



PROJETO CAPS

Escola de Psicologia - UCPEL

Faculdade de Medicina e Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia – UFPEL

CONTROLE DE QUALIDADE - ACOMPANHAMENTO



CAPS: _____	caps __
USUÁRIO(A): _____	nu _____
FAMILIAR / CUIDADOR: _____	
TELEFONE DE CONTATO: _____	entre __ __
ENTREVISTADOR: _____	

BOM DIA / BOA TARDE. MEU NOME É ___ E EU TRABALHO NA UNIVERSIDADE CATÓLICA. ESTOU LIGANDO PARA CONVERSAR SOBRE UMA PESQUISA QUE ESTAMOS FAZENDO E SOBRE (ENT) QUE ESTEVE NA SUA CASA NO DIA ___ DE _____ APLICANDO UM SEGUNDO QUESTIONÁRIO SOBRE O CAPS. O(A) SR(A) PODERIA CONVERSAR UM POUCO COMIGO? PRECISO SÓ CONFIRMAR ALGUNS DADOS DO QUESTIONÁRIO.

*Com quem estou falando? (1) usuário (2) familiar/cuidador
(3) outra pessoa (pedir para falar com usuário ou familiar)*

*Antes de qualquer coisa, eu gostaria de saber se (familiar) estava presente na entrevista com (usuário).
(1) sim (2) não*

**SE SIM: Entrevistar só o familiar - SE NÃO: (Usuário) está em condições de responder umas perguntas?
Qual o melhor horário para eu ligar e falar com (usuário)? _____**

PERGUNTAS FEITAS AO USUÁRIO:

1. No dia da entrevista, o entrevistador mostrou uma cartela com umas carinhas para o(a) sr(a) dizer qual a que melhor parecia com como se sentiu desde <MÊS> do ano passado? (0) Não (1) Sim (9) IGN	mostcar __
2. O(A) Sr.(a) continua se tratando no CAPS? (1) Sim (2) Não	contcap __
3. O Sr.(a) está estudando ou fazendo algum curso em algum colégio? (1) Sim (2) Não	estud __
4. No dia da entrevista, o entrevistador pediu para o(a) sr(a) escrever uma frase e copiar um desenho no questionário? (0) Não (1) Sim (9)IGN	mini __
5. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) foi à missa, ou culto, ou sessão? (1) todos os dias (2) mais de uma vez por semana (3) uma vez por semana (4) uma vez por mês (5) quando precisa (6) nenhuma vez	frerel __

PERGUNTAS FEITAS AO FAMILIAR:

6. Atualmente, o(a) sr(a) vive com companheiro(a)? (1) Sim (2) Não	compan __
7. O(A) sr(a) sente que <NOME> pede mais ajuda do que precisa? (0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre	ajuda __
8. O(A) sr(a) gostaria de deixar que outra pessoa cuidasse de <NOME>? (0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre	cuid __ __
9. De uma maneira geral, quanto o sr(a) se sente sobrecarregado(a) por cuidar de <NOME>? (0) nem um pouco (1) um pouco (2) mais ou menos (3) muito (4) demais	sobrec __
10. O(A) Sr(a) acha que o problema de <NOME> lhe trouxe algum problema para a sua saúde? (1) Sim (2) Não	probsa __