

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO  
DOS FAMILIARES  
COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL  
SATIS-BR- FORMA ABREVIADA**

**Bandeira, M., Mercier, C., Perreault, M., Libério, M.M A e Pitta, AMF (2002). Escala Brasileira de Avaliação da Satisfação dos Familiares em Serviços de Saúde Mental: SATIS-Br. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 51 (01): 31-38.**

Obrigado por aceitar ser entrevistado. Este é um estudo coordenado por \_\_\_\_\_ . O objetivo principal deste questionário é conhecer as experiências das pessoas junto aos serviços de saúde mental, com a perspectiva de estar melhorando-os posteriormente.

Este questionário foi adaptado e validado à partir de uma pesquisa sobre a satisfação com os serviços de saúde mental, realizada no Brasil como parte de um estudo multicêntrico coordenado pela Organização Mundial de Saúde. Este estudo foi realizado pelo Laboratório de Investigações em Saúde Mental da USP, pelo Centro Colaborador da OMS em Montreal para Pesquisa e Formação em Saúde Mental, pelo Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da UFSJ e pela Coordenação dos CAPS do Município do Rio de Janeiro. A permissão de utilizar este questionário foi dada pelo Dr. J.M. Bertolote da Unidade de Luta contra as Doenças Mentais da Divisão de Saúde Mental da OMS.

Todas as informações fornecidas por você serão mantidas estritamente confidenciais (e seu anonimato é garantido, se assim você desejar).

Nós estamos gratos pelo tempo que você está gastando para responder a todas estas questões e, é claro, todos os seus comentários são bem-vindos.

**SATIS-BR - FORMA ABREVIADA**

**ESCALA DE AVALIACAO DA SATISFACAO DOS FAMILIARES EM SERVICOS DE SAUDE MENTAL**

Nome do paciente(Opcional): \_\_\_\_\_  
Nome do entrevistado (Opcional): \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Nome do Serviço: \_\_\_\_\_ Tempo de atendimento \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**Nós vamos lhe fazer agora algumas perguntas sobre a impressão que você teve do tratamento dispensado ao seu parente ou dos serviços que vocês receberam no (nome do serviço). Eu vou ler para você todas as perguntas e todos os tipos de resposta. Não há respostas certas nem erradas. Queira responder segundo sua própria opinião.**

**1. Até que ponto você acha que a pessoa que admitiu seu familiar no (nome do serviço) pareceu compreender o problema dele(a)?**

Não compreendeu de forma alguma	1
Não compreendeu muito	2
Mais ou menos	3
Compreendeu bem	4
Compreendeu muito bem	5

**2. Em geral, como você acha que a equipe do (nome do serviço) compreendeu o tipo de ajuda que seu familiar necessitava?**

Não compreendeu de forma alguma	1
Não compreendeu muito	2
Mais ou menos	3
Compreendeu bem	4
Compreendeu muito bem	5

**3. Os serviços que o/a paciente recebeu o/a ajudaram a lidar mais eficientemente com o problema (situação) dele(a)?**

Não, eles pioraram as coisas	1
Não, eles não ajudaram muito	2
Mais ou menos	3
Sim, eles ajudaram um pouco	4
Sim, eles ajudaram muito	5

**4. Você acha que seu familiar obteve o tipo de serviço (cuidado) que você pensava que ele/a necessitava?**

Não, de forma alguma	1
Não, não muito	2
Mais ou menos	3
Em geral, sim	4
Sim, com certeza	5

**5. Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar a privacidade durante o tratamento de seu familiar no (nome do serviço) (p. ex. porta fechada, ausência de interrupções durante suas conversas com terapeutas)?**

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

**6. Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar a confidencialidade sobre os problemas do seu familiar, e o cuidado que ele/a recebeu no (nome do serviço)?**

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

**7. No se entendimento, qual a competência e conhecimento da pessoa com quem você trabalhou mais de perto?**

Muito incompetente	1
Incompetente	2
Mais ou menos	3
Competente	4
Muito competente	5

**8. Você acha que seu familiar se beneficiou com o atendimento no (nome do serviço)?**

Não, de forma algum	1
Não, não muito	2
Mais ou menos	3
Sim, de alguma forma	4
Sim, com certeza	5

**9. De que você gostou mais neste serviço?**

.....

.....

.....

**10. Quais são os aspectos de que você menos gostou**

.....

.....

.....

**11. Na sua opinião, o serviço poderia ser melhorado?**

Sim	1
Não	2
Não sei	3

**11.1 Se sim, como?**

.....

.....

.....

**OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!!!**