

Introdução

Saúde e bem-estar são importantes para todos. Por isso queremos sua ajuda. Pedimos aos moradores das comunidades listadas abaixo que façam comentários e deem sugestões sobre problemas e serviços de saúde na região.

Esta pesquisa faz parte de uma Avaliação das Necessidades de Saúde das Comunidades de MetroWest, que é uma tentativa de identificar os pontos fortes e os desafios na região relacionados à saúde e ao acesso aos cuidados de saúde. A Fundação de Saúde da Região MetroWest (MetroWest Health Foundation) está liderando a Avaliação das Necessidades de Saúde das Comunidades de MetroWest este ano, e fazendo parceria com outras organizações para alcançar o maior número possível de moradores.

- **A pesquisa levará menos de 10 minutos para ser concluída.**
- **Os dados serão relatados de forma agregada para que suas respostas permaneçam anônimas.**
- **A pesquisa permanecerá aberta até o dia 1º de junho de 2023.**
- **Você pode optar por pular uma pergunta se não se sentir à vontade para respondê-la.**
- **Não há respostas certas ou erradas; são suas opiniões que importam!**

Seus comentários são muito valiosos para nós. As informações coletadas nesta pesquisa serão usadas para oferecer futuros programas e serviços de saúde para várias organizações na região MetroWest.

Agradecemos a sua participação.

1. Em qual cidade/município você mora?

Acesso e disponibilidade de cuidados de saúde

2. Nos últimos 12 meses, você ou um membro da sua família precisou de algum dos seguintes tipos de cuidados de saúde? Selecione a resposta que melhor descreve sua experiência.

	Sim, eu ou um membro da minha família precisamos desse tipo de atendimento e conseguimos acessá-lo	Sim, precisamos desse tipo de atendimento, mas não conseguimos acessá-lo	Não, nem eu nem um membro da minha família precisamos desse tipo de atendimento
Cuidados primários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimento de emergência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados de saúde mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados de saúde mental de emergência (inclusive em momentos de crise)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamento devido ao uso de substâncias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados com a saúde bucal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados oftalmológicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Para o atendimento que você ou um membro da sua família precisou, mas não conseguiu acessar, selecione o(s) motivo(s) pelo(s) qual(is) não foi possível acessar o atendimento. Por favor, escolha todas as opções adequadas.

	Não consigo arcar com os custos	Os prestadores não aceitam meu seguro/não tenho seguro	Não consigo transporte	Muito tempo de espera para uma consulta	Outro motivo não listado aqui
Cuidados primários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento de emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados de saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados de saúde mental de emergência (inclusive em momentos de crise)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento contra uso de substâncias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados com a saúde bucal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados oftalmológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Se você respondeu “Outro motivo não listado aqui” para qualquer um dos tipos de atendimento acima, descreva por que você não conseguiu acessar o atendimento.

5. Quão satisfeito você está com a disponibilidade dos serviços seguintes em sua comunidade?

	Muito satisfeito(a)	Um pouco satisfeito(a)	Nem um pouco satisfeito(a)	Não tenho certeza
Cuidados primários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimento de emergência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados de saúde mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados de saúde mental de emergência (inclusive em momentos de crise)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamento contra uso de substâncias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados com a saúde bucal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados oftalmológicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Nos últimos 12 meses, quão acessíveis foram os recursos seguintes para você? Selecione a resposta que melhor descreve a sua experiência.

	Consigo acessar esses recursos o tempo todo	Consigo acessar esses recursos na maioria das vezes	Consigo acessar esses recursos algumas vezes	Não consigo acessar esses recursos	N/A - eu não precisei desses recursos
Transporte confiável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comida saudável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados infantis (incluindo cuidados antes e depois da escola)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renda para cobrir minhas necessidades básicas ou de minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treinamento para aprimorar minhas habilidades ou avançar na carreira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espaço seguro para recreação (caminhada, ciclismo, corrida, esportes coletivos, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habitação acessível e de boa qualidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ar puro e água limpa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opções para dias de clima extremo, como para me refrescar em períodos de muito calor ou me aquecer em períodos de muito frio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oportunidades de socializar com outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Percepções de saúde

7. Quais são os **3 principais problemas de saúde** enfrentados por esta comunidade?

Selecione **três**.

- ☐ Uso de álcool e substâncias (maconha, opioides, heroína etc.)
- ☐ Asma/Alergias
- ☐ Câncer
- ☐ COVID-19 (coronavírus)
- ☐ Diabetes
- ☐ Violência doméstica
- ☐ Doença cardíaca (derrame, hipertensão etc.)
- ☐ Desabrigo/Habitação precária
- ☐ Fome/Insegurança alimentar
- ☐ Função cognitiva prejudicada (demência, Alzheimer, traumatismo cranioencefálico etc.)
- ☐ Doença infecciosa/contagiosa (tuberculose, pneumonia, gripe etc.)
- ☐ Problemas de saúde mental (ansiedade, depressão etc.)
- ☐ Saúde bucal
- ☐ Sobrepeso/Obesidade
- ☐ Deficiências/Incapacidades físicas
- ☐ Infecções sexualmente transmissíveis (HIV/AIDS, clamídia etc.)
- ☐ Fumar/Usar vaporizador
- ☐ Suicídio
- ☐ Gravidez na adolescência
- ☐ Outro (por favor, especifique)

8. O que você acha que está funcionando bem em sua comunidade em relação ao acesso aos cuidados de saúde?

9. Você se sente seguro(a) em sua comunidade?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não tenho certeza

10. Em geral, como você descreveria a saúde desta comunidade?

- ☐ Excelente
- ☐ Muito boa
- ☐ Boa
- ☐ Adequada
- ☐ Ruim

11. Em geral, como você descreveria sua saúde pessoal?

- ☐ Excelente
- ☐ Muito boa
- ☐ Boa
- ☐ Adequada
- ☐ Ruim

12. Você ou a sua comunidade está sofrendo com os efeitos duradouros da COVID-19? Por favor, compartilhe.

Informações demográficas

Estamos pedindo as informações seguintes para entender se as experiências das pessoas com a saúde e o sistema de saúde variam com base nas suas características pessoais. Os dados serão relatados de forma agregada para que suas respostas permaneçam anônimas. Você pode optar por não responder a uma pergunta.

13. Qual categoria melhor descreve sua idade?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Menor de 18 anos | <input type="radio"/> 50 a 64 anos |
| <input type="radio"/> 18 a 29 anos | <input type="radio"/> 65 a 74 anos |
| <input type="radio"/> 30 a 49 anos | <input type="radio"/> 75 anos ou mais |

14. Onde você busca a maioria de suas informações de saúde?

- ☐ Médico(a), enfermeiro(a) ou outro(a) profissional de saúde
- ☐ Amigos ou família
- ☐ Internet
- ☐ Farmácia
- ☐ Conselheiro(a) religioso(a) ou espiritual
- ☐ Outro (por favor, especifique)

15. Que tipo de seguro de saúde você tem? Por favor, marque todas as opções adequadas.

- ☐ Seguro particular (através do empregador/cônjuge/pais/Connector ou pago o meu próprio)
- ☐ Medicare
- ☐ MassHealth/Medicaid
- ☐ Administração de Veteranos ou TriCare
- ☐ Health Safety Net/MassHealth Limited
- ☐ Não tenho seguro
- ☐ Outro (por favor, especifique)

16. Por favor, indique se alguma das pessoas seguintes está sob seus cuidados (marque todas as opções adequadas):

	Sim, e eles moram na minha casa	Sim, e eles não moram na minha casa	N/A
Criança(s) com até 18 anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adulto(s) de 19 a 64 anos, com doença ou deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idoso(s) com mais de 65 anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Como você descreveria sua identidade de gênero? (Marque todas as opções adequadas)

- ☐ Mulher
- ☐ Homem
- ☐ Transgênero
- ☐ Não binário (incluindo gênero queer, gênero fluido, não-conformidade de gênero)
- ☐ Prefiro não responder
- ☐ Gênero não listado. Minha identidade de gênero é:

18. Como você descreveria sua origem étnica/racial/cultural? (Marque todas as opções adequadas.)

Reconhecemos que esta lista não conterá todas as formas com as quais alguém pode identificar. As categorias abaixo são baseadas em identidades comuns em nossa região e são formatadas para mostrar como alguns grupos podem ser combinados para manter o anonimato dos entrevistados. Se você quiser ser mais específico(a), escreva uma resposta na linha "Outra" abaixo.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Afro-americano(a) e/ou negro(a) | <input type="checkbox"/> Hispânico(a) e/ou latino(a) |
| <input type="checkbox"/> ---Afro-americano(a) (pode ser encurtado para "Afro-americano e/ou negro(a)") | <input type="checkbox"/> ---Hispânico(a) (pode ser encurtado para "Hispânico(a) e/ou latino(a)") |
| <input type="checkbox"/> ---Negro(a) (pode ser encurtado para "Afro-americano(a) e/ou negro(a)") | <input type="checkbox"/> ---Latino(a) (pode ser encurtado para "Hispânico(a) e/ou latino(a)") |
| <input type="checkbox"/> Indígena americano(a)/nativo(a) americano(a) | <input type="checkbox"/> Oriente Médio |
| <input type="checkbox"/> Ilhas do Pacífico | <input type="checkbox"/> Asiático(a) |
| <input type="checkbox"/> Brasileiro(a) | <input type="checkbox"/> ---Etnia asiática (pode ser encurtado para "Asiático(a)"; inclua detalhes em "Outra" abaixo) |
| <input type="checkbox"/> Caucasiano(a)/branco(a) | |
| <input type="checkbox"/> Outra | |

19. Qual(is) idioma(s) você fala em casa?

20. Qual é o nível mais alto de educação que você completou?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Abaixo da 9ª série | <input type="radio"/> Associate Degree (Diploma de 2 anos de faculdade) ou diploma/certificado técnico |
| <input type="radio"/> 9ª a 12ª série, sem diploma | <input type="radio"/> Bacharel |
| <input type="radio"/> Ensino médio completo (inclui GED ou equivalente) | <input type="radio"/> Pós-graduação ou diploma profissional |
| <input type="radio"/> Superior incompleto, nenhum diploma | |

21. Há mais alguma coisa que você gostaria de nos contar sobre a saúde ou o bem-estar na região MetroWest?