

O CAFAP “Entre Laços” é uma resposta social do Centro Social Paroquial Vera Cruz (Casa Vera Cruz) que tem por objetivo prevenir e/ou reparar situações de risco psicossocial mediante o desenvolvimento de competências parentais, pessoais e sociais das famílias com crianças e jovens do Concelho de Aveiro, apoiando-as através de uma abordagem ecológica, colaborativa e respeitadora. Esta Ficha de Sinalização e Informação Inicial é dirigida aos serviços da comunidade e o seu preenchimento é fundamental para uma mais eficaz triagem das situações de risco e melhor adaptação das estratégias de avaliação e intervenção. São consideradas situações de risco, aquelas em que as famílias enfrentam múltiplos problemas/desafios e/ou que não asseguram a satisfação das necessidades das crianças/jovens, comprometendo a sua

segurança, desenvolvimento e/ou bem-estar. AFAP “Entre Laços” - Centro Social Paroquial Vera Cruz * Rua do Gravito, 32 3800-194 Aveiro

Tel.: 234061289 / 934000168 * E-mail: cafap@casaveracruz.pt * www.casaveracruz.pt

(A PREENCHER PELO CAFAP)

DATA DE RECEÇÃO DA SINALIZAÇÃO ___/___/___

I. ENTIDADE SINALIZADORA

ASSINALAR AQUI SE A SINALIZAÇÃO É **URGENTE**, CONSIDERANDO A EXISTÊNCIA DE RISCO ELEVADO PARA A SEGURANÇA DA CRIANÇA

ENTIDADE:

TÉCNICO:

FUNÇÃO DESEMPENHADA:

CONTACTOS (TELEFONE; E-MAIL):

A FAMÍLIA ADERIU POSITIVAMENTE A MEDIDAS ANTERIORES? Sim Não

A FAMÍLIA FOI INFORMADA DESTA SINALIZAÇÃO PARA O CAFAP? Sim Não

A FAMÍLIA IDENTIFICA-SE COM OS MOTIVOS DA SINALIZAÇÃO?

Não reconhece o problema

Reconhece vagamente o problema

Reconhece o problema mas não está envolvida na sua resolução

Reconhece o problema e está envolvida na sua resolução

SE SIM, A FAMÍLIA MANIFESTOU INTERESSE EM COOPERAR COM O CAFAP? Sim Não

II. MODALIDADE DE INTERVENÇÃO

- PRESERVAÇÃO FAMILIAR (PREVENIR A RETIRADA DA CRIANÇA/JOVEM DA FAMÍLIA)

- REUNIFICAÇÃO FAMILIAR (PROMOVER A REINTEGRAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM NA FAMÍLIA)

III. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM (Nota: Se necessário acrescentar tabela com os mesmos itens para outra criança/jovem)

Nome:	Data Nascimento:	Idade:
Filho de:		
Morada:	Código postal:	Freguesia:
Estrutura Educativa:	Frequência escolar:	Reprovações: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Educador/Professor/DT:		

IV. IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA
ELEMENTOS DO AGREGADO

NOME	PARENTESCO	DN	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO/OCUPAÇÃO

RESIDÊNCIA DA FAMÍLIA

Morada:	Código Postal:
Freguesia:	Contatos:

ELEMENTOS SIGNIFICATIVOS NÃO PERTENCENTES AO AGREGADO (FAMILIARES, VIZINHOS, AMIGOS...)

NOME	PAPEL JUNTO DA FAMÍLIA	IDADE	PROFISSÃO/OCUPAÇÃO	CONTATO (S)

V. INDICADORES DE RISCO

INDICADORES DE RISCO ASSOCIADOS À <u>CRIANÇA/JOVEM</u>			
PROBLEMAS NO DESENVOLVIMENTO (FÍSICO/PSICOMOTOR/LINGUAGEM/COGNITIVO)		INSTITUCIONALIZAÇÃO ATUAL/PASSADA OU ESTEVE SEPARADO(A) DOS PAIS (PRÓPRIO OU IRMÃOS)	
DOENÇA CRÔNICA/FÍSICA		SINAIS DE NEGLIGÊNCIA (HIGIENE/SAÚDE/ALIMENTAÇÃO)	
DESEMPENHO ESCOLAR FRACO/DIF. APRENDIZAGEM		ABSENTISMO/ABANDONO ESCOLAR	
PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO/OPOSIÇÃO/DESAFIO		CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS (ÁLCOOL/TABACO/DROGAS)	
MUITO DEPENDENTE/IMATURO PARA A IDADE/ POUCOS COMPORTAMENTOS EXPLORATÓRIOS		PRÓXIMO DE GRUPOS DELINQUENTES/ PROBLEMAS NA RELAÇÃO COM OS PARES	
PROBLEMAS NA RELAÇÃO COM OS PARES		SUPERVISÃO ADULTA INSUFICIENTE	
INTERAÇÕES NEGATIVAS COM A FAMÍLIA		PEQUENOS DELITOS	
PROBLEMAS NA VINCULAÇÃO (INSEGURA AMBIVALENTE/INSEGURA EVITANTE/DESORGANIZADA)		ANDA TRISTE, DEPRIMIDO, COM MEDO, ANSIOSO OU COM BAIXA AUTOESTIMA	
PARENTALIDADE NA ADOLESCÊNCIA		OUTROS (ESPECIFIQUE):	

INDICADORES DE RISCO FAMILIARES (PRINCIPAIS CUIDADORES)			
CUIDADORES COM HISTÓRIA PESSOAL DE MAUS-TRATOS		MONOPARENTALIDADE	
DIFICULDADE EM ASSEGURAR CUIDADOS DE SAÚDE, HIGIENE E/OU ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM		DIFICULDADE EM PROTEGER A CRIANÇA/JOVEM DE DANOS OU PERIGOS DE NATUREZA DIVERSA	
DIFICULDADE EM SUPERVISIONAR E MONITORIZAR O COMPORTAMENTO DA CRIANÇA/JOVEM		DIFICULDADE EM RESPONDER ÀS NECESSIDADES AFETIVAS E EMOCIONAIS DA CRIANÇA/JOVEM	
DIFICULDADE EM ESTIMULAR O DESENVOLVIMENTO GLOBAL DA CRIANÇA		DISCIPLINA DEMASIADO RÍGIDA, AUTORITÁRIA OU INCONSISTENTE	
AMBIENTE FAMILIAR INSTÁVEL E IMPREVISÍVEL, COM DESCONTINUIDADE RELACIONAL		DESAJUSTAMENTO INDIVIDUAL DOS CUIDADORES (REGULAÇÃO EMOCIONAL E COMPORTAMENTAL/ AGRESSIVIDADE/ CRIMINALIDADE)	
VIOLÊNCIA CONJUGAL/DOMÉSTICA		RELAÇÕES FAMILIARES DISTANTES OU CONFLITUOSAS	
DESORGANIZAÇÃO DA VIDA FAMILIAR (ROTINAS, HORÁRIOS, TAREFAS)		POUCA SATISFAÇÃO COM A PARENTALIDADE	
PROBLEMAS NA RELAÇÃO CONJUGAL		DÉFICE FÍSICO	
DÉFICE COGNITIVO		DOENÇA PSIQUIÁTRICA/PSICOPATOLOGIA	
DOENÇA GRAVE/ CRÓNICA		ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (ÁLCOOL/DROGAS)	
OUTROS (ESPECIFIQUE):		OUTROS (ESPECIFIQUE):	
INDICADORES DE RISCO SOCIAL E AMBIENTAL			
DIFICULDADE EM MANTER O EMPREGO OU EM TRABALHAR		BAIXA ESCOLARIDADE	
RENDIMENTOS NÃO GARANTEM A SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES BÁSICAS DA FAMÍLIA		MÁS CONDIÇÕES HABITACIONAIS (CONSERVAÇÃO, CONFORTO E SALUBRIDADE)	
DESORGANIZAÇÃO, FALTA DE HIGIENE OU LIMPEZA DOS ESPAÇOS DA CASA		DESCONHECIMENTO DOS DIREITOS SOCIAIS, RECURSOS COMUNITÁRIOS OU DIFICULDADE EM UTILIZÁ-LOS DE FORMA EFICAZ	
MUDANÇA FREQUENTE DE RESIDÊNCIA		SOBRELOTAÇÃO	
FRACO SUPORTE SOCIAL (FAMÍLIA/AMIGOS/VIZINHANÇA)		HABITAÇÃO EM ZONA PROBLEMÁTICA	
OUTROS (ESPECIFIQUE):		OUTROS (ESPECIFIQUE):	

VI. BREVE HISTÓRIA DO APARECIMENTO E DESENVOLVIMENTO DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

VII. INTERVENÇÕES ANTERIORES E SEUS RESULTADOS

--

VIII. OBJETIVOS DA SINALIZAÇÃO (ESPECIFIQUE O QUE SE PRETENDE COM A INTERVENÇÃO DO CAFAP)

--

IX. INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

A CRIANÇA/JOVEM ESTÁ SINALIZADA NA CPCJ COMPETENTE ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.		
Motivo:		
Desde quando?	Medida aplicada:	Técnico Gestor:
A CRIANÇA/JOVEM TEM PROCESSO DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO NO TRIBUNAL COMPETENTE ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
Motivo:		
Desde quando?	Medida aplicada:	Técnico Gestor:

X. PROFISSIONAIS A INTERVIR NA FAMÍLIA

ÁREA	ENTIDADE	NOME
<input checked="" type="checkbox"/> EDUCAÇÃO (ESCOLA, EQUIPAMENTO DE INFÂNCIA...)		
<input type="checkbox"/> SAÚDE (MÉDICO DE FAMÍLIA, HOSPITAL, PSICÓLOGO...)		
<input type="checkbox"/> AÇÃO SOCIAL (SAAS, RSI, BA...)		
<input type="checkbox"/> PROMOÇÃO E PROTEÇÃO (PPP)		
<input type="checkbox"/> JUSTIÇA (TRIBUNAL, DGRSP, DIAP...)		
<input type="checkbox"/> OUTRA (INDIQUE QUAL):		

DATA DE ENVIO: _____

O TÉCNICO QUE REFERENCIA: _____

(A PREENCHER PELO CAFAP)

ADMISSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Motivo:		
DATA:	A DT:	A ET: