

Cape Cod Healthcare:

Avaliação de necessidades de saúde na comunidade – Questionário de saúde para a comunidade

Cape Cod Health Care está fazendo uma avaliação das necessidades de saúde dos moradores do Condado de Barnstable.

Como parte desse projeto, estamos enviando este **Questionário de saúde para a comunidade** aos moradores do Condado de Barnstable a fim de identificar como as suas necessidades de saúde estão sendo satisfeitas. As informações coletadas através desse questionário também ajudarão a avaliar que programas e serviços serão necessários no futuro.

O questionário é anônimo. Ele não pergunta o seu nome ou endereço. Além disso, o questionário é voluntário. Pode parar de respondê-lo a qualquer momento. Preencher o questionário leva cerca de 15 minutos.

Agradecemos sua contribuição para ajudar a melhorar a saúde do Condado de Barnstable. Pedimos para preencher o questionário até **a 13 de maio de 2022**.

Cape Cod Healthcare contratou Health Resources in Action, uma empresa de pesquisa em saúde pública com sede em Boston, para administrar e analisar os dados obtidos por meio desse questionário.

Se tiver alguma pergunta sobre esse projeto, envie um email para communitybenefits@capecodhealth.org ou ligue para 508-862-5600.

Obrigado por participar!

1. Em que idioma prefere responder o questionário?

Prefere responder o questionário em....?

- ☐ English / Inglés / Inglês
- ☐ Spanish / Español / Espanhol
- ☐ Portuguese / Portugués/ Português
- ☐ Haitian Creole / Criollo haitiano / Crioulo haitiano

Sobre o seu lar

Nesta seção, perguntamos onde e com quem mora.

2. Em que cidade você mora? (Marque uma resposta)

- ☐ Barnstable, MA
- ☐ Bourne, MA
- ☐ Brewster, MA
- ☐ Chatham, MA
- ☐ Dennis, MA
- ☐ Eastham, MA
- ☐ Falmouth, MA
- ☐ Harwich, MA
- ☐ Mashpee, MA
- ☐ Orleans, MA
- ☐ Provincetown, MA
- ☐ Sandwich, MA
- ☐ Truro, MA
- ☐ Wellfleet, MA
- ☐ Yarmouth, MA
- ☐ Nenhuma das opções acima

3. Qual das seguintes categorias melhor descreve sua situação atual de habitação? (Marque uma resposta)

- ☐ Moro num apartamento, condomínio ou casa que me pertence
- ☐ Moro num apartamento, condomínio ou casa de aluguel

- ☐ Moro num local de aluguel por temporada
- ☐ Moro na casa de um familiar
- ☐ Moro num abrigo (*shelter*)
- ☐ Não tenho lar (sem teto)
- ☐ Outra, favor especificar: _____

4. De forma geral, qual é o seu nível de satisfação com o custo da sua habitação atual?

- ☐ Muito satisfeito
- ☐ Satisfeito
- ☐ Neutro
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Muito insatisfeito

5. De forma geral, qual é o seu nível de satisfação com a qualidade e a segurança da sua habitação atual?

- ☐ Muito satisfeito
- ☐ Satisfeito
- ☐ Neutro
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Muito insatisfeito

6. Qual das seguintes categorias melhor descreve sua situação laboral atual? (Selecione todas as opções que se aplicam)

- ☐ Empregado assalariado o ano todo
 - ☐ *Freelance* o ano todo
 - ☐ Trabalho por temporada (não o ano todo)
 - ☐ Desemprego
 - ☐ Estudante
 - ☐ Dona de casa / criando os filhos
 - ☐ Cuidador sem salário
 - ☐ Aposentado
 - ☐ Não posso trabalhar
 - ☐ Prefiro não responder
 - ☐ Outra, favor especificar
-

7. No momento, você é pai, mãe ou responsável legal de alguma criança menor de 18 anos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

8. No momento, você é responsável pelo cuidado de uma pessoa portadora de deficiência física ou cognitiva?

- ☐ Sim
- ☐ Não

9. No momento, você é responsável pelo cuidado de uma pessoa de mais de 50 anos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Sobre sua saúde

Nesta seção, perguntamos sobre problemas de saúde que afetam a si e/ou à sua família mais próxima.

10. De forma geral, como você avaliaria a sua saúde?

- ☐ Excelente
- ☐ Muito boa
- ☐ Boa
- ☐ Ruim
- ☐ Má

11. Selecione as 5 PREOCUPAÇÕES DE SAÚDE PRINCIPAIS que afetam a si ou à sua família. (Selecione até 5)

- ☐ Acesso a clínico geral
- ☐ Problemas relacionados ao envelhecimento, como artrite, osteoporose, demência, doença de Alzheimer, etc.
- ☐ Câncer
- ☐ Doença cardiovascular ou cardíaca
- ☐ Problemas de saúde das crianças

- ☐ Problemas de saúde crônicos, como obesidade, diabetes, hipertensão, colesterol elevado, etc.
- ☐ Saúde dentária e oral
- ☐ Deficiências (físicas ou cognitivas)
- ☐ Uso de drogas, como álcool, maconha, remédios receitados, drogas ilícitas, etc.
- ☐ Doenças infecciosas, como COVID-19, pneumonia, gripe, pertussis, hepatite C.
- ☐ Lesões, como devido a acidente de carro, queda, concussão
- ☐ Problemas de saúde mental, como ansiedade, depressão, suicídio
- ☐ Problemas respiratórios, como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), enfisema
- ☐ Infecções sexualmente transmissíveis, como HIV/AIDS, clamídia, gonorréia
- ☐ Uso de tabaco ou fumar
- ☐ Problemas de saúde da mulher, como saúde pré-natal ou materna, saúde reprodutiva, etc.

12. Por favor, indique o tanto que cada um dos seguintes problemas de saúde representa uma preocupação para si e/ou para a sua família

	Não é uma preocupação	Preocupação leve	Preocupação moderada	Grande preocupação	Não sei/não tenho certeza
a) Asma, DPOC, enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Diabetes ou açúcar no sangue elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Doença cardíaca ou ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

g) Hipertensão ou pressão alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Excesso de peso/obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Derrame (AVC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Por favor, indique o tanto que cada um dos seguintes problemas de saúde mental representa uma preocupação para si e/ou para a sua família

	Não é uma preocupação	Preocupação leve	Preocupação moderada	Grande preocupação	Não sei/não tenho certeza
a) Transtorno de ansiedade ou de pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Depressão ou transtorno bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Trauma ou transtorno do estresse pós-traumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Estresse geral do dia a dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Isolamento social ou solidão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Estigma ou medo associado a procurar ajuda para um problema de saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Saúde mental de jovens e de jovens adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Comportamento suicida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Por favor, indique o tanto que cada um dos seguintes problemas de uso de substâncias representa uma preocupação para si e/ou para a sua família

	Não é uma preocupação	Preocupação leve	Preocupação moderada	Grande preocupação	Não sei/não tenho certeza
a) Estigma ou medo associado a procurar ajuda para adicção ao álcool ou drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Uso indevido de opioides, como medicamentos para a dor, heroína, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Abuso ou consumo excessivo de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Uso de tabaco ou fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Vaporização ou cigarros eletrônicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Uso recreativo de maconha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Outras drogas ilícitas (cocaína, ecstasy, metanfetamina, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Há algum outro PROBLEMA DE SAÚDE, SAÚDE MENTAL E/OU USO DE SUBSTÂNCIAS que não foi listado anteriormente, mas que é uma grande preocupação para si e/ou sua família?

- ☐ Se respondeu que sim, favor especifique: _____
- ☐ Não

Sobre a saúde da comunidade

Nesta seção, perguntamos sobre problemas de saúde que afetam toda a comunidade.

16. De uma forma geral, como você avaliaria a saúde da comunidade onde mora?

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Saúde dentária e oral |
| <input type="checkbox"/> Muito boa | <input type="checkbox"/> Deficiências (físicas ou cognitivas) |
| <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Uso de drogas, como álcool, maconha, remédios receitados, drogas ilícitas, etc. |
| <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Doenças infecciosas, como COVID-19, pneumonia, gripe, pertussis, hepatite C. |
| <input type="checkbox"/> Má | <input type="checkbox"/> Lesões, como devido a acidente de carro, queda, concussão |
- 17. Selecione as 5 PREOCUPAÇÕES DE SAÚDE PRINCIPAIS que afetam a comunidade onde mora. (Selecione até 5)**
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acesso a clínico geral | <input type="checkbox"/> Problemas de saúde mental, como ansiedade, depressão, suicídio |
| <input type="checkbox"/> Problemas relacionados ao envelhecimento, como artrite, osteoporose, demência, doença de Alzheimer, etc. | <input type="checkbox"/> Problemas respiratórios, como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), enfisema |
| <input type="checkbox"/> Câncer | <input type="checkbox"/> Infecções sexualmente transmissíveis, como HIV/AIDS, clamídia, gonorréia |
| <input type="checkbox"/> Doença cardiovascular ou cardíaca | <input type="checkbox"/> Uso de tabaco ou fumar |
| <input type="checkbox"/> Problemas de saúde das crianças | <input type="checkbox"/> Problemas de saúde da mulher, como saúde pré-natal ou materna, saúde reprodutiva |
| <input type="checkbox"/> Problemas de saúde crônicos, como obesidade, diabetes, hipertensão, colesterol elevado, etc. | |

18. Por favor, indique o tanto que cada um dos seguintes problemas de saúde representa uma preocupação para a comunidade onde mora.

	Não é uma preocupação	Preocupação leve	Preocupação moderada	Grande preocupação	Não sei/não tenho certeza
a) Asma, DPOC, enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Diabetes ou açúcar no sangue elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Doença cardíaca ou ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Hipertensão ou pressão alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Excesso de peso/obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Derrame (AVC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Por favor, indique o tanto que cada um dos seguintes problemas de saúde mental representa uma preocupação para a comunidade onde mora.

	Não é uma preocupação	Preocupação leve	Preocupação moderada	Grande preocupação	Não sei/não tenho certeza
a) Transtorno de ansiedade ou de pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Depressão ou transtorno bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Trauma ou transtorno do estresse pós-traumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Estresse geral do dia a dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e) Isolamento social ou solidão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Estigma ou medo associado a procurar ajuda para um problema de saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Saúde mental de jovens e de jovens adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Comportamento suicida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Por favor, indique o tanto que cada um dos seguintes problemas de uso de substâncias representa uma preocupação para a comunidade onde mora.

	Não é uma preocupação	Preocupação leve	Preocupação moderada	Grande preocupação	Não sei/não tenho certeza
a) Estigma ou medo associado a procurar ajuda para adicção ao álcool ou drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Uso indevido de opioides, como medicamentos para a dor, heroína, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Abuso ou consumo excessivo de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Uso de tabaco ou fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Vaporização ou cigarros eletrônicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Uso recreativo de maconha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Outras drogas ilícitas (cocaína, ecstasy, metanfetamina, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Há algum outro PROBLEMA DE SAÚDE, SAÚDE MENTAL E/OU USO DE SUBSTÂNCIAS que não foi listado anteriormente, mas que é uma grande preocupação para a comunidade onde mora?

- ☐ Se respondeu que sim, favor especifique: _____
- ☐ Não

Problemas sociais

Nesta seção, perguntamos sobre problemas sociais que às vezes podem impactar a capacidade de uma pessoa se manter saudável.

22. Selecione as 5 PREOCUPAÇÕES SOCIAIS PRINCIPAIS que afetam a si ou à sua família. (Selecione até 5)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acesso a alimentos saudáveis que estejam ao seu alcance financeiro | <input type="checkbox"/> Emprego |
| <input type="checkbox"/> Acesso a serviços de saúde | <input type="checkbox"/> Meio ambiente, como espaços verdes, qualidade da água e do ar, qualidade da habitação, clima, etc. |
| <input type="checkbox"/> Acesso a medicamentos necessários | <input type="checkbox"/> Habitação ou falta de teto |
| <input type="checkbox"/> Participação na comunidade, como conexões sociais, participação cívica, programas para a comunidade, etc. | <input type="checkbox"/> Pobreza |
| <input type="checkbox"/> Discriminação por raça, etnia ou língua | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Discriminação por outras características, como gênero, orientação sexual, idade, peso corporal, etc. | <input type="checkbox"/> Violência ou crime |
| <input type="checkbox"/> Educação | |

23. Selecione as 5 PREOCUPAÇÕES SOCIAIS PRINCIPAIS que afetam a comunidade onde mora. (Selecione até 5)

- ☐ Acesso a alimentos saudáveis que estejam ao seu alcance financeiro
- ☐ Acesso a serviços de saúde
- ☐ Acesso a medicamentos necessários
- ☐ Participação na comunidade, como conexões sociais, participação cívica, programas para a comunidade, etc.
- ☐ Discriminação por raça, etnia ou língua

- ☐ Discriminação por outras características, como gênero, orientação sexual, idade, peso corporal, etc.
- ☐ Educação
- ☐ Emprego
- ☐ Meio ambiente, como espaços verdes, qualidade da água e do ar, qualidade da habitação, clima, etc.
- ☐ Habitação ou falta de teto
- ☐ Pobreza
- ☐ Transporte
- ☐ Violência ou crime

24. Por favor, indique o tanto que cada um dos seguintes problemas de habitação e econômicos representam uma preocupação para a comunidade onde mora.

	Não é uma preocupação	Preocupação leve	Preocupação moderada	Grande preocupação	Não sei/não tenho certeza
a) Custo da habitação e problemas do proprietário, como pagamento da hipoteca, imposto à propriedade, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Custo da habitação e problemas do inquilino, como pagamento do aluguel, despejo, estado da habitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Disponibilidade e habitação econômica para idosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Falta de habitação (sem teto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Custo dos serviços públicos, como aquecimento, eletricidade, água, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Custo dos alimentos saudáveis, como supermercados bem abastecidos, feiras de agricultores, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Custo do cuidado de crianças, como cuidado em casa, em um centro, ou após a escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Disponibilidade de oportunidades educativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Disponibilidade de oportunidades de emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Por favor, indique o tanto que cada um dos seguintes problemas de transporte representa uma preocupação para a comunidade onde mora.

	Não é uma preocupação	Preocupação leve	Preocupação moderada	Grande preocupação	Não sei/não tenho certeza
a) Transporte para consultas médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Transporte para o trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Transporte para necessidades básicas, como idas ao supermercado, atividades sociais, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Disponibilidade de transporte público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Disponibilidade de transporte para idosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Disponibilidade de transporte para pessoas portadoras de deficiência física ou cognitiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Engarrafamentos durante o verão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Você ou alguém da sua família usou o serviço de transportes da Cape Cod Regional Transit Authority (CCRTA) para viajar no Condado de Barnstable?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei

27. Você sabia sobre a colaboração entre as linhas de ônibus Peter Pan, Cape Cod Regional Transit Authority (CCRTA) e Cape Cod Healthcare que patrocina o transporte entre Provincetown e os serviços de saúde em Wellfleet, Harwich e Hyannis?

- ☐ Sim e já usei esse serviço
☐ Sim, mas não usei esse serviço
☐ Não
☐ Não sei

28. Por favor, indique o tanto que cada um dos seguintes problemas de segurança e meio ambiente representa uma preocupação para a comunidade onde mora.

	Não é uma preocupação	Preocupação leve	Preocupação moderada	Grande preocupação	Não sei/não tenho certeza
a) Qualidade do ar ou da água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lares saudáveis, ou seja, qualidade do ar dentro das casas, infestações, chumbo, mofo ou umidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Disponibilidade de alimentos saudáveis, como supermercados bem abastecidos, feiras de agricultores, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Oportunidades para fazer atividade física, como em academias com preço acessível, espaços públicos para caminhar, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Segurança do pedestre ou do ciclista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f) Delitos contra a propriedade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Violência na comunidade, como quadrilhas, armas, delinquência na rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Violência interpessoal, como violência doméstica, violência sexual, <i>bullying</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Há algum outro PROBLEMA SOCIAL que não foi listado anteriormente, mas que é de grande preocupação para si, sua família ou a comunidade onde mora?

- ☐ Se respondeu que sim, favor especifique: _____
- ☐ Não

Sobre o seu uso de serviços médicos

Nesta seção, perguntamos sobre os serviços médicos que você e sua família mais próxima usaram nos últimos 12 meses.

30. Nos últimos 12 meses, que tipo de atendimento médico você e/ou sua família usou? (Selecione todas as opções que se aplicam.)

- ☐ Cuidados de saúde primários, como exame físico anual
- ☐ Farmacêuticos/farmácia
- ☐ Serviços dentários
- ☐ Serviços de oftalmologia
- ☐ Serviços de emergência, como o pronto-socorro de um hospital
- ☐ Atendimento de urgência
- ☐ Serviços de obstetrícia e ginecologia ou outros serviços de saúde da mulher, como saúde reprodutiva, saúde da mama, saúde pélvica
- ☐ Rastreamento de câncer, como de pele, mamografia, exame de próstata
- ☐ Atendimento ou tratamento de câncer
- ☐ Serviços ambulatoriais, como exames de sangue, ou radiológicos como raios-x, ressonância magnética, etc.
- ☐ Serviços de reabilitação ambulatoriais
- ☐ Cuidados domiciliares
- ☐ Serviços para pessoas com problemas de memória ou comprometimento cognitivo

- ☐ Atendimento de saúde mental
- ☐ Tratamento para abuso de álcool ou drogas
- ☐ Não utilizamos nenhum serviço de saúde no último ano
- ☐ Não sei

31. Nos últimos 12 meses, você recebeu algum atendimento de saúde por telessaúde ou telemedicina, ou seja, atendimento ou consultas por vídeo à distância?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

32. Se recebeu, qual é o seu nível de satisfação com o atendimento de saúde que recebeu por telessaúde ou telemedicina?

- ☐ Muito satisfeito
- ☐ Satisfeito
- ☐ Neutro
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Muito insatisfeito

33. Nos últimos 12 meses, alguma das situações abaixo criou uma dificuldade para que você ou sua família tivesse acesso ao atendimento de saúde que precisou? (Selecione todas as opções que se aplicam.)

- ☐ Falta de cuidados de crianças
- ☐ Falta de transporte
- ☐ Distância do profissional de saúde mais próximo
- ☐ Estava muito doente para sair de casa
- ☐ Não tinha a tecnologia ou o acesso à internet necessários para consultas de telemedicina
- ☐ Não tinha acesso a um profissional de saúde regular
- ☐ Não tinha poder de decisão sobre meu atendimento médico
- ☐ Falta de horário de atendimento à noite ou nos fins de semana
- ☐ Longa espera por uma consulta
- ☐ Dificuldade para marcar uma consulta
- ☐ Não sabia onde encontrar os serviços
- ☐ Problemas com seguro de saúde, não tinha cobertura médica, tinha cobertura médica insuficiente
- ☐ O seguro é complicado, ou não sei como funciona o seguro
- ☐ Custo do atendimento, por exemplo, receitas, copagamentos, etc.
- ☐ Dificuldade para coordenar o atendimento entre diferentes profissionais de saúde
- ☐ Problemas com a língua, não pude me comunicar com o profissional de saúde ou com os funcionários
- ☐ O profissional de saúde ou os funcionários da clínica não entendem a minha cultura
- ☐ Mal serviço ao consumidor por parte do profissional de saúde ou dos funcionários da clínica
- ☐ Discriminação por parte do profissional de saúde ou dos funcionários da clínica
- ☐ Tive medo de que a minha informação de saúde não seja mantida de forma confidencial
- ☐ Tive medo de fazer um exame físico
- ☐ Tive medo por causa do meu status imigratório
- ☐ Nenhuma das opções acima

34. Há outras situações que não foram listadas acima que dificultaram o seu acesso, ou o da sua família, ao atendimento médico que precisava?

- ☐ Se respondeu que sim, favor especifique:

- ☐ Não

35. Quando você recebe atendimento de saúde, com que frequência o seu profissional de saúde explica as coisas de forma que consegue entender bem?

- ☐ Sempre
- ☐ Frequentemente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca
- ☐ Não sei

Sobre os serviços de saúde na sua comunidade

Essa pergunta é sobre a sua opinião com respeito à disponibilidade de serviços de saúde na sua comunidade.

36. Ao pensar sobre o acesso a diferentes tipos de serviços de saúde na sua comunidade, quais das seguintes opções você diria que são DE ACESSO MUITO FÁCIL? (marque todas as opções que se aplicam).

- ☐ Serviços de tratamento por abuso de álcool ou drogas para adultos (maiores de 18 anos)
- ☐ Serviços de tratamento por abuso de álcool ou drogas para jovens (menores de 18 anos)
- ☐ Atendimento ou tratamento de câncer
- ☐ Exames de detecção de câncer
- ☐ Aconselhamento ou atendimento de saúde mental para adultos (maiores de 18 anos)
- ☐ Aconselhamento ou atendimento de saúde mental para crianças e adolescentes (menores de 18 anos)
- ☐ Serviços de saúde dentária ou oral
- ☐ Serviços de um departamento de emergência
- ☐ Serviços médicos ou de saúde para crianças ou adolescentes (menores de 18 anos)
- ☐ Serviços médicos ou de saúde para idosos (maiores de 65 anos)
- ☐ Serviços médicos ou de saúde para mulheres, como saúde reprodutiva, gravidez, saúde da mama, saúde pélvica
- ☐ Serviços hospitalares

- ☐ Vacinação
- ☐ Terapia ocupacional
- ☐ Serviços ambulatoriais, como exames de sangue, ou radiológicos como raios-x, ressonância magnética, etc.
- ☐ Serviços de farmácia e de medicamentos
- ☐ Fisioterapia
- ☐ Clínico geral
- ☐ Serviços especializados, como ortopedia, cardiologia, dermatologia, etc.
- ☐ Centros de atendimento de urgência
- ☐ Serviços de oftalmologia
- ☐ Nenhuma das opções acima

37. Ao pensar sobre o acesso a diferentes tipos de serviços de saúde na sua comunidade, quais das seguintes opções você diria que são MUITO DIFÍCEIS DE TER ACESSO (marque todas as opções que se aplicam).

- ☐ Serviços de tratamento por abuso de álcool ou drogas para adultos (maiores de 18 anos)
- ☐ Serviços de tratamento por abuso de álcool ou drogas para jovens (menores de 18 anos)
- ☐ Atendimento ou tratamento de câncer
- ☐ Exames de detecção de câncer
- ☐ Aconselhamento ou atendimento de saúde mental para adultos (maiores de 18 anos)

- ☐ Aconselhamento ou atendimento de saúde mental para crianças e adolescentes (menores de 18 anos)
- ☐ Serviços de saúde dentária ou oral
- ☐ Serviços de um departamento de emergência
- ☐ Serviços médicos ou de saúde para crianças ou adolescentes (menores de 18 anos)
- ☐ Serviços médicos ou de saúde para idosos (maiores de 65 anos)
- ☐ Serviços médicos ou de saúde para mulheres, como saúde reprodutiva, gravidez, saúde da mama, saúde pélvica
- ☐ Serviços hospitalares
- ☐ Vacinação
- ☐ Terapia ocupacional
- ☐ Serviços ambulatoriais, como exames de laboratório, ou radiológicos como raios-x, ressonância magnética, etc.
- ☐ Serviços de farmácia e de medicamentos
- ☐ Fisioterapia
- ☐ Clínico geral
- ☐ Serviços especializados, como ortopedia, cardiologia, dermatologia, etc.
- ☐ Centros de atendimento de urgência
- ☐ Serviços da vista
- ☐ Nenhuma das opções acima

Sobre as prioridades na sua comunidade

Nesta seção, perguntamos a sua opinião sobre os problemas que deveriam ser uma prioridade na sua comunidade.

38. Por favor, selecione os 5 SERVIÇOS DE SAÚDE PRINCIPAIS que você acha que deveriam ser uma prioridade na sua comunidade. (Selecione até 5)

- ☐ Serviços de tratamento e prevenção de abuso de álcool e drogas
- ☐ Serviços de detecção, diagnósticos e tratamento de câncer
- ☐ Serviços de aconselhamento ou saúde mental
- ☐ Serviços de saúde disponíveis para pessoas de baixa renda
- ☐ Serviços médicos ou de saúde que estejam perto e sejam de fácil acesso
- ☐ Serviços médicos ou de saúde que estejam abertos mais horas ou mais dias
- ☐ Serviços de saúde para idosos (com mais de 65 anos)
- ☐ Serviços de saúde para crianças e adolescentes (menores de 18 anos)
- ☐ Serviços de saúde da mulher, como gravidez, consultas de rotina, saúde pélvica

- ☐ Ajuda aos pacientes para navegar no sistema de saúde
- ☐ Profissionais da saúde oral ou dentária
- ☐ Serviços ambulatoriais como exames de sangue, ou radiológicos como raios-x, ressonância magnética, etc.
- ☐ Serviços de farmácia ou medicamentos, tal como obter e entender os medicamentos
- ☐ Programas ou serviços de prevenção ou tratamento de doenças crônicas, tal como doença cardíaca, câncer, diabetes, etc.
- ☐ Programas ou serviços de atividade física, nutrição ou controle do peso ou obesidade
- ☐ Programas ou serviços de bem-estar, tal como meditação, ioga ou acupuntura
- ☐ Programas ou serviços para ajudar a parar de fumar
- ☐ Profissionais de saúde e funcionários que falem outra língua além do inglês
- ☐ Serviços especializados, como cardiologia, ortopedia, dermatologia

- ☐ Tecnologia e acesso à internet para ajudar os pacientes a se conectarem aos serviços de telessaúde
- ☐ Tecnologia para ajudar os pacientes a controlar e manter a saúde, como aplicativos de saúde no smartphone

39. Há outros SERVIÇOS DE SAÚDE que não foram listados anteriormente e que você considera serem uma prioridade na comunidade?

- ☐ Não
- ☐ Se respondeu que sim, favor especifique:

40. Por favor, selecione os 5 SERVIÇOS SOCIAIS E HUMANOS PRINCIPAIS que você acha que deveriam ser uma prioridade na sua comunidade. (Selecione até 5)

- ☐ Serviços de cuidados de crianças
- ☐ Atividades para a comunidade, como aulas ou programas para jovens ou famílias, programas na biblioteca, concertos comunitários, etc.
- ☐ Serviços de apoio educativo, por exemplo, para aprender outra língua ou para a primeira infância (crianças pequenas), etc.
- ☐ Serviços de emprego, como treinamento e preparação de emprego

- ☐ Transporte para a região de serviços médicos ou de saúde
- ☐ Centros de atendimento de urgência
- ☐ Oportunidades de exercício e atividade física
- ☐ Serviços de assistência financeira
- ☐ Serviços alimentares, tal como *food stamps*, educação e apoio nutricional, etc.
- ☐ Serviços de habitação, tais como serviços para os sem teto ou com instabilidade habitacional
- ☐ Assistência para o aquecimento da habitação
- ☐ Serviços legais, tal como assistência jurídica, educação sobre os direitos, acesso à informação
- ☐ Serviços para o cuidado da memória, por exemplo, para a demência e a doença de Alzheimer
- ☐ Segurança em casa, na vizinhança e na escola
- ☐ Serviços para pessoas portadoras de deficiência física ou cognitiva
- ☐ Serviços para os jovens
- ☐ Apoios e serviços para idosos para ajudá-los a continuar vivendo de forma independente
- ☐ Serviços de transporte

Sobre você

Nessa última seção, perguntamos sobre suas características demográficas. Essa informação nos ajudará a entender a variedade das pessoas que responderam a este questionário e permitirá que Cape Cod Healthcare possa entender as necessidades da sua diversa população de pacientes.

41. Qual é a língua falada COM MAIS FREQUÊNCIA na sua casa?

- ☐ Inglês
- ☐ Português
- ☐ Espanhol
- ☐ Crioulo haitiano
- ☐ Francês
- ☐ Mandarim
- ☐ Outra (por favor, explique) _____
- ☐ Prefiro não responder

42. Qual é a raça que melhor descreve você? (Selecione todas as opções que se aplicam.)

- ☐ Branca ou europeia, por exemplo, pessoa descendente de alemão, irlandês, inglês, italiano, polaco, francês, etc.
- ☐ Brasileiro ou português
- ☐ Hispânico, latino ou de origem espanhola, por exemplo, pessoa mexicana, mexicano-

- americana, portorriquenha, cubana, salvadorenha, etc.
- ☐ Negra ou afroamericana, por exemplo, pessoa haitiana, afroamericana, jamaicana, nigeriana, etíope, somaliana, etc.
- ☐ Do Médio Oriente ou do Norte de África, por exemplo, pessoa libanesa, iraniana, egípcia, síria, marroquina, algeriana, etc.
- ☐ Asiática, por exemplo, pessoa chinesa, filipina, indo-asiática, vietnamita, coreana, japonesa, etc.
- ☐ Indígena americano ou nativo do Alasca, por exemplo, wampanoag, navajo, pés negros, maia, asteca, esquimó, etc.
- ☐ Nativo do Havaí ou de outras Ilhas do Pacífico, por exemplo, do Havaí, Samoa, Tonga, Fiji, Ilhas Marshall, etc.
- ☐ Outra raça, etnia ou origem
- ☐ Prefiro não responder

43. Quantos anos você tem?

- ☐ Menos de 18
- ☐ 18 a 24
- ☐ 25 a 34
- ☐ 35 a 44
- ☐ 45 a 54
- ☐ 55 a 64
- ☐ 65 a 74
- ☐ 75 a 84
- ☐ 85 ou mais
- ☐ Prefiro não responder

44. Qual foi a última série ou o nível mais alto de ensino que completou? (Se está estudando agora, indique o grau mais alto que completou.)

- ☐ Nunca fui à escola
- ☐ Menos que o diploma de ensino secundário (*high school*)
- ☐ Diploma de ensino secundário ou título equivalente (como *GED*)
- ☐ Graduado de uma escola técnica ou profissionalizante
- ☐ Alguns anos de faculdade, mas sem título
- ☐ Título universitário de dois anos (como AA ou AS, em inglês)
- ☐ Bacharelado (como BA, BS, em inglês)
- ☐ Pós-graduação ou título profissional, por exemplo, mestrado ou doutorado
- ☐ Prefiro não responder

45. Qual é o rendimento anual da sua família?

- ☐ Menos de \$35,000
- ☐ \$35,00 a \$74,999
- ☐ \$75,000 a \$99,999
- ☐ \$100,000 a \$149,999
- ☐ \$150,000 ou mais
- ☐ Não sei ou não quero responder

46. Qual é a sua identidade de gênero? (Marque uma resposta)

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino
- ☐ Transexual
- ☐ Não binário
- ☐ Prefiro me autodescrever _____
- ☐ Prefiro não responder

47. Qual é a sua orientação sexual? (Por favor, marque uma)

- ☐ Heterossexual
- ☐ Gay
- ☐ Lésbica
- ☐ Bissexual

- ☐ Não tenho certeza/estou me questionando
- ☐ Prefiro me autodescrever _____
- ☐ Prefiro não responder

48. Como soube sobre este questionário?

- ☐ Cape Cod Health News
- ☐ Redes sociais (Facebook, Linked In)
- ☐ Mídia impressa
- ☐ Uma organização comunitária que presta serviços para mim ou minha família
- ☐ Meu empregador
- ☐ Por um amigo ou familiar