

**Ficha de Sinalização para os Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Internamento e Consultas Externas Hospitalares**

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM			
Nome	<input type="checkbox"/> Sexo Masc. <input type="checkbox"/> Sexo Fem.	Data Nasc. / /	Idade anos e meses
Morada (rua, nº e andar)		Localidade	Cod. Postal -
Telefone	Telemóvel	Nº Utente	
Centro de Saúde		Jardim-de-infância/Escola	
Médico de Família			
Dados da Mãe/Pai ou Pessoa Responsável		Outras Informações de Interesse	
N.º Irmãos Coabitantes:			
B – DADOS DA SINALIZAÇÃO			
<b>Entidade Sinalizadora:</b>			
<b>Contactos da Entidade:</b>		Email	
Telefone	Telemóvel	Fax	
Morada			
<b>Quem sinaliza:</b>			
<b>Contactos:</b>			
<b>Data de sinalização:</b> /    /			
<b>Data do primeiro contacto com a família na situação em análise</b> __ / __ / ____			
C – MOTIVO DA SINALIZAÇÃO (SUSPEITA/CONFIRMAÇÃO)			
Mau trato físico	<input type="checkbox"/>	Negligência	<input type="checkbox"/>
Mau trato psicológico / emocional	<input type="checkbox"/>	Abandono	<input type="checkbox"/>
Abandono afectivo	<input type="checkbox"/>	Disfuncionalidade parental/familiar	<input type="checkbox"/>
Abuso sexual (suspeita)	<input type="checkbox"/>	Abuso sexual (confirmado)	<input type="checkbox"/>
Problemas comportamentais – agressividade contra outros (família, amigos, professores), agitação psicomotora	<input type="checkbox"/>	Problemas comportamentais (autoagressividade, ideação suicida, desorientação, confusão, apatia, ...)	<input type="checkbox"/>
Comportamentos aditivos nos cuidadores (álcool, substâncias ilícitas, jogo, ...)	<input type="checkbox"/>	Absentismo escolar sem justificação	<input type="checkbox"/>
Dificuldade de aprendizagem sem défice cognitivo	<input type="checkbox"/>	Problema de saúde grave na criança/fratria	<input type="checkbox"/>
Outros motivos:	<input type="checkbox"/>	Comentários:	

**Para a presente sinalização solicita-se que os sinais/sintomas/indicadores e/ou factores de risco observados sejam identificados no documento em anexo.**

**Tipo de Suspeição:**  Suspeita  Observação isolada  Observação reiterada

Evidência  Observação isolada  Observação reiterada

**Tipo de Intervenção:**  Ligeira  Moderada  Intensiva  Muito Intensiva

**D – INICIATIVAS ACTUAIS E/OU MEDIDAS TOMADAS**

Elaborou ou tem conhecimento da existência de um plano para seguimento/esclarecimento de situações anteriores?  Sim  Não

**Iniciativas actuais / Medidas já tomadas** (especifique, se possível, as opções assinaladas):

- Encaminhamento para Urgência \_\_\_\_\_
- Apoio junto de outro familiar \_\_\_\_\_
- Contacto com Psicólogo \_\_\_\_\_
- Contacto com Serviço Social \_\_\_\_\_
- Contacto com outras Instituições / Núcleos da Rede / Parceiros \_\_\_\_\_
- Contacto com Consulta de Especialidade \_\_\_\_\_
- Internamento em Serviço Hospitalar \_\_\_\_\_
- Contacto com o Instituto Nacional de Medicina Legal
- Contacto com CPCJ \_\_\_\_\_
- Contacto com Forças de Segurança (GNR/PSP) \_\_\_\_\_
- Accionado Artigo 91.º da Lei 147/99 de 1 de Setembro, por situação de perigo iminente;
- Outros: \_\_\_\_\_

Técnico Responsável pelo plano

Data de Inicio da Implementação do Plano: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

A família/jovem foi informada(o) da presente sinalização?  Sim  Não

Porquê?

**E – MANTÉM-SE RESPONSÁVEL PELO SEGUIMENTO DA SITUAÇÃO?**

- Sim, mantenho-me responsável pelo seguimento da situação, com acompanhamento pelo NACJR/NHACJR (se nos 30 dias subsequentes à presente sinalização, não existir qualquer registo de seguimento por esta equipa/profissional, a situação é encaminhada para o NACJR/NHACJR).
- Não, pretendo a intervenção do NACJR/ NHACJR. Justifique \_\_\_\_\_

NOTA - Se estiver em presença de uma situação de **PERIGO**, o profissional de saúde, perante a obrigatoriedade de actuação urgente (artigo 91.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro), torna-se automaticamente o **Gestor de Caso**.

## NACJR/NHACJR- FICHA DE SINALIZAÇÃO

**FINALIDADE:** A Ficha de Sinalização e Articulação para os Serviços de Saúde pretende organizar e agilizar o fluxo de informação, permitindo uma intervenção concertada entre os diferentes profissionais dos serviços no âmbito da intervenção a crianças e jovens em risco, nos diferentes contextos e níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Toda a informação constante na ficha é **Confidencial**.

Esta Ficha destina-se a intervenções que visem prevenir ou abordar as situações de risco psicossocial, desprotecção ou mau trato. Qualquer profissional de saúde pode preenchê-la. Assim, este instrumento deve ser utilizado para:

1. **Sinalização interna para o Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco** (NHACJR) da instituição onde foram observadas situações de risco, e/ou, na sua ausência, **para notificar o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco** (NACJR) do Centro de Saúde da área de residência da criança/jovem;
2. **Pedido de colaboração interprofissional ou intersectorial;**

As intervenções podem realizar-se dentro de uma mesma instituição de saúde, informando ou solicitando a actuação de outro profissional ou departamento, ou entre diferentes instituições ou níveis de intervenção do SNS. Nestes dois últimos casos, é recomendável que a Ficha de Sinalização e Articulação seja canalizada através dos NACJR / NHACJR.

## INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

### A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM

Dever-se-ão indicar os dados disponíveis que permitam a identificação e a localização da criança/jovem em risco, para o que se solicitará a colaboração de outro profissional ou sector do SNS.

No campo “**Idade**”, dever-se-á indicar a idade em anos e meses até aos três anos de idade da criança.

No campo “**Jardim-de-Infância/Escola**”, dever-se-á indicar o nome da escola e outros dados mais específicos, se estiverem disponíveis.

No campo “**Dados da mãe/pai ou pessoa responsável**”, caso não sejam os pais os responsáveis pela criança/jovem, dever-se-á identificar a pessoa responsável, indicar o grau de parentesco e contactos.

No campo “**Outras informações de interesse**” poder-se-á referir a Nacionalidade dos pais, défices de comunicação dos mesmos, entidade patronal do jovem (se aplicável) entre outras considerações relevantes.

### B – DADOS DA SINALIZAÇÃO

Este campo possibilita e facilita a coordenação interprofissional ou intersectorial proposta ou solicitada. Dever-se-ão incluir a data da sinalização ao NACJR/NHACJR e os dados que permitam identificar a instituição e o profissional que a inicia e/ou que se mantém como gestor de caso.

### C – MOTIVO DA SINALIZAÇÃO

Neste campo, dever-se-ão indicar o(s) motivo(s) de sinalização que justifiquem a necessidade de intervenção dos serviços de saúde junto da criança/jovem e família. No campo “**Comentários**” poder-se-ão inserir livremente todas as observações pertinentes relacionadas com o motivo de sinalização.

Desta secção da Ficha de Sinalização, também faz parte a “**Lista de sinais, sintomas, indicadores e factores de risco observados**” que se encontra em anexo. A necessidade do seu preenchimento justifica-se pela importância de uma caracterização mais completa da situação de risco (potencial ou verificado), no sentido de promover a agilização do processo de colaboração solicitado. O mesmo se aplica aos campos referentes ao “**Tipo de Suspeição**” e ao “**Tipo de Intervenção**”. Quanto ao Tipo de Intervenção, considere: **LIGEIRA** - quando a situação apenas requer acompanhamento e vigilância; **MODERADA** – quando necessita de uma intervenção mais específica; **INTENSIVA** – quando a situação implica medidas de promoção e protecção; **MUITO INTENSIVA** – quando a criança/jovem se encontra em perigo.

### D – ACTUAÇÕES PRÉVIAS REALIZADAS

Este campo destina-se a fornecer informações acerca de possíveis actuações realizadas, actual ou anteriormente com a criança/jovem e família, bem como acerca dos profissionais/sectores que intervieram. De um modo geral, informar-se-á a criança/jovem e/ou família da solicitação de apoio que implica a utilização da presente Ficha, excepto em situações em que a própria segurança ou bem-estar da criança/jovem esteja em perigo e contra indique tal procedimento.

### E – PEDIDO DE INTERVENÇÃO DO NACJR/NHACJR

Se a resposta for “Sim”, a informação será utilizada pelo Núcleo apenas para fins estatísticos.

Se a resposta for “Não”, haverá que solicitar a necessidade de intervenção do Núcleo (aguardando-se o seu contacto para discussão da situação), justificando o facto.

## INSTRUÇÕES PARA O ENVIO DA FICHA DE SINALIZAÇÃO

- 1) A Ficha será sempre enviada ao NACJR/NHACJR para fins estatísticos, preferencialmente por correio electrónico;
- 2) Quando solicitada colaboração, a Ficha será enviada ao serviço, unidade ou profissional a quem esta foi requerida (incluindo, se necessário, o NACJR/NHACJR), preferencialmente por correio electrónico;
- 3) Dever-se-á juntar uma cópia da mesma para integrar o processo clínico da criança/jovem.

## ANEXO - Suspeita de Maus Tratos - Sintomas / Sinais / Indicadores

### INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

Por favor, assinale os campos que considere presentes na sua observação (um ou vários).

No campo “**Outros**”, poderá identificar outros sinais, sintomas ou indicadores que não estejam contemplados na listagem apresentada.

Toda a informação constante na ficha é **Confidencial**.

**NOTA: Nenhum dos sintomas/sinais/ indicadores permite, por si só, estabelecer diagnóstico de maus tratos.**

Físicos	
Hemorragias conjuntivais	<input type="checkbox"/>
Lesões com diferentes estádios de evolução (por exemplo, equimoses e hematomas com diferentes colorações)	<input type="checkbox"/>
Traumatismo cranio-encefálico em crianças menores de 1 ano de idade sem uma explicação consistente	<input type="checkbox"/>
Lesões de diagnóstico mais complexo, como lesões internas e/ou neurológicas	<input type="checkbox"/>
Fractura de fémur em criança que não iniciou marcha	<input type="checkbox"/>
Fractura de costelas e/ou corpos vertebrais, fractura de metáfise	<input type="checkbox"/>
Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fractura)	<input type="checkbox"/>
Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns nos traumatismos de tipo accidental	<input type="checkbox"/>
Lesões provocadas que deixam marcas (por exemplo, marcas de fivela, corda, mãos, chicote, régua...)	<input type="checkbox"/>
Síndrome da criança abanada (sacudida)	<input type="checkbox"/>
Persistência de sintomas de difícil explicação	<input type="checkbox"/>
Ausência ou demora na procura de cuidados médicos	<input type="checkbox"/>
Consultas de urgência frequentes, aparentemente sem motivo justificativo	<input type="checkbox"/>
Intoxicações, sobretudo se ocorrer mais de um episódio	<input type="checkbox"/>
Síndrome de abstinência no período neonatal (tremores, dificuldades na alimentação, sudorese intensa, entre outros)	<input type="checkbox"/>
Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, ...)	<input type="checkbox"/>
Aspecto mal cuidado	<input type="checkbox"/>
Alterações do estado nutricional (desnutrição, desidratação, peso excessivo para a idade, dieta desadequada ...)	<input type="checkbox"/>
Alopécia traumática por arrancamento, ou por postura prolongada com deformação do crânio	<input type="checkbox"/>
Cansaço, sonolência e apatia frequentes	<input type="checkbox"/>
<b>Outros:</b>	

Psicológicos/Emocionais	
Tristeza, medos, sentimentos de inferioridade, vergonha ou culpa	<input type="checkbox"/>
Choro incontrolável no primeiro ano de vida	<input type="checkbox"/>
Perturbações do comportamento alimentar	<input type="checkbox"/>
Perturbações do sono	<input type="checkbox"/>
Alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese)	<input type="checkbox"/>
Cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente	<input type="checkbox"/>
Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas	<input type="checkbox"/>
Auto-mutilação	<input type="checkbox"/>
Comportamento ou ideação suicida	<input type="checkbox"/>
Relutância em regressar a casa e/ou fuga	<input type="checkbox"/>
Comportamentos entendidos como desviantes (delinquência, abuso de álcool ou drogas, prostituição)	<input type="checkbox"/>
<b>Outros:</b>	

Abuso Sexual	
Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção)	<input type="checkbox"/>
Infecções de transmissão sexual	<input type="checkbox"/>
Corrimento vaginal persistente ou recorrente	<input type="checkbox"/>
Presença de esperma no corpo da criança/jovem	<input type="checkbox"/>
Presença de sangue atribuível a outra pessoa ou substâncias estranhas, como lubrificantes, no corpo ou roupa da criança/jovem	<input type="checkbox"/>
Laceração do hímen	<input type="checkbox"/>
Hemorragia vaginal ou anal	<input type="checkbox"/>
Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais	<input type="checkbox"/>
Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal	<input type="checkbox"/>
Lesões no pénis ou região escrotal	<input type="checkbox"/>
Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração dos lábios ou do freio da língua	<input type="checkbox"/>
Gravidez	<input type="checkbox"/>
Condutas erotizadas	<input type="checkbox"/>
Prostituição infantil	<input type="checkbox"/>
<b>Outros:</b>	