# ESTUDO DE CASO E DEVOLUTIVA DO ACOLHIMENTO

| | |
|---|---|
| **Data:** | |
| **Nome:** | **Data de nasc:** |
| **Responsável:** | |
| **Fonte encaminhadora:** | |
| **Queixa inicial:** | |
| **Profissionais responsáveis:** | |
| **Data dos atendimentos** | |
| **1º encontro:** | **2º encontro:** |
| **3º encontro:** | **4º encontro:** |
| **Estudo de caso:** | **Devolutiva:** |
| **Obs.** | |
| | |

**1. Criança/adolescente está em situação de risco?**

( ) Sim ( ) Não

( ) Presença do autor da violência ( ) Ausência de noções sobre violências

( ) Ausência de noções sobre direitos ( ) Ausência Figuras de apoio

( ) Consequências da violência ( ) Ausência de ações diante da revelação

( ) Repetição da situação de violência ( ) Outros

**OBS.:** _____

_____

_____

_____

**2. Houve impactos na família relacionados à situação de violência?**

( ) Sim ( ) Não

( ) Mudança de residência ( ) Mudança de escola ( ) Rompimento de relações

( ) Encarceramento ( ) Acolhimento em família extensa ( ) Acolhimento em SAICA

( ) Violências Institucionais

**OBS.:**_____

_____

_____

_____

**3. Houve alterações no comportamento da criança/adolescente após a situação de violência?**

( ) Sim ( ) Não

( ) Isolamento ( ) Alteração no sono ( ) Medo ( ) Tristeza

( ) Desconfiança ( ) Mudanças na rotina ( ) Agressividade

( ) Reprodução da violência ( ) Outros

**OBS:**_____

_____

_____

**4. A família encontra-se em situação de vulnerabilidade social?**

( ) Sim ( ) Não

( ) Moradia precária ( ) Renda insuficiente ( ) Ausência de saneamento básico

( ) Ausência de Documentação ( ) Alimentação insuficiente ( ) Não acesso à Saúde

( ) Ausência de Educação ( ) Não acesso à Assistência Social ( ) Ausência de Lazer

**OBS**:_____

_____

_____

**5. Há histórico de violência transgeracional ou fatores familiares que podem indicar riscos?**

( ) Sim ( ) Não

( ) Violência Física ( ) Violência Sexual ( ) Violência Psicológica

( ) Negligência ( ) Abandono parental ( ) Abandono conjugal

( ) Alcoolismo ( ) Saúde mental ( ) Influência do poder paralelo

( ) Homicídio ( ) Suicídio ( ) Dependência Química

**OBS**:_____

_____

_____

**PROPOSTA PARA O ACOMPANHAMENTO**

( ) Atendimento em Grupo ( ) Atendimento Individual ( ) Atendimento Familiar

( ) Atendimento Socioeducativo ( ) Encaminhamento externo ( ) Desligamento

**OBS**:_____

_____

_____

**DEVOLUTIVA**

**Data: ____/____/____**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Sem mais,