlas da Violência 2025, a incidência notificada varia por faixa etária: crianças de 0 a 4 anos aparecem sobretudo em registros de negligência; crianças de 5 a 14 anos concentram parte expressiva dos registros de violência psicológica e sexual; e adolescentes de 15 a 19 anos são mais frequentes nos registros de violência física. Quanto ao sexo, meninas e jovens do sexo feminino aparecem como maioria das vítimas notificadas de violência física, psicológica e sexual, enquanto meninos são maioria nas notificações de negligência (Cerqueira, Bueno, 2025).

Tabela 1: Violência contra crianças e adolescentes por autoria provável, Brasil 2013-2023.

Tipo de violência	infantes (0 a 4 anos)		crianças (5 a 14 anos)		adolescentes (15 a 19 anos)	
	nº	%	nº	%	nº	%
Violência doméstica	226.103	79,5%	246.327	55,6%	133.546	44,9%
Violência extrafamiliar	22.087	7,8%	117.079	26,6%	121.140	40,7%
Violência Institucional	2.159	0,8%	5.238	1,2%	9.936	3,3%
Outras	33.916	11,9%	73.641	16,6%	32.859	11,0%
Total	**284.265**	**100%**	**443.285**	**100%**	**297.481**	**100%**

*Fonte: Atlas da Violência - 2025. Dados do Sinan\MS. Elaboração: Diest/Ipea e FBSP. *Microdados do SINAN referentes a 2023 são preliminares e foram coletados em fevereiro de 2025.*

Os dados do Atlas também mostram que a violência notificada é majoritariamente praticada por pessoas conhecidas ou do ambiente familiar. Entre crianças de 0 a 4 anos, 79,5% das notificações correspondem a violência doméstica; entre crianças de 5 a 14 anos, 55,6%; e entre adolescentes de 15 a 19 anos, 44,9%. A residência é o local mais frequente de ocorrência: 67,8% das notificações envolvendo crianças de 0 a 4 anos, 65,9% das notificações envolvendo crianças de 5 a 14 anos e 48,4% das notificações envolvendo adolescentes de 15 a 19 anos (Cerqueira, Bueno, 2025).

Tabela 2: Distribuição do local da violência e faixa etária da vítima, Brasil 2013-2023.

Local da Violência	Faixa etária da vítima		
	0 a 4 anos	5 a 14 anos	15 a 19 anos
Residência	67,8%	65,9%	48,4%
Via pública	4,4%	9,8%	28,0%
Ignorado	8,6%	6,9%	6,7%
Outro	13,0%	8,3%	6,8%
Bar ou similar	0,3%	0,6%	3,2%
Escola	2,2%	5,7%	3,3%
Comércio/Serviços	3,2%	1,3%	1,7%
Habitação coletiva	0,5%	0,8%	1,0%
Local de prática esportiva	0,1%	0,5%	0,7%
Indústrias/Construção	0,0%	0,1%	0,2%
Total	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

*Fonte: Atlas da Violência - 2025. Dados do Sinan\MS. Elaboração: Diest/Ipea e FBSP. *Microdados do SINAN referentes a 2023 são preliminares e foram coletados em fevereiro de 2025.*

Esse levantamento indica que o ambiente doméstico é o principal locus de exposição de crianças e adolescentes às violências notificadas, frequentemente associadas a relações de autoridade, dependência afetiva, econômWWica e cuidado. A leitura desses dados deve ser cuidadosa: trata-se de notificações, não de prevalência populacional. O aumento ou a concentração de registros pode refletir crescimento real de eventos, maior capacidade de detecção, diferenças de acesso aos serviços, variações na qualidade do preenchimento e desigualdades na notificação.

Pais e responsáveis costumam ser acompanhantes de crianças e adolescentes em serviços de saúde, o que reforça a necessidade de protocolos de alerta, acolhimento, documentação, notificação e proteção na porta de entrada hospitalar (pronto-socorro, internação e ambulatórios), inclusive em situações sem sinais físicos evidentes. Após a identificação de sinais de risco ou suspeita de violência, a resposta deve ser rápida, proporcional, segura e articulada com a rede, evitando tanto a omissão quanto intervenções descontextualizadas que possam aumentar o risco para a criança.

Compreender o cenário da violência contra crianças e adolescentes no Brasil, conhecendo suas características e identificando as principais vítimas e agressores, permite entender melhor o panorama e, assim, criar estratégias eficazes e baseadas em evidências que promovam uma cultura de proteção de maneira ampla. O que passa, necessariamente, por qualificar os agentes que atendem crianças e adolescentes para reconhecer, notificar e agir em defesa de sua proteção efetiva.

Violência física

Uso intencional, não acidental, da força física com potencial de ferir, lesar, provocar dor, sofrimento ou morte, podendo ou não deixar marcas evidentes. Inclui agressões como tapas, chutes, beliscões, queimaduras, estrangulamento, arremesso de objetos, afogamento, ferimentos por arma de fogo ou arma branca, sacudidas em bebês e outras formas de agressão corporal. No contexto de saúde, o conceito inclui maus-tratos físicos e abuso físico; lesão corporal dolosa é conceito próprio da esfera penal e médico-legal (Brasil, 2002; Who, 2024).

Violência psicológica ou moral

Ações ou omissões que causem dano à autoestima, à identidade, ao desenvolvimento emocional ou à saúde mental de crianças e adolescentes. Inclui rejeição, humilhação, ridicularização, discriminação, ameaças, isolamento, intimidação, cobrança excessiva e exposição recorrente a conflitos ou violência. Por não deixar necessariamente marcas físicas, exige escuta qualificada, observação clínica, análise do contexto e registro cuidadoso (Brasil, 2002; Who, 2024).

Violência sexual

Qualquer ação em que uma pessoa utiliza força, coerção, intimidação, manipulação, autoridade, influência psicológica ou condição de assimetria para envolver criança ou adolescente em atividade sexual, presencial ou digital, com ou sem contato físico, ou explorar sua sexualidade para lucro, vingança ou outra finalidade. Inclui estupro, abuso sexual, assédio, exploração sexual, tráfico para fins sexuais, pornografia envolvendo criança ou adolescente e atos libidinosos não consentidos ou juridicamente inválidos (Brasil, 2017; Who, 2024).

Negligência e abandono

Omissão injustificada de pais, responsáveis ou cuidadores em prover necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional, educacional e social, como cuidado em saúde, alimentação, higiene, proteção, supervisão, estímulo, acesso à escola e continuidade terapêutica quando necessária. O abandono é forma extrema de negligência (Brasil, 2002; Who, 2024).

É fundamental distinguir negligência de pobreza: carências socioeconômicas fora do controle dos responsáveis não configuram, por si sós, violência parental. Nesses casos, a resposta adequada é proteção social, acesso a serviços e apoio familiar; a classificação como negligência deve considerar omissão, recusa ou prática abusiva em contexto no qual havia possibilidade real de cuidado e proteção.



Obrigação de notificar versus lacunas de dados

O enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes depende de diversos atores e é mais efetivo quando trabalhado de forma interligada. Na saúde, a notificação compulsória é obrigação legal e sanitária, e a comunicação ao Conselho Tutelar é obrigação protetiva prevista no ECA. O sigilo profissional não deve ser usado para impedir a proteção da criança: a comunicação de suspeita ou confirmação de maus-tratos é dever institucional e profissional, orientado pelo melhor interesse da criança e pelo princípio da prioridade absoluta (Brasil, 1990, 2002, 2016a).



A notificação deve ser compreendida como ato técnico, ético e institucional, não como julgamento moral da família nem como denúncia pessoal do profissional. Ela deve abranger serviços públicos e privados, ser registrada nos sistemas cabíveis e articular-se a medidas de cuidado e proteção, respeitando a segurança da criança, a necessidade de sigilo e a proteção do notificante.

Na prática, porém, o cumprimento dessa obrigação esbarra em barreiras conhecidas: despreparo técnico para identificar formas menos visíveis de violência, como psicológica e negligência; formação profissional ainda centrada em lesões físicas evidentes; ausência de protocolos institucionais; insegurança jurídica; medo de represálias; dificuldade de distinguir acidentes de violência, especialmente em crianças pequenas; desarticulação entre hospital e rede de proteção; transferência de responsabilidade entre categorias profissionais; e trabalho fragmentado. Esses desafios tornam o profissional isolado diante de casos que exigem análise multiprofissional e resposta intersetorial (Gonçalves, Ferreira, 2002; Rolim et al., 2014; Silva et al., 2020; Miranda, 2022; Silva, Camargo, 2023).

Por sua vez, essas dificuldades se refletem diretamente na qualidade dos registros do Sinan. A literatura aponta subnotificação e incompletude crônica das fichas, especialmente em campos mais sensíveis e subjetivos, como raça/cor, escolaridade, orientação sexual, identidade de gênero, suspeita de uso de álcool pelo agressor, local de ocorrência, meio de agressão, tipo de violência sexual e encaminhamentos para a rede de proteção. Essas lacunas reduzem a capacidade do Estado de dimensionar o problema, identificar padrões e planejar respostas (Oliveira et al., 2020; Polidoro, Cunda, Oliveira, 2020; Sousa et al., 2020)









Isso significa que a dificuldade não termina na identificação da suspeita: o preenchimento qualificado também exige tempo, capacitação, linguagem comum, instrumentos simples e apoio institucional. Dados incompletos comprometem a leitura do fenômeno, prejudicam a formulação de políticas públicas baseadas em evidências e reduzem a capacidade de monitorar desfechos protetivos, como encaminhamento ao Conselho Tutelar, continuidade do cuidado e interrupção da violência.

No ambiente hospitalar, a resposta adequada requer cultura institucional de proteção: protocolos claros, equipe multiprofissional, capacitação contínua, registros padronizados, prontuário capaz de reter histórico de alertas, articulação com a rede intersetorial e monitoramento do retorno dos encaminhamentos. A notificação deve ser ressignificada como dispositivo disparador de cuidado, proteção e garantia de direitos, não como ato punitivo isolado (Brasil, 2002, 2016a; Miranda, 2022).

Modelos que integrem protocolos institucionais, abordagem multiprofissional, apoio jurídico, prontuário eletrônico, indicadores e conexão com a rede externa de proteção representam contribuição concreta para reduzir a dependência de decisões individuais, qualificar notificações e fortalecer a proteção de crianças e adolescentes nos setores público e privado.

Fluxo institucional de proteção

Há dois fluxos que se sobrepõem e precisam ser distinguidos. O primeiro é sanitário: a notificação compulsória no Sinan, voltada à vigilância em saúde e ao planejamento de políticas públicas. O segundo é protetivo: a comunicação ao Conselho Tutelar e, quando cabível, a outros órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, voltada à adoção de medidas imediatas de proteção. Ambos podem nascer do mesmo atendimento, mas têm finalidades, destinatários e tempos de resposta distintos (Brasil, 1990, 2016a, 2026).

Aos serviços de saúde não cabe investigar criminalmente nem substituir o Conselho Tutelar, o Ministério Público ou a autoridade policial. Cabe identificar sinais de risco, prestar cuidado clínico e psicossocial, registrar de forma qualificada, proteger evidências clínicas quando cabível, avaliar segurança imediata, notificar nos sistemas obrigatórios, comunicar a rede de proteção e acompanhar a continuidade do cuidado. O Conselho Tutelar, por sua vez, aplica medidas de proteção, requisita serviços públicos, acompanha a família e articula providências com a rede; nos casos de crime, grave risco ou necessidade de medida judicial, a articulação envolve Ministério Público, Vara da Infância e Juventude e autoridade policial, conforme o caso.

A partir da comunicação, o Conselho Tutelar realiza os encaminhamentos necessários no âmbito da rede de proteção. Situações de vulnerabilidade social e necessidade de apoio familiar podem demandar encaminhamento para o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); violações de direitos e acompanhamento especializado no Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS); continuidade clínica, na Unidade Básica de Saúde (UBS) e na rede de saúde; proteção escolar, em articulação com escola e sistema educacional; crimes ou grave ameaça, com a autoridade policial e sistema de justiça. A escolha do encaminhamento deve ser orientada pelo risco, pela urgência e pelo melhor interesse da criança.

O Conselho Tutelar também deve acompanhar as medidas aplicadas a partir do encaminhamento do caso, para certificar-se que as ações estão, de fato, resultando em proteção à criança ou ao adolescente. Uma vez solucionado, o caso é arquivado, caso contrário, novas medidas podem ser aplicadas (Brasil, 2002).

Apesar de formalmente previsto, o fluxo enfrenta entraves: Conselhos Tutelares com estrutura desigual, alta demanda e carência de formação continuada; falta de retorno sobre encaminhamentos; ausência de protocolos locais compartilhados; e pouca integração entre saúde, assistência social, educação e justiça. A literatura e os manuais do Ministério da Saúde apontam ainda que a falta de devolutiva e integração da rede reduz a confiança dos profissionais e fragiliza a proteção (Brasil, 2002; Pase et al., 2020; Silva et al., 2022).

É nesse ponto que iniciativas como o NACRI podem contribuir: ao gerar registro clínico e psicossocial organizado, promover discussão multiprofissional e construir ponte com a rede de proteção, o alerta hospitalar reduz incertezas na tomada de decisão, fortalece a responsabilização institucional e aumenta a chance de acompanhamento efetivo dos casos.

Teoria de mudança do alerta hospitalar

Se hospitais incorporam um conjunto articulado de medidas – como incluir alertas simples ao prontuário, capacitar equipes para reconhecer sinais de risco, revisar casos de forma multiprofissional, notificar nos prazos legais, comunicar a rede de proteção com documentação qualificada e acompanhamento dos retornos – a proteção infantil deixa de depender de iniciativa isolada e passa a se estruturar como uma prática institucional. Nesse cenário, alguns efeitos são esperados: padronização de sinais de alerta, memória longitudinal do prontuário, suporte técnico e jurídico ao profissional, menor fragmentação entre setores, dados mais completos e resposta protetiva mais adequada.

Para que essa teoria de mudança se sustente, é preciso incorporar salvaguardas. Isso envolve definir critérios transparentes para abertura de alerta, triagem que não atrase casos imediatos, protocolos de comunicação com famílias baseados em segurança, auditoria de viés e completude, governança de dados conforme a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD – Lei nº 13.709/2018), indicadores de processo e desfecho e pactuação formal com Conselho Tutelar, assistência social, educação e sistema de justiça.



Estudo de caso: NACRI (Sabará Hospital Infantil - Fundação José Luiz Setúbal)

Contexto institucional

O Núcleo de Assistência à Criança e Adolescente em Situação de Risco (NACRI) é o sistema de proteção do Sabará Hospital Infantil, instituição da Fundação José Luiz Setúbal voltada à promoção da infância saudável. Criado em 2016, o NACRI evoluiu progressivamente, incorporando Serviço Social (2019), Diretoria Clínica e Psicologia (2021), Coordenação Médica (2024) e Comitê institucional (2025). As informações apresentadas nesta seção devem ser lidas como análise institucional; recomenda-se avaliação externa para mensurar impacto, custo-efetividade e replicabilidade em diferentes realidades hospitalares.

Como o NACRI opera

Sua missão é identificar fatores e contextos que possam configurar situações de risco para a criança ou adolescente, bem como situações que comprometam seu bem-estar físico, emocional ou social. O programa atua de forma proativa para garantir que cada paciente e sua família tenham acesso integral aos recursos e ao suporte necessário para sua proteção e desenvolvimento saudável.

Na prática, o elemento operacional central é o 'Alerta NACRI' no prontuário eletrônico (MV), que pode ser aberto por qualquer membro da equipe multidisciplinar – enfermeiros, médicos, técnicos, assistentes sociais, psicólogos e outros profissionais – e em qualquer setor do hospital, quando forem identificados sinais de risco em algum paciente. Para facilitar o registro, o Alerta NACRI é um formulário simples, com perguntas diretas, que fica no mesmo sistema utilizado pelos profissionais em suas rotinas de trabalho.

Entre os critérios de elegibilidade que configuram situações de risco para a criança ou o adolescente e motivam o acionamento do Alerta NACRI, destacam-se:

- Suspeita de maus-tratos, violência ou abuso sexual;
- Traumas, queimaduras e afogamentos com mecanismos suspeitos;
- Ideação ou tentativa de suicídio, automutilação e transtornos alimentares;
- Negligência, abandono ou desorganização parental;
- Atraso vacinal e abandono escolar;
- Evasão hospitalar, alta contra a indicação médica e falta de adesão ao tratamento em doenças crônicas;
- Intoxicação exógena
- Síndrome do bebê sacudido (shaken baby)

Os registros do alerta também permitem que a equipe multidisciplinar do núcleo consiga acompanhar o bem-estar e desenvolvimento daquela criança, mesmo que a suspeita não seja comprovada, tornando-se mais uma camada de proteção.

O fluxo de atendimento segue as seguintes etapas:

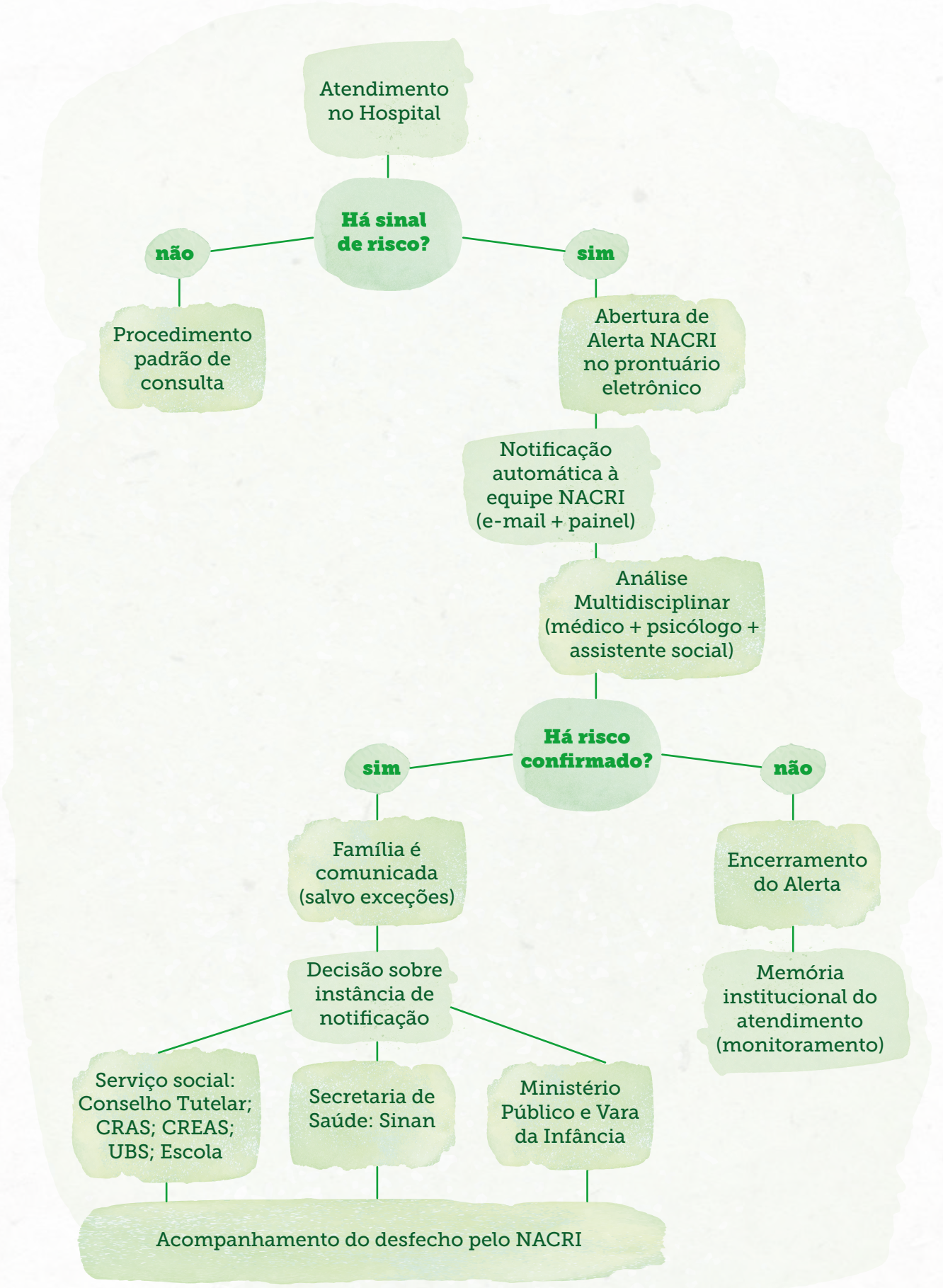
- Abertura do alerta no sistema, com preenchimento completo e preciso das informações;
- Triagem pelo Serviço Social do hospital e discussão com a equipe do NACRI;
- Abordagem pela equipe de Serviço Social e/ou Psicologia do hospital, quando indicado;
- Contato telefônico com a família, caso o paciente não esteja internado;
- Elaboração da conclusão do caso, com definição das ações a serem tomadas;
- Quando necessário: notificação aos órgãos competentes, como Conselho Tutelar, CREAS, Vara da Infância e da Juventude, Ministério Público e abertura de notificação no SINAN.

Ao ser aberto, o alerta gera automaticamente um e-mail para a equipe NACRI e é vinculado a um painel de indicadores da coordenação. A equipe multiprofissional faz leitura inicial para avaliar urgência, risco imediato, necessidade de cuidado clínico, necessidade de comunicação protetiva e enquadramento na notificação compulsória do Sinan. Em situações de maior gravidade, como violência sexual, tentativa de suicídio ou risco iminente, o acionamento interno deve ser imediato, sem aguardar a rotina assíncrona do e-mail.

Nem todo alerta aberto no NACRI corresponde à violência confirmada, mas suspeitas que se enquadrem nas hipóteses legais e sanitárias devem ser notificadas nos prazos obrigatórios. A triagem multiprofissional não substitui a notificação compulsória; ela qualifica a informação, organiza o cuidado e define o encaminhamento protetivo mais seguro. Esse ponto é essencial para evitar dois riscos opostos: a omissão, que deixa a criança desprotegida, e a resposta precipitada ou mal documentada, que pode fragilizar a proteção e gerar danos adicionais.

Quando o alerta NACRI aberto não é identificado como suspeita ou confirmação de violência notificável pela equipe e não gera um encaminhamento aos órgãos de proteção, não significa encerramento do cuidado. O registro da notificação aciona profissionais, como psicólogos e assistentes sociais, que podem entrar em contato com a família para prevenir situações de negligência e violência, oferecer apoio empático e orientar sobre a rede de suporte disponível. O alerta também permite que essa equipe mantenha o monitoramento do caso, faça registro de fatores de risco e reavalie o caso em atendimentos futuros. Além disso, o registro do alerta permanece no sistema NACRI, permitindo um acompanhamento longitudinal daquela criança ou adolescente, criando uma memória institucional para rastreamento de reincidências.

Fluxo de operação do NACRI



A triagem interna também garante que a notificação seja bem embasada e documentada. Como sinalizam os pontos de atenção que orientam a conduta da equipe, casos mais graves — como aqueles com relatos contraditórios, lesões incompatíveis com o mecanismo de trauma descrito, múltiplos atendimentos em pronto-socorro ou histórico de internações anteriores — demandam agilidade e segurança jurídica no acionamento dos órgãos competentes. Uma notificação bem fundamentada, precedida de avaliação clínica, psicossocial e de registro adequado em prontuário, tem muito mais eficácia protetiva do que o acionamento imediato e descontextualizado.

Após a avaliação da equipe do NACRI, a decisão para qual instância encaminhar a notificação é feita a partir do questionamento de o que cada órgão consegue efetivamente fazer para proteger aquela criança ou adolescente. Isso significa que, havendo uma situação de risco identificada, a notificação pode ser direcionada a uma instância diferente dependendo do que for mais efetivo para a proteção concreta da criança naquele momento.

Indicadores operacionais do NACRI (2017-2025)

Total de alertas	**858** registros institucionais no período
Faixa etária dos alertas	**3%** recém-nascidos; **37%** 1 mês a 1 ano; **38%** 2 a 9 anos; **22%** 10 a 18 anos
Sexo da criança	**49,7%** masculino; **50,3%** feminino
Setor de abertura	**57%** Pronto-socorro; **35%** Internação; **4%** UPP-UI; **2%** Centro de Excelência; **2%** UPP-UTI
Orgãos acionados nos indicadores disponíveis	**29** Conselho Tutelar; **7** CREAS; **4** Ministério Público; **4** Vara da Infância e Juventude

Leitura adequada: são dados institucionais de operação e gestão do cuidado; não devem ser interpretados como prevalência populacional nem como avaliação causal de impacto do programa.

No Sinan, a lógica é sanitária e padronizada: casos suspeitos ou confirmados que se enquadrem nas categorias de notificação compulsória devem ser registrados. A existência do NACRI não substitui o Sinan; atua como camada complementar para organizar a triagem, preservar histórico, qualificar a ficha e registrar situações de vulnerabilidade ou risco que ainda não configuram, isoladamente, agravo notificável. Violência sexual e tentativa de suicídio exigem notificação imediata; violência doméstica e/ou outras violências seguem o prazo de notificação semanal, conforme a lista nacional vigente (Brasil, 2016a, 2026).

Essa compreensão integrada e documentada do contexto da criança e do adolescente melhora a qualidade dos dados e dos indicadores. Apesar de o NACRI reconhecer a dificuldade de preenchimento integral da ficha do Sinan, que é extensa e complexa, com campos de informações sensíveis que têm baixa completitude, o hospital pode produzir registros mais completos, organizar indicadores próprios e qualificar sua atuação conforme perfil de casos, setor de entrada, tempo de resposta, encaminhamento acionado e desfecho de acompanhamento.

A comunicação com a família deve seguir protocolo de segurança, e não uma regra única. Em situações nas quais o cuidador não é suspeito, não há risco de evasão e a conversa não compromete a proteção da criança, informar a família pode fortalecer confiança e adesão ao cuidado. Em casos de violência sexual, violência física grave, suspeita de agressor no núcleo cuidador, risco de fuga, ameaça à criança ou possibilidade de destruição de evidências, a comunicação deve ocorrer apenas após avaliação multiprofissional e, quando necessário, após acionamento da rede de proteção. A mensagem institucional deve ser clara: notificar é obrigação de proteção da criança, não punição antecipada à família.

Por fim, vale mais uma vez lembrar que a notificação deve ser compreendida, conforme orientação do Ministério da Saúde, como um instrumento de proteção, e não de punição: ela é um mecanismo de direito da criança de viver em um ambiente livre de qualquer forma de violência ou negligência. Nesse sentido, as notificações em ambiente de saúde são uma postura ética, que confirma o papel do hospital como uma instituição de cuidado.

Base legal para o tratamento de dados

Ao acionar o alerta, o programa coleta e utiliza dados dos pacientes exclusivamente para finalidades de proteção à saúde e à integridade física, psíquica e social da criança e do adolescente. Todas as atividades de tratamento de dados pessoais realizados pelo programa são orientadas pelos princípios da LGPD, com atenção redobrada por se tratar de dados sensíveis relativos ‘à saúde e de titulares menores de idade.

O tratamento dos dados no âmbito do NACRI encontra respaldo em bases legais previstas na LGPD, em especial nos artigos 7º e 11º. As principais bases aplicáveis são:

- Tutela da saúde: o tratamento é realizado por profissionais de saúde ou por serviços de saúde, com o objetivo de proteger a vida e a saúde do paciente (art. 11, II, "f");
- Proteção da vida e da integridade física do titular: quando houver risco concreto à vida ou à incolumidade física da criança (art. 7º, VII);
- Cumprimento de obrigação legal ou regulatória: em casos de notificação compulsória e comunicação protetiva de violência contra crianças e adolescentes, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei nº 8.069/1990), a Lei nº 13.431/2017 e a lista nacional de notificação compulsória vigente (art. 7º, II);
- Exercício regular de direitos: em procedimentos judiciais ou administrativos, quando necessário (art. 7º, VI).

Na prática, isso significa que os dados devem ser coletados e utilizados exclusivamente para fins de proteção à criança e ao adolescente, vedado uso incompatível com essa finalidade e observados os princípios da necessidade, minimização, segurança, prevenção, responsabilização e prestação de contas. O registro dos alertas e das conclusões deve ocorrer em sistema hospitalar seguro, com controle de acesso por perfil profissional, trilha de auditoria, política de retenção, treinamento periódico, confidencialidade e avaliação de risco de privacidade. A equipe deve registrar apenas as informações necessárias à avaliação, ao encaminhamento e à continuidade do cuidado.

Ao garantir proteção de dados e produzir informações qualificadas, o programa pode alimentar indicadores, orientar atualização de protocolos internos, direcionar treinamentos e apoiar eventual integração com outros serviços de saúde. Qualquer integração interinstitucional deve ser precedida de governança formal, definição de papéis, bases legais, interoperabilidade segura, controle de acesso, pactuação com autoridades públicas e avaliação de impacto à proteção de dados.

NACRI como modelo de complementaridade do Sinan

Os serviços públicos produzem grande parte das notificações por sua capilaridade, volume de atendimento e inserção no SUS. A menor visibilidade de registros no setor privado não autoriza concluir, sem evidência específica, que a violência seja menor ou maior nesse segmento; sugere necessidade de fortalecer protocolos e cultura de notificação também em hospitais privados. A literatura internacional mostra que vieses de triagem por raça e renda podem levar a subavaliação em alguns grupos e sobreavaliação em outros; por isso, alertas padronizados e auditáveis são relevantes para reduzir subjetividade e desigualdade na detecção (Berger et al., 2019).

O Sinan foi desenhado para registrar agravos de notificação compulsória, não para funcionar como prontuário longitudinal de risco social para acompanhamento a longo prazo. Por isso, situações como evasão hospitalar, alta contra indicação médica, faltas recorrentes em seguimento de doença crônica, relatos contraditórios ainda inconclusivos ou padrões de múltiplos atendimentos podem funcionar como sinais de alerta que exigem monitoramento, mesmo quando ainda não configuram isoladamente violência notificável. O Alerta NACRI atua nessa lacuna: registra sinais de risco, preserva memória institucional e permite que padrões recorrentes sejam reavaliados ao longo do tempo, sem substituir a ficha do Sinan quando a suspeita de violência estiver caracterizada.

Diante da lacuna de dados no setor privado e dos desafios de preenchimento do Sinan, iniciativas como o NACRI oferecem um exemplo operacional promissor de cultura institucional de proteção. Ainda assim, sua replicabilidade deve ser tratada como hipótese de política pública a ser testada por pilotos monitorados, e não como evidência conclusiva de efetividade.

O que o NACRI não é

Não é um sistema paralelo ao Sinan nem substitui a ficha de notificação compulsória quando houver suspeita ou confirmação de violência notificável.

Não é órgão investigativo, pericial, policial ou judicial; não confirma a ocorrência de violência nem substitui Conselho Tutelar, Ministério Público, Vara da Infância e Juventude, CRAS, CREAS, UBS ou escola.

Não transforma automaticamente a abertura de um alerta em notificação externa: o alerta dispara triagem interna e revisão multiprofissional, sem atrasar hipóteses de notificação imediata ou situações de risco iminente.

Não deve operar sem critérios transparentes, protocolos de comunicação com famílias, governança de dados, controle de acesso, auditoria, capacitação e pactuação formal com a rede de proteção.

Replicabilidade e fortalecimento da proteção

Um sistema de alerta hospitalar como o NACRI estrutura protocolos internos que ampliam a escuta e a análise do paciente para além da queixa imediata, incorporando o contexto de vida da criança ou adolescente e criando memória institucional de atendimentos anteriores. Estudos sobre alertas eletrônicos em prontuários indicam que ferramentas simples podem aumentar a triagem e o encaminhamento, mas também mostram que desenho inadequado, baixa adesão e fadiga de alertas reduzem sensibilidade e efetividade. Portanto, a replicabilidade depende de critérios bem definidos, fluxos estruturados e simplificados, treinamento, auditoria e revisão contínua (Berger et al., 2019; Krawiec et al., 2020).

Nesse modelo, a atuação não se restringe à conclusão individual do profissional: é apoiada por discussão multiprofissional, protocolo, documentação e governança institucional. Isso tende a reduzir decisões isoladas, qualificar encaminhamentos e favorecer notificações mais consistentes. O desenho, entretanto, deve prever mitigação de riscos: supernotificação sem suporte da rede, subnotificação por triagem indevida, estigmatização de famílias vulneráveis, vazamento de dados e sobrecarga de equipes.

A adoção desse tipo de iniciativa fortalece a cultura institucional de proteção ao sensibilizar e capacitar continuamente profissionais para reconhecer e agir diante de situações de risco ou violação de direitos. Replicar o modelo significa investir em prevenção, proteção, articulação entre saúde, assistência social, educação, Conselho Tutelar e sistema de justiça, e em protocolos de comunicação que sejam claros para a equipe e seguros para a criança.

Do ponto de vista sistêmico, o alerta hospitalar pode contribuir para dados mais robustos e fidedignos, mas somente se estiver integrado a indicadores, auditoria, capacitação e fluxo de devolutiva com a rede de proteção. A produção de dados deve servir primeiro à proteção concreta da criança e, depois, ao planejamento de políticas públicas.

A experiência do NACRI pode funcionar como referência de aprendizagem, capacitação e padronização de fluxos para outras unidades hospitalares. Para isso, recomenda-se criar materiais replicáveis, critérios mínimos de implantação, matriz de responsabilidades, indicadores de desempenho e avaliação independente antes de escalonamento em larga escala.

Riscos de implementação e salvaguardas mínimas

A adoção de alertas hospitalares deve prever salvaguardas explícitas para evitar danos, reduzir vieses e garantir que o aumento de registros se converta em proteção concreta.

Risco	Manifestação possível	Salvaguarda mínima
Fadiga e sobrecarga	Alertas excessivos, baixa adesão ou aumento de comunicações sem capacidade de resposta da rede.	Critérios de abertura, campos mínimos, revisão periódica dos gatilhos, priorização por risco e pactuação com a rede.
Viés e estigmatização	Abertura desproporcional de alertas para perfis de raça/cor, renda, território, deficiência ou composição familiar.	Auditoria de perfil, treinamento antiviés, revisão multiprofissional e distinção entre pobreza, vulnerabilidade social e negligência.
Automação indevida	Interpretação de que todo alerta gera notificação externa automática; ou, no extremo oposto, triagem que descaracteriza casos notificáveis.	Separar alerta, triagem, notificação compulsória e comunicação protetiva; dupla checagem de casos sensíveis e respeito aos prazos legais.
Dados e revitimização	Exposição indevida de dados sensíveis, acesso sem necessidade ou comunicação familiar insegura.	LGPD, minimização, controle de acesso, trilha de auditoria, retenção definida e protocolo de comunicação baseado em segurança.
Falta de devolutiva	Notificação sem retorno da rede, perda de confiança da equipe e continuidade de cuidado fragilizada.	Ciclo de feedback com Conselho Tutelar, CRAS/CREAS, UBS, escola e justiça; indicadores de retorno e acompanhamento.

Recomendações da experiência do NACRI

Camada hospitalar

1. Criar ou formalizar um núcleo interno de proteção à criança e ao adolescente

Hospitais que ainda não dispõem de estrutura dedicada devem avançar na formalização de um núcleo interno de proteção, ainda que enxuto, com coordenação clínica, serviço social, psicologia, enfermagem, apoio jurídico, governança de dados e ponto focal para articulação com Conselho Tutelar e rede territorial. O diferencial não é apenas o tamanho da equipe, mas clareza de papéis, autoridade institucional, protocolo, disponibilidade para discussão de casos e compromisso de gestão.

2. Integrar um alerta de proteção ao prontuário eletrônico já utilizado

A adoção de um alerta simples, integrado ao prontuário eletrônico e acessível a profissionais assistenciais, é elemento operacional central para reduzir barreiras à comunicação interna. Sua efetividade depende de facilidade de uso, campos mínimos obrigatórios, gatilhos claros, compatibilidade com a rotina do pronto-socorro, trilha de auditoria, retorno à equipe e revisão periódica com base no uso real. Formulários longos e desconectados do fluxo de trabalho tendem a reduzir adesão.

3. Capacitar sistematicamente todos os profissionais da assistência

A identificação de situações de risco não pode depender apenas de especialistas. Médicos, enfermeiros, técnicos, recepção, equipes administrativas, psicologia e serviço social precisam reconhecer sinais de alerta, saber como acionar o fluxo interno e compreender que notificação é obrigação institucional de proteção. Treinamentos de integração para novos funcionários, simulações de caso, supervisões periódicas e módulos virtuais são estratégias viáveis e de baixo custo.

4. Estabelecer protocolos claros de triagem, encaminhamento e acompanhamento

A notificação externa deve ser apoiada por avaliação multiprofissional sempre que possível, sem atrasar casos de notificação imediata ou risco iminente. Protocolos devem definir critérios de alerta, prazos, responsáveis, situações de comunicação ao Conselho Tutelar, acionamento de autoridade policial ou sistema de justiça, documentação mínima, preservação de evidências clínicas, comunicação com a família e acompanhamento pós-encaminhamento.

5. Adotar uma postura ativa de acompanhamento pós-notificação

O hospital não deve encerrar sua responsabilidade no momento da notificação. Manter comunicação com órgãos notificados, registrar retornos, monitorar pacientes com alertas abertos e articular continuidade de cuidado com UBS, ambulatórios, escolas e assistência social transforma a notificação em instrumento real de proteção, e não apenas em cumprimento formal.

6. Garantir amparo jurídico e institucional aos profissionais notificantes

As instituições hospitalares devem deixar claro que a notificação é responsabilidade institucional e não ato isolado do profissional. Para isso, devem oferecer protocolo validado, apoio jurídico nos casos complexos, respaldo da gestão, orientação sobre sigilo, proteção contra retaliação e canal de discussão de casos sensíveis.

7. Construir um protocolo de comunicação com as famílias no momento da notificação

A comunicação com a família deve ser orientada por avaliação de risco. Quando não comprometer a segurança da criança, a conversa deve ocorrer e ser sempre empática, clara e documentada, explicando que a notificação é obrigação de proteção. Quando houver suspeita de agressor no núcleo cuidador, risco de fuga, ameaça, violência sexual, lesão grave ou possível destruição de evidências, o acionamento da rede de proteção deve preceder ou orientar a comunicação familiar.

Camada de notificação em saúde

1. Fortalecer a completude e a qualidade das notificações no SINAN

A incompletude das fichas de notificação compromete a produção de dados epidemiológicos confiáveis. O poder público deve investir em capacitação, supervisão, simplificação de fluxos, validação automática de campos essenciais, integração com prontuário eletrônico quando viável e monitoramento ativo de serviços com baixas taxas de notificação ou baixa completude.

2. Criar mecanismos de integração de dados

A integração de dados deve ser tratada como política pública sensível, não apenas como solução tecnológica. Antes de criar bases compartilhadas, recomenda-se piloto com governança clara, finalidade definida, controle de acesso, auditoria, interoperabilidade segura, avaliação de impacto à proteção de dados e pactuação entre saúde, assistência social, Conselho Tutelar e sistema de justiça. A consulta a alertas anteriores pode ser útil para identificar padrões de risco, mas deve observar minimização de dados e salvaguardas compatíveis com a LGPD.

3. Ampliar e qualificar a capacidade operacional dos Conselhos Tutelares

Os Conselhos Tutelares são elo central entre a comunicação hospitalar e a rede de proteção, mas atuam frequentemente com recursos insuficientes, alta demanda e condições desiguais. Investir em estrutura, formação continuada, sistemas de registro, protocolos de devolutiva e integração territorial é condição primordial para que a notificação produza proteção concreta.

4. Garantir financiamento sustentável para programas de proteção hospitalar

A sustentabilidade de iniciativas como o NACRI depende de decisão institucional, equipe capacitada, tecnologia, tempo de trabalho, governança de dados e articulação externa. No setor público, programas de proteção hospitalar devem ser reconhecidos como componente essencial da atenção à saúde e previstos em orçamento, com incentivo a pilotos regionais e avaliação independente antes da expansão.



5. Pactuar ciclo de feedback entre hospital e rede de proteção

Hospitais, Conselhos Tutelares, CREAS, UBS, escolas e sistema de justiça devem pactuar fluxos mínimos de devolutiva, preservando sigilo e proteção de dados. Sem retorno, profissionais de saúde tendem a perceber a notificação como ato sem efeito; com devolutiva, a rede aprende, corrige falhas e melhora a proteção.

6. Monitorar indicadores mínimos de implementação

Recomenda-se monitorar, no mínimo: percentual de fichas do Sinan completas; percentual de comunicações ao Conselho Tutelar e outros órgãos; setor de abertura do alerta no hospital; tempo de devolutiva da rede; reincidência de alertas; setor de origem; perfil etário e sexo; tipos de violência; acompanhante responsável; proximidade com o agressor; capacitação da equipe; e desfecho de acompanhamento.

7. Avaliar impacto antes de escalar

A expansão do modelo deve ser precedida por piloto com avaliação independente, usando desenho de série temporal interrompida, estudo quase-experimental ou comparação entre unidades semelhantes. A avaliação deve medir não apenas número de notificações, mas qualidade do registro, tempo de resposta, segurança da criança, integração da rede, experiência dos profissionais e riscos de viés ou sobrecarga.

Conclusão

A violência contra crianças e adolescentes no Brasil permanece marcada por subnotificação, fragmentação institucional e respostas muitas vezes dependentes da iniciativa individual de profissionais. Embora o país disponha de marco legal robusto e de sistemas formais de notificação e proteção, a efetividade desses instrumentos depende da capacidade das instituições de identificar riscos precocemente, registrar informações qualificadas, comunicar a rede competente e acompanhar os desdobramentos dos casos.

A experiência do NACRI mostra que hospitais podem ocupar posição estratégica nesse processo. Ao integrar alerta em prontuário eletrônico, revisão multiprofissional, fluxos de notificação, governança de dados e articulação com a rede de proteção, o modelo contribui para transformar a proteção infantil em prática institucional, e não apenas em reação pontual diante de casos graves ou evidentes.

O NACRI não substitui o Sinan, o Conselho Tutelar, o sistema de justiça ou a rede socioassistencial. Sua contribuição está em funcionar como camada complementar: qualifica a identificação de sinais de risco, preserva memória institucional de proteção do paciente, organiza a tomada de decisão e fortalece a comunicação entre saúde e rede de proteção.

A replicabilidade desse modelo, contudo, não deve ser tratada como simples transferência tecnológica. Exige governança, capacitação, protocolos claros, proteção de dados, pactuação intersetorial, monitoramento de indicadores e avaliação independente. Sem essas salvaguardas, alertas hospitalares podem gerar fadiga, vieses, sobrecarga da rede ou respostas descoordenadas. Com elas, podem se tornar instrumentos relevantes de prevenção, cuidado e garantia de direitos.

A principal lição desta Nota Técnica é que proteger crianças e adolescentes exige institucionalizar o cuidado: reduzir a dependência de decisões isoladas, criar rotinas de proteção, garantir responsabilização organizacional e construir pontes efetivas entre hospitais, vigilância em saúde, Conselhos Tutelares, assistência social, educação e sistema de justiça.

Chamado à ação

A proteção de crianças e adolescentes contra violências deve ser assumida como responsabilidade institucional e intersetorial. A partir da experiência do NACRI, esta Nota Técnica propõe uma agenda mínima para os próximos ciclos de gestão:

1. Hospitais públicos e privados devem instituir ou fortalecer núcleos internos de proteção, com protocolos claros, equipe multiprofissional, alerta integrado ao prontuário, apoio jurídico e governança de dados.

2. Gestores de saúde devem apoiar pilotos regionais de alerta hospitalar conectados ao Sinan e à rede de proteção, com indicadores mínimos de qualidade, tempo de resposta, completude de notificações e desfechos de acompanhamento.

3. Conselhos Tutelares, assistência social, saúde, educação e sistema de justiça devem pactuar fluxos de devolutiva, preservando sigilo e proteção de dados, para que a notificação produza proteção concreta e não apenas registro formal.

4. Financiadores públicos e privados devem apoiar avaliação independente de modelos como o NACRI, incluindo custo-efetividade, riscos de viés, impacto sobre completude das notificações, segurança da criança e capacidade operacional da rede.

5. A agenda nacional de enfrentamento à violência infantil deve reconhecer os serviços de saúde como porta estratégica de proteção, especialmente na identificação precoce de riscos, na documentação qualificada e na articulação com o Sistema de Garantia de Direitos.

O próximo passo não é apenas ampliar notificações, mas qualificar a resposta protetiva. Cada hospital que atende crianças e adolescentes deve ser capaz de reconhecer sinais de risco, agir com segurança, comunicar a rede competente e acompanhar se a proteção de fato aconteceu.

Referências

ALVES, Maria Alice; LUZ, Maria Eduarda Silva Siqueira da; NOGUEIRA, Francisco Jander de Sousa. Desafios da atuação de profissionais da saúde e assistência frente a casos de violência contra a mulher. Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva, Salvador, v. 3, n. e14903, p. 1-14, 2022.

BERGER, Rachel P. et al. Using Computer Alert Systems in the Emergency Room to Screen for Child Abuse. Washington, DC: Patient-Centered Outcomes Research Institute; NCBI Bookshelf, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK602609/. Acesso em: 30 abr. 2026.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 abr. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 30 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_maustratos_criancas_adolescentes.pdf. Acesso em: 30 abr. 2026.

BRASIL. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera o Estatuto da Criança e do Adolescente para estabelecer o direito de ser educado e cuidado sem castigo físico ou tratamento cruel ou degradante. Brasília, DF: Presidência da República, 2014. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13010.htm. Acesso em: 30 abr. 2026.

BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Marco Legal da Primeira Infância. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm. Acesso em: 30 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 30 abr. 2026.

BRASIL. Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/n/notificacao-compulsoria. Acesso em: 30 abr. 2026.

BRASIL. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm. Acesso em: 30 abr. 2026.

BRASIL. Decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018. Regulamenta a Lei nº 13.431/2017. Brasília, DF: Presidência da República, 2018a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/d9603.htm. Acesso

em: 30 abr. 2026.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 30 abr. 2026.

BRASIL. Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022. Lei Henry Borel. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14344.htm. Acesso em: 30 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 10.175, de 23 de janeiro de 2026. Atualiza a Lista Nacional de Notificação Compulsória. Brasília: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2026/prt10175_26_01_2026.html. Acesso em: 30 abr. 2026.

CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira (coord.). Atlas da Violência 2025. Brasília: Ipea; São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/. Acesso em: 30 abr. 2026.

GONÇALVES, Hebe Signorini; FERREIRA, Ana Lúcia. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 315-319, 2002. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100032. Acesso em: 30 abr. 2026.

KRAWIEC, Christina et al. What We Can Learn From Failure: An EHR-Based Child Protection Alert System. Child Maltreatment, v. 25, n. 1, p. 61-69, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1177/1077559519848845. Acesso em: 30 abr. 2026.

MIRANDA, Vanessa Gomes da Silva. A notificação compulsória no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. Serviço Social em Debate, v. 5, n. 1, 2022. Disponível em: https://revista.uemg.br/serv-soc-debate/article/view/6264. Acesso em: 30 abr. 2026.

OLIVEIRA, Nathália França de et al. Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, n. 1, e2018438, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100012. Acesso em: 30 abr. 2026.

PASE, Hemerson Luiz et al. O Conselho Tutelar e as políticas públicas para crianças e adolescentes. Cadernos EBAPE.BR, v. 18, n. 4, p. 1000-1010, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cebape/a/PnwGrSgtyLDZyg4DgyRQbNs/. Acesso em: 30 abr. 2026.

POLIDORO, Maurício; CUNDA, Bruna; OLIVEIRA, Daniel. Vigilância da violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sinan de 2014 a 2018. Saúde em Redes, v. 6, n. 2, p. 195-206, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.18310/2446-4813.2020v6n2p195-206. Acesso em: 30 abr. 2026.

ROLIM, Ana Carolina Arruda et al. Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. Saúde em Debate, v. 38, n. 103, p. 794-804, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140072. Acesso em: 30 abr. 2026.

SILVA, Beyle Pereira da; CAMARGO, Denise de. As práticas profissionais realizadas em situações de maus-tratos infantis: uma revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, n. 6, p. 1703-1715, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.14022022. Acesso em: 30 abr. 2026.

SILVA, Larissa Leocadio da et al. O papel do enfermeiro na identificação e notificação de casos de violência contra à criança e o adolescente: revisão integrativa. Recisatec, v. 2, n. 4, 2022. Disponível em: https://recisatec.com.br/recisatec/article/view/111. Acesso em: 30 abr. 2026.

SILVA, Priscila Arruda da et al. Violência contra crianças e adolescentes: notificação como exercício de poder e resistência contra o agressor. Research, Society and Development, v. 9, n. 8, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.4986. Acesso em: 30 abr. 2026.

SOUSA, Cyntia Meneses de Sá et al. Incompletude do preenchimento das notificações compulsórias de violência – Brasil, 2011-2014. Cadernos Saúde Coletiva, v. 28, n. 4, p. 477-487, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040139. Acesso em: 30 abr. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). INSPIRE: Seven strategies for ending violence against children. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children. Acesso em: 30 abr. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report on preventing violence against children 2020. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240004191. Acesso em: 30 abr. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Child maltreatment. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment. Acesso em: 30 abr. 2026.





INSTITUIÇÕES DA

Pensi
Instituto de Pesquisa e Ensino

Sabará
Hospital Infantil

Fundação José Luiz Setúbal