

FORMULÁRIO DE REGISTO CLÍNICO DE VIOLÊNCIA > ADULTOS

Nº utente:

Nº proc. EPVA:

USF/UCSP do/a Utente:

Nome do/a Médico/a de Família:

ÍNDICE:



IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

IDENTIFICAÇÃO DE TERCEIRO(S) PRESTADOR(ES) DE INFORMAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO/A SUSPEITO/A



AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO VIOLÊNCIA

DESCRIÇÃO DOS FACTOS QUE MOTIVAM A ASSISTÊNCIA

ANTECEDENTES PESSOAIS

ANTECEDENTES FAMILIARES

EXAME FÍSICO

ESTADO EMOCIONAL ATUAL

AVALIAÇÃO DO PROCESSO INTERNO DE MUDANÇA NA VÍTIMA

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE RISCO



HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO



INTERVENÇÕES ANTERIORES

PLANO DE INTERVENÇÃO



SINALIZAÇÃO INTERNA

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Nome completo:

Idade: D.n.: Sexo: Estado civil:

Nacionalidade: Naturalidade:

Identificação: N.º Validade

Escolaridade: Profissão:

Morada:

Localidade: Tel.: E-mail

- Vulnerabilidade particular:
- Grávida
 - Pessoa idosa
 - Dependente (física/mentalmente)
 - Dependente economicamente do/a suspeito/a
 - Crianças/dependentes expostas direta ou indiretamente à violência
 - Migrante
 - Outro (especificar)

NOTA: Em caso de não entendimento da língua portuguesa, solicitar apoio ao [CNAI](http://www.acidi.gov.pt/) (www.acidi.gov.pt/)

Assegurar que os contactos fornecidos pela vítima não são controlados pelo/a(s) agressor/a(s).

Composição do agregado familiar:

Relação de parentesco	Nome dos dependentes	Idade
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Genograma:

IDENTIFICAÇÃO DE TERCEIRO/A(S) PRESTADOR/A(S) DE INFORMAÇÃO

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

NOTA: Mais do que dois/duas prestadores/as de informação, preencher em Notas

NOTA: Para mais prestador/a(s) de informação, preencher novos campos no final do documento (pág. 18)

IDENTIFICAÇÃO DO/A(S) SUSPEITO/A(S)

Nome completo:

Idade: D. Nascimento: Sexo: Estado civil:

Nacionalidade: Naturalidade:

Escolaridade: Profissão:

Morada:

Localidade: Contactos:

NOTA: Para mais suspeito/a(s), preencher novos campos no final do documento (pág. 19)

Situações específicas:

Abuso/Dependência de substâncias Álcool
 Drogas
 Outras substâncias (especificar)

Comportamentos delinquentes

Práticas abusivas prévias a Familiares
 a Desconhecidos

Patologia psiquiátrica

ITS's

Outras (especificar)

Relação com a vítima: (especificar)

AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Tipologia/natureza:

Data início:

Intensidade (na percepção da vítima):

- Física Sem gravidade Pouco grave Grave Muito grave
- Psicológica Sem gravidade Pouco grave Grave Muito grave
- Sexual Sem gravidade Pouco grave Grave Muito grave
- NOTA: Sexual: Não esquecer de preencher "Tipo de Práticas" na Pág. 16.
- Negligência/privação Sem gravidade Pouco grave Grave Muito grave
- Autodirigida Sem gravidade Pouco grave Grave Muito grave
- Outra Sem gravidade Pouco grave Grave Muito grave

Situações específicas:

- Violência Doméstica — Relações de intimidade Relações familiares Violência vicariante
- Violência de Género NOTA: Especificar subtipo, quando aplicável.
- Tráfico de Seres Humanos
- Institucional Laboral
- Bullying Cyberbullying
- Stalking Grooming
- Mutilação Genital Feminina Clitoridectomia Excisão Infibulação Outras
- Violência Discriminatória (especificar)

Exemplo: Etnia, identidade de género, orientação sexual, deficiência

Frequência: Descrever relativamente à situação mais frequente ou grave.

- Única Episódica Continuada (especificar local mais frequente)

Recurso a agentes (especificar):

- Mecânicos Contundentes Cortantes Perfurantes
- Fogo e explosivos
- Físicos Térmicos - calor e frio Elétricos Radiações
- Químicos Substâncias cáusticas e corrosivas Tóxicas
- Tecnológicos Filme Fotografia Outro

FACTOS QUE MOTIVAM A ASSISTÊNCIA

Nota: (descrição genérica da violência, incluindo mecanismo; tipo; circunstâncias do evento traumático; sintomatologia e lesões, ciclo da violência, de acordo com informação prestada pela vítima).

Dia Hora Local

Descrição dos Factos:

ANTECEDENTES PESSOAIS

(Com base na informação da vítima ou do/a seu/sua acompanhante e/ou em registos clínicos, indicando-se a respetiva fonte)

Patologia psiquiátrica (especificar)

Abuso/Dependência de substâncias — Álcool
 Drogas
 Psicofármacos
 Outras (especificar)

Historial de violência prévia — Infância — Vítima
 Idade adulta — Perpetrador/a
 Vítima
 Perpetrador/a

Outras consequências da vitimação (médicas, sono, alimentação, etc.)

ANTECEDENTES FAMILIARES

(Com base na informação da vítima ou do/a seu/sua acompanhante e/ou em registos clínicos, indicando-se a respetiva fonte)

Patologia psiquiátrica (especificar)

Abuso/Dependência de substâncias — Álcool
 Drogas
 Psicofármacos
 Outras (especificar)

Historial de violência prévia em familiares (infância e/ou idade adulta)

Violência intrafamiliar (tipo, data de início, frequência, gravidade, duração, consequências, envolvimento de cada membro da família e medidas tomadas)

EXAME FÍSICO > ESTADO GERAL

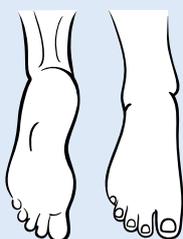
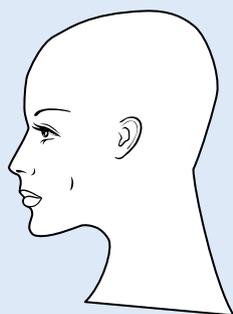
Assinalar a localização com números e descrever no espaço abaixo.
Selecionar a(s) figura(s) que melhor se adequa(m) à morfologia da vítima.

Se a situação clínica o permitir, fotografar antes da prestação de cuidados de saúde, colheita de vestígios e exame físico.

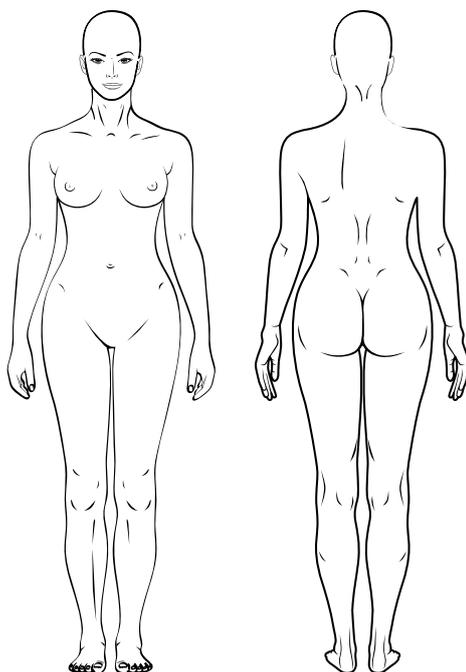
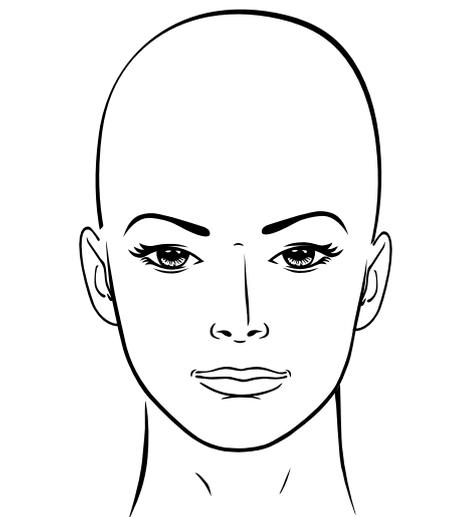
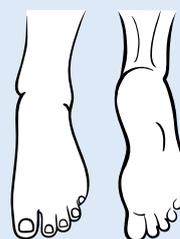
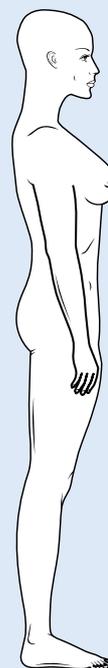
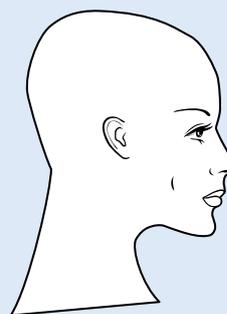
- > Fotografar de diferentes ângulos (corpo inteiro e planos próximos)
- > Usar objetos (réguas/moedas) como escalas de tamanho de lesões
- > Identificar as fotos com o n° do contacto, sem indicar nome/n° de utente.

Antes do exame, assegurar preenchimento do Formulário de Consentimento Informado, livre e esclarecido do/a utente, em anexo.

LADO DIREITO



LADO ESQUERDO



EXAME FÍSICO > ESTADO GERAL

Assinalar a localização com números e descrever no espaço abaixo.

Selecionar a(s) figura(s) que melhor se adequa(m) à morfologia da vítima.

Se a situação clínica o permitir, fotografar antes da prestação de cuidados de saúde, colheita de vestígios e exame físico.

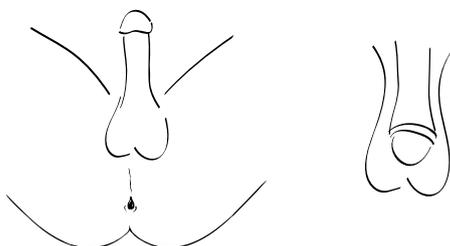
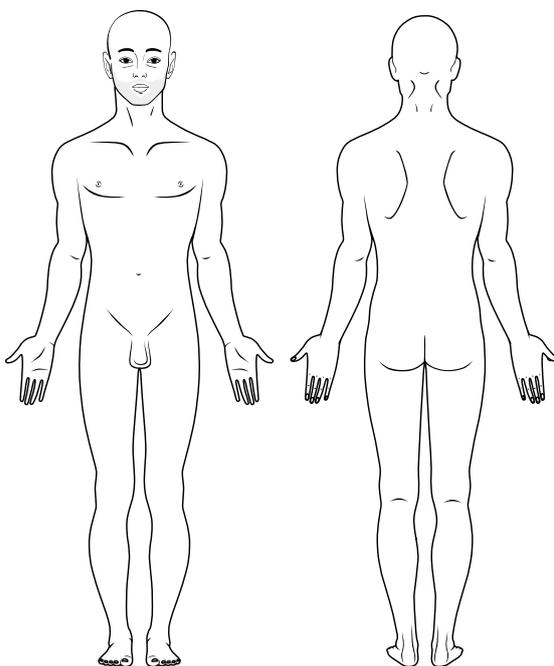
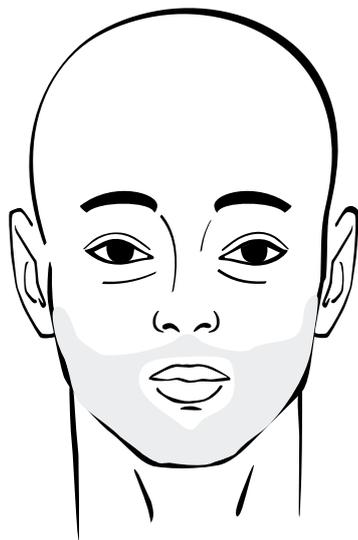
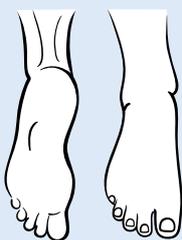
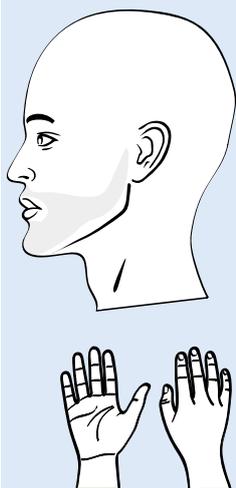
> Fotografar de diferentes ângulos (corpo inteiro e planos próximos)

> Usar objetos (réguas/moedas) como escalas de tamanho de lesões

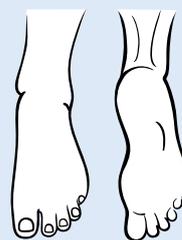
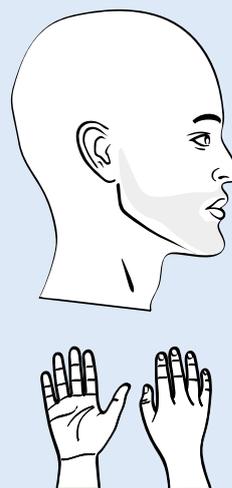
> Identificar as fotos com o n° do contacto, sem indicar nome/n° de utente.

Antes do exame, assegurar preenchimento do Formulário de Consentimento Informado, livre e esclarecido do/a utente, em anexo.

LADO DIREITO



LADO ESQUERDO



Descrição das lesões

Fazer referência a eventuais alterações encontradas resultantes de um estado anterior (cicatrices, tatuagens, marcas de nascença).

Forma/bordos/cor/dimensão/estruturas circundantes/direção-orientação/conteúdo/gravidade/mecanismo/tempo aproximado desde a sua produção/ adequação ao relato – mecanismo e data.

Nº	Localização	Tipo de lesão	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de lesão: avulsão dentária; luxação/fratura dentária; edema; ferida incisa/contusa; mordedura; equimose; fratura; escoriação; hematoma; queimadura; abrasão; corte; alopecia; lesão – ocular, otológica, genital; dor à palpação; cicatriz; etc.

Se a situação clínica o permitir, fotografar antes da prestação de cuidados de saúde, colheita de vestígios e exame físico.

- > Fotografar de diferentes ângulos (corpo inteiro e planos próximos)
- > Usar objetos (régua/moedas) como escalas de tamanho de lesões
- > Identificar as fotos com o nº do contacto, sem indicar nome/nº de utente.

Registo fotográfico de lesões

- Colheitas
- Vestígios
- Peças de vestuário ou outras

Amostras biológicas

Presença de pessoa de confiança da vítima durante o exame

ESTADO EMOCIONAL ATUAL

Descrição geral

- Ansiedade/Medo Labilidade Agitação Desorientação
 Tristeza Apatia Confusão mental Ideação suicida

AVALIAÇÃO DO PROCESSO INTERNO DE MUDANÇA NA VÍTIMA

- 1 Ausência de consciência da situação de violência ou negação da mesma.
- 2 Inicia tomada de consciência da situação de violência em que vive, contudo não sente que esta possa mudar ou que possa intervir para a mudança.
- 3 Começa a pensar que não pode continuar a viver na situação presente, mas não sabe como mudar. Analisa prós e contras para a mudança que, contudo, não planeia realizar.
- 4 Iniciou algumas mudanças e planeia a rutura da situação, embora tenha sentimentos ambivalentes entre autoconfiança e insegurança ou medo de enfrentar o futuro.
- 5 O percurso de saída da situação de violência não é linear, pelo que pode haver momentos de abandono e retrocessos até conseguir consolidar e manter a sua autodeterminação.
- 6 Consolidado o processo de mudança, planeia novos projetos de vida.

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE RISCO

1

Presença de indicadores de **RISCO**, avaliado em conjunto com a vítima:

- Ameaça ou uso de armas
- Ameaças ou tentativa de homicídio à vítima ou figuras significativas
- Ameaças ou tentativa de suicídio por parte da vítima
- Maus tratos e crianças e jovens ou outros elementos da família
- Lesões graves em incidentes anteriores
- Ameaça ou abandono da relação por parte da vítima (conflitos, separação/divórcio)
- Ameaças ou assédio/perseguições/stalking (incluindo em caso de separação)
- Escalada da gravidade, intensidade e frequência da violência
- Episódios de violência durante a gravidez
- Prática de sexo forçado com a vítima (incluindo situação de conjugalidade)
- Manifestação de ciúmes extremos, controlo obsessivo da atividade diária (onde vai, com que está, que dinheiro tem)
- Morbilidade psiquiátrica/psicopatologia no/a agressor/a
- Atitudes extremas de dominância e poder: vítima como propriedade
- Agravamento das estratégias de isolamento
- Consumo de álcool ou outras substâncias por parte do/a agressor/a
- Comportamento violento generalizado a outros contextos
- Diminuição ou ausência de remorso por parte do/a agressor/a
- Historial de crimes do/a agressor/a
- Violação de ordens judiciais pelo/a agressor/a (liberdade condicional, medidas de coação)

2

NA PRESENÇA DESTE INDICADOR, O RISCO AUMENTA CONSIDERAVELMENTE

Resposta positiva da vítima aos itens de perceção de perigo:

- Sentimento de insegurança
- Receio em voltar para casa / contexto onde ocorreu a situação de violência
- Existência de perigo para os filhos
- Presença do/a agressor/a em localização próxima
- Desconhecimento da situação por familiares e/ou amigos
- Fraco apoio da rede de suporte familiar ou social

3

Diagnóstico de **PERIGO IMINENTE**

(possibilidade de sofrer um episódio iminente de violência com perigo para a vida da vítima e/ou das suas figuras significativas), fundamentada na entrevista, perceção da vítima, avaliação biopsicossocial e exame físico.

HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO

Suspeita de violência



Ver pág. 191

Confirmação de violência
Situação de Risco



Ver pág. 192

Confirmação de violência
Situação de Perigo



Ver pág. 193

INTERVENÇÕES ANTERIORES

INTERVENÇÃO ANTERIOR NO ÂMBITO DA SAÚDE:

Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Médica.

(especificar)

Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Não Médica:

Enfermagem Psicologia Serviço Social Outra

Tratamento de lesões (especificar tipo)

Recorrência anterior aos serviços de saúde devido a violência

Episódio(s) de Urgência Episódio(s) de Internamento

Contacto com a Linha de Saúde 24

Se crianças no agregado, intervenção pelo NACJR/NHACJR.

Número do processo

Equipa

INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ARTICULAÇÃO COM OUTRAS ENTIDADES:

Apoio pela rede de suporte familiar/social

Pessoa de ref.ª

Contactos

Apoio por ONG/IPSS: APAV AMCV UMAR NAV

Outra

Apoio pelo Serviço Local ISS, IP (especificar concelho)

Apoio pela RAPVT

Apoio pelo Protocolo RSI

Apoio pelo Banco Alimentar

Linha de Emergência Social 144

Outras linhas de apoio telefónico

Acolhimento em Casa de Abrigo

Intervenção pela CPCJ (em caso de crianças presenciarem violência)

Queixa/denúncia anterior (especificar nº processo)

GNR

PSP

PJ

Ministério Público

Avaliação Forense INMLCF, IP

Medidas judiciais

Afastamento do/a agressor/a

Meios técnicos de controlo à distância (vigilância eletrónica)

Serviço de teleassistência

Intervenção pela DGRS

Sinalização para Observatório(s)

Observatório do Tráfico de Seres Humanos (<http://www.otsh.mai.gov.pt/>)

Observatório de Violência contra Profissionais de Saúde
(<http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia-formulario-novo.aspx>)

Outro (especificar)

Outra (especificar)

PLANO DE INTERVENÇÃO

PROTOCOLO ACIONADO:

Protocolo 1 – Suspeita

Protocolo 2 - Risco

Protocolo 3 - Perigo

Elaboração/disponibilização de Plano de Segurança à vítima (anexo).

INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE

Tratamento de lesões (especificar tipo)

Prescrição de ECD (especificar)

Prescrição de Medicação Especificar:

Encaminhamento Serviço Urgência

Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Médica
(especificar)

Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Não Médica:

Enfermagem Psicologia Serviço Social Outra

Internamento. Especificar:

Contacto com a Linha de Saúde 24

Se crianças no agregado, intervenção pelo NACJR/NHACJR

Número do processo Equipa

VIOLÊNCIA SEXUAL

Teste de gravidez

Contraceção de emergência (até 5 dias após agressão)

Interrupção da gravidez

Despiste de ITS/VIH/Hepatite B

Profilaxia ITS/VIH (avaliar risco benefício)

INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ARTICULAÇÃO COM OUTRAS ENTIDADES

- Apoio pela rede de suporte familiar/social
- Acompanhamento por IPSS: APAV AMCV UMAR Outra
- Intervenção pelo Serviço Local ISS, IP. Especificar concelho:
- Apoio RSI
- Apoio Banco Alimentar
- Linha de Emergência Social 144
- Outras linhas de apoio telefónico
- Acolhimento em Casa Abrigo
- Intervenção pela CPCJ
- Encaminhamento/realização de queixa/denúncia
 - GNR PSP PJ Ministério Público
- Avaliação Forense INMLCF
- Medidas judiciais
 - Afastamento do/a agressor/a Meios técnicos de controlo à distância (vigilância eletrónica)
 - Serviço de teleassistência Intervenção pela DGRS
- Sinalização para Observatório(s)
 - Observatório do Tráfico de Seres Humanos (<http://www.otsh.mai.gov.pt/>)
 - Observatório de Violência contra Profissionais de Saúde (<http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia-formulario-novo.aspx>)
 - Outro. Especificar:
- Outra. Especificar

SINALIZAÇÃO INTERNA

EQUIPA DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA EM ADULTOS (EPVA)

- Apenas sinalização (casuística)
- Consultadoria
- Intervenção N° proc.

NÚCLEO DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (NACJR)/ NÚCLEO HOSPITALAR DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (N(H)ACJR)

- Apenas sinalização
- Consultadoria
- Intervenção N° proc.

Nome Profissional(is)

Serviço/Unidade

Assinatura

Data

Adaptado de: INMLCF, IP

GESTOR DE CASO

Nome

Entidade

EM CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL > TIPO DE PRÁTICA(S):

**Relativamente à vítima,
o/a suspeito/a(s):**

- CONTACTO ORAL
- Beijou/lambeu
 - Mordeu
 - Contactou os genitais com a boca
 - Contactou a região anal com a boca
 - Ejaculou na boca
- CONTACTO GENITAL
- Contactou com os dedos/mão nos genitais
 - Penetrou com os dedos na vagina
 - Contactou com um objeto nos genitais
 - Penetrou com um objeto na vagina
 - Contactou com o pênis na vulva
 - Ejaculou na vulva
 - Penetrou com o pênis na vagina
 - Ejaculou na vagina
- CONTACTO ANAL
- Contactou com os dedos/mão na região anal
 - Penetrou com os dedos no ânus
 - Contactou com um objeto na região anal
 - Penetrou com um objeto no ânus
 - Contactou com o pênis na região perianal
 - Ejaculou na região perianal
 - Penetrou com o pênis no ânus
 - Ejaculou no ânus

**Relativamente ao/à(s) suspeito/a(s),
a vítima:**

- CONTACTO ORAL
- Foi obrigada a beijar/lamber
 - Mordeu
 - Foi obrigada a contactar os genitais com a boca
 - Foi obrigada a contactar com a região perianal
- CONTACTO GENITAL
- Foi obrigada a contactar com o pênis nos genitais
 - Foi obrigada a penetrar com o pênis na vagina
- CONTACTO ANAL
- Foi obrigada a contactar com o pênis na região perianal
 - Foi obrigada a penetrar com o pênis no ânus

DURANTE A AGRESSÃO

- Utilização de preservativo
- Utilização de gel contraceptivo, espuma ou lubrificante (especificar substância e local)
- Ejaculação na roupa ou qualquer outra parte do corpo
- Outros vestígios orgânicos na roupa ou qualquer outra parte do corpo

EM CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL (CONT.)

COMPORTAMENTO DA VÍTIMA APÓS ALEGADA AGRESSÃO SEXUAL

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lavou uma parte do corpo | <input type="checkbox"/> Fumou |
| <input type="checkbox"/> Tomou banho | <input type="checkbox"/> Mascou pastilha elástica |
| <input type="checkbox"/> Fez irrigação vaginal | <input type="checkbox"/> Mudou de roupa. Especificar que peças e local onde se encontram: |
| <input type="checkbox"/> Penteou, lavou, cortou ou pintou o cabelo | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Limpou as unhas | <input type="checkbox"/> Destruiu alguma peça de roupa |
| <input type="checkbox"/> Cortou as unhas | <input type="checkbox"/> Mudou de artigo sanitário de higiene pessoal |
| <input type="checkbox"/> Urinou | <input type="checkbox"/> Correu ou fez alguma atividade desportiva ou similar |
| <input type="checkbox"/> Defecou | <input type="checkbox"/> Teve outros contactos sexuais posteriores |
| <input type="checkbox"/> Comeu | <input type="checkbox"/> Menstruou depois da agressão |
| <input type="checkbox"/> Bebeu | <input type="checkbox"/> Tomou medicação |
| <input type="checkbox"/> Vomitou | <input type="checkbox"/> Foi submetida/o a alguma consulta ou tratamento médico |

OUTROS DADOS NA MULHER

Idade da menarca Data última menstruação

Idade da coitarca Duração ciclo menstrual

Nº de gravidez(es) Complicações gravidez(es)

Nº e tipo de parto(s)

Nº e motivo de abortamento(s)

Métodos contraceptivos

- Antecedentes cirúrgicos
- Menstruação da vítima na data da colheita
- Infecções de transmissão sexual
- Contato sexual consentido até 5 dias antes do evento

IDENTIFICAÇÃO DE TERCEIRO/A(S) PRESTADOR/A(S) DE INFORMAÇÃO

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

IDENTIFICAÇÃO DO/A(S) SUSPEITO/A(S)

Nome completo:

Idade: D.n.: Sexo: Estado civil:

Nacionalidade: Naturalidade:

Escolaridade: Profissão:

Morada:

Localidade: Contactos:

Situações específicas:

Abuso/Dependência de substâncias Álcool
 Drogas
 Outras substâncias (especificar)

Comportamentos delinquentes

Práticas abusivas prévias a Familiares
 a Desconhecidos

Patologia psiquiátrica

ITS's

Outras (especificar)

Relação com a vítima: (especificar)