



Avaliação das necessidades partilhadas de saúde da comunidade do Maine

Inquérito estadual

2024

A Avaliação das necessidades partilhadas de saúde da comunidade do Maine é uma colaboração entre a Central Maine Healthcare, a MaineGeneral, a MaineHealth, a Northern Light Health, o Centro de Controlo e Prevenção de Doenças do Maine e a Parceria de Ação Comunitária do Maine.

Sobre o inquérito

Ajude-nos respondendo a este pequeno inquérito. São 40 perguntas de inquérito e demorará cerca de 10 minutos a concluir. O nosso objetivo é saber mais sobre os recursos e pontos fortes locais da sua comunidade, bem como sobre a saúde e o bem-estar das pessoas que vivem na sua comunidade.

As suas respostas ao inquérito serão mantidas anónimas e não serão partilhadas com ninguém fora da nossa equipa de investigação.

Prémios de sorteio

Para agradecer o tempo dedicado a este inquérito, terá a opção de participar num sorteio. Dez (10) pessoas selecionadas aleatoriamente ganharão, cada uma, um cartão de oferta de 100 \$. As informações de contacto que partilhar para participar no sorteio serão mantidas separadas das suas respostas ao inquérito.

Nota: os funcionários e membros do Conselho das organizações de ação comunitária, parceiros do sistema de saúde e do MeCDC não são elegíveis para ganhar um cartão de oferta. Os cartões de oferta só serão enviados por correio e não como um cartão eletrónico.

Prazo para concluir o inquérito

O inquérito terminará às 17h00 EST de sexta-feira, 28 de junho de 2024.

Dúvidas?

Envie as suas perguntas para info@mainechna.org.

O inquérito começa aqui

1. Em que condado reside?

- Androscoggin
- Aroostook
- Cumberland
- Franklin
- Hancock
- Kennebec
- Knox
- Lincoln
- Oxford
- Penobscot
- Piscataquis
- Sagadahoc
- Somerset
- Waldo
- Washington
- York

2. Em que localidade/cidade reside?

Saúde da comunidade

3. Como classificaria **a saúde e o bem-estar geral da comunidade onde vive**?
- Muito saudável (quase todos à sua volta parecem muito saudáveis)
 - Saudável (a maioria das pessoas à sua volta parecem saudáveis)
 - Pouco saudável (algumas pessoas à sua volta parecem doentes ou mal de saúde)
 - Muito pouco saudável (quase todos à sua volta parecem doentes ou mal de saúde)
4. Quando **pensa na comunidade onde vive**, qual dos seguintes **pontos fortes** lhe vem à mente?
(Selecione todas as opções aplicáveis.)
- Acesso a alimentos de qualidade e a preços acessíveis
 - Um ambiente saudável
 - Ruas e passeios limpos e livres de lixo
 - População diversificada, incluindo pessoas de todas as capacidades
 - Oportunidades seguras para ser ativo no exterior
 - Vizinhança segura
 - Baixa criminalidade
 - Forte sentido de comunidade
 - Variedade de línguas faladas
 - Disponibilidade de habitação acessível e de qualidade
 - Disponibilidade de cuidados infantis acessíveis e de qualidade
 - Bancos e instituições financeiras
 - Empresas de propriedade local
 - Clínicas comunitárias de saúde mental e/ou comportamental
 - Organizações religiosas
 - Agências de serviços humanos e sociais
 - Hospitais
 - Clínicas de saúde e consultórios médicos
 - Disponibilidade de emprego
 - Uma economia saudável
 - Escolas e educação para todas as idades
 - Outro (especifique):
-

5. Quais das seguintes opções pensa serem **preocupações sociais** importantes que afetam negativamente a comunidade onde vive? (Escolha até 5 opções)
- Acesso a prestadores de cuidados primários
 - Cuidados infantis
 - Discriminação (com base na raça, etnia, língua, género, orientação sexual, capacidade, etc.)
 - Oportunidades educativas
 - Oportunidades de emprego
 - Ambiente (espaços públicos e parques, qualidade da água e do ar, condições dos passeios, lixo, etc.)
 - Sem-abrigo
 - Insegurança habitacional
 - Isolamento ou falta de ligações sociais
 - Falta de envolvimento da comunidade (participação em organizações locais ou governo, votação, etc.)
 - Baixos rendimentos e pobreza
 - Absentismo escolar
 - Atrasos na aprendizagem social e emocional
 - Falta de transportes
 - Taxas de violência e criminalidade
 - Alimentos de qualidade e a preços acessíveis
 - Outro (especifique):
-

6. Quais das seguintes opções pensa que são **problemas de saúde** importantes que afetam negativamente a comunidade onde vive? (Escolha até 5 opções)
- Preocupações com a saúde na velhice (artrites, osteoporose, demência, doença de Alzheimer, etc.)
 - Cancro
 - Saúde infantil
 - Saúde oral e dentária
 - Diabetes
 - Deficiências físicas
 - Deficiências cognitivas
 - Abuso de substâncias (álcool, canábis, medicamentos sujeitos a receita médica, drogas ilícitas, etc.)
 - Doenças cardíacas (pressão arterial elevada, colesterol elevado, etc.)
 - Taxas de imunização (sarampo, poliomielite, tétano, etc.)
 - Doenças infecciosas (pneumonia, gripe, hepatite C, COVID, etc.)
 - Lesões (acidentes de carro, quedas, contusões, etc.)
 - Problemas de saúde mental (ansiedade, depressão, suicídio, etc.)
 - Obesidade
 - Problemas respiratórios (asma, DPOC, enfisema, etc.)
 - Infecções sexualmente transmissíveis (VIH/SIDA, clamídia, etc.)
 - Uso de tabaco ou nicotina (cigarros, charutos, vapes, dip, bolsas de nicotina, etc.)
 - Problemas de saúde para pessoas que se identificam como mulheres (saúde pré-natal/materna, saúde reprodutiva, etc.)
 - Outro (especifique):
-

Problemas de saúde

7. Como classificaria a sua saúde **física**?
- Excelente (sinto-me saudável quase todos os dias)
 - Boa (sinto-me saudável na maioria dos dias)
 - Razoável (tenho alguns problemas de saúde, mas sinto-me saudável alguns dias)
 - Fraca (não me sinto saudável na maior parte do tempo)
8. No ano passado (365 dias), houve uma ou mais vezes em que precisou ou um ente querido precisou de serviços de **saúde**, mas **não conseguiu** ou **optou por não** os obter?
- Sim (responda à pergunta 9)
 - Não (passe à página seguinte)
9. Em caso afirmativo, o que impediu de receber cuidados quando precisou? (Selecione todas as opções aplicáveis.)
- Não tinha seguro de saúde
 - Tinha seguro de saúde, não podia pagar os cuidados
 - Os prestadores/hospitais não aceitaram o meu seguro de saúde
 - Não tenho serviços infantis
 - Não tenho a certeza sobre onde procurar ajuda
 - É difícil tirar uma folga do trabalho
 - Não tenho noites ou horas de fim de semana para receber cuidados
 - Não me senti confortável com os prestadores disponíveis
 - Os prestadores não falavam a minha língua
 - Preocupação com o meu estatuto de imigração
 - Não tenho transportes
 - Não me senti confortável a procurar ajuda
 - Tive preocupação de que outros soubessem disso
 - Longos tempos de espera para ver um prestador de cuidados
 - Outro (especifique):
-

Problemas de saúde mental

10. Como classificaria a sua saúde **mental**?

- Excelente (quase todos os dias são bons)
- Boa (tenho dias bons na maioria das vezes)
- Razoável (tenho dias bons e dias difíceis)
- Fraca (a maioria dos dias são difíceis)

11. No ano passado (365 dias), houve uma ou mais vezes em que precisou, ou um ente querido precisou, de serviços de **saúde**, mas **não conseguiu** ou **optou por não** os obter?

- Sim (responda à pergunta 12)
- Não (passe à página seguinte)

12. Em caso afirmativo, o que impediu de receber **cuidados de saúde mental** quando precisou? (Selecione todas as opções aplicáveis.)

- Não tinha seguro de saúde
 - Tinha seguro de saúde, não podia pagar os cuidados
 - Os prestadores/hospitais não aceitaram o meu seguro de saúde
 - Não tenho serviços infantis
 - Não tenho a certeza sobre onde procurar ajuda
 - É difícil tirar uma folga do trabalho
 - Não tenho noites ou horas de fim de semana para receber cuidados
 - Não me senti confortável com os prestadores disponíveis
 - Os prestadores não falavam a minha língua
 - Preocupação com o meu estatuto de imigração
 - Não tenho transportes
 - Não me senti confortável a procurar ajuda
 - Tive preocupação de que outros soubessem disso
 - Longos tempos de espera para ver um prestador de cuidados
 - Outro (especifique):
-

Cada uma das páginas seguintes centra-se num tópico que pode ter um impacto negativo sobre si, a sua família e/ou a sua comunidade.

13. No quadro abaixo, assinale se existem **condições crónicas de saúde (cancro, hipertensão, doenças cardíacas, colesterol elevado, etc.)** que o/a **afetam negativamente a si, a um ente querido e/ou à comunidade onde vive** (selecione todas as opções aplicáveis.)

Se selecionar **1 ou mais ou "Não sei"**, preencha a pergunta 14 abaixo.

Se selecionar **"Não tem qualquer impacto" ou "Não aplicável"**, passe para a página seguinte.

TÓPICO	Afeta-me	Afeta um ente querido	Afeta a minha comunidade	Não tem qualquer impacto	Não sei	Não aplicável
Condições crónicas de saúde						
	CONTINUE PARA A PERGUNTA 14	CONTINUE PARA A PERGUNTA 14	CONTINUE PARA A PERGUNTA 14	AVANCE PARA A PÁGINA SEGUINTE	CONTINUE PARA A PERGUNTA 14	AVANCE PARA A PÁGINA SEGUINTE

14. Coloque uma marca de verificação na caixa se alguma das seguintes **condições crónicas de saúde (cancro, hipertensão, doenças cardíacas, colesterol elevado, etc.)** o/a afetar negativamente a si, a um ente querido e/ou à comunidade onde vive. (Selecione todas as opções aplicáveis.)

	Afeta-me	Afeta um ente querido	Afeta a minha comunidade	Não tem qualquer impacto	Não sei	Não aplicável
Asma, DPOC ou enfisema						
Artrite						
Cancro						
Diabetes ou níveis elevados de açúcar no sangue						
Doença cardíaca ou enfarte						
Hipercolesterolemia						
Pressão arterial elevada ou hipertensão						
Excesso de peso/obesidade						
AVC						
Doença hepática crónica/cirrose						

15. No quadro abaixo, coloque uma marca de verificação na caixa se existirem **necessidades de saúde mental** que o/a **afetem negativamente a si, a um ente querido e/ou à comunidade onde vive**. (Selecione todas as opções aplicáveis.)

Se selecionar 1 ou mais ou "Não sei", preencha a pergunta 16 abaixo.

Se selecionar "Não tem qualquer impacto" ou "Não aplicável", passe para a página seguinte.

TÓPICO	Afeta-me	Afeta um ente querido	Afeta a minha comunidade	Não tem qualquer impacto	Não sei	Não aplicável
Necessidades de saúde mental						
	CONTINUE PARA A PERGUNTA 16	CONTINUE PARA A PERGUNTA 16	CONTINUE PARA A PERGUNTA 16	AVANCE PARA A PÁGINA SEGUINTE	CONTINUE PARA A PERGUNTA 16	AVANCE PARA A PÁGINA SEGUINTE

16. Coloque uma marca de verificação na caixa se alguma das seguintes **necessidades de saúde mental** o/a afetarem negativamente a si, a um ente querido e/ou à comunidade onde vive. (Selecione todas as opções aplicáveis.)

	Afeta-me	Afeta um ente querido	Afeta a minha comunidade	Não tem qualquer impacto	Não sei	Não aplicável
Perturbação de ansiedade ou pânico						
Transtorno bipolar						
Depressão						
Trauma ou perturbação de stress pós-traumático (PSPT)						
Stress geral do dia a dia						
Isolamento social ou solidão						
Estigma associado à procura de cuidados de saúde mental ou transtornos por abuso de substâncias						
Pensamentos e/ou comportamentos suicidas						
Saúde mental juvenil						

17. No quadro abaixo, coloque uma marca de verificação na caixa se o **abuso de substâncias** o/a afetarem negativamente a si, a um ente querido e/ou à comunidade onde vive. (Selecione todas as opções aplicáveis.)

Se selecionar 1 ou mais ou "Não sei", preencha a pergunta 18 abaixo.

Se selecionar "Não tem qualquer impacto" ou "Não aplicável", passe para a página seguinte.

TÓPICO	Afeta-me	Afeta um ente querido	Afeta a minha comunidade	Não tem qualquer impacto	Não sei	Não aplicável
Abuso de substâncias						
	CONTINUE PARA A PERGUNTA 18	CONTINUE PARA A PERGUNTA 18	CONTINUE PARA A PERGUNTA 18	AVANCE PARA A PÁGINA SEGUINTE	CONTINUE PARA A PERGUNTA 18	AVANCE PARA A PÁGINA SEGUINTE

18. Coloque uma marca de verificação na caixa se o abuso de alguma das seguintes **substâncias** o/a afetarem negativamente a si, a um ente querido e/ou à comunidade onde vive. (Selecione todas as opções aplicáveis.)

	Afeta-me	Afeta um ente querido	Afeta a minha comunidade	Não tem qualquer impacto	Não sei	Não aplicável
Abuso de álcool ou consumo excessivo de álcool						
Abuso de opiáceos						
Tabagismo (cigarros, charutos, dip, etc.)						
Vaping (também chamados cigarros eletrónicos)						
Consumo adulto de canábis (marijuana)						
Uso de outras drogas ilícitas						
Abuso de substâncias por jovens						

19. No quadro abaixo, coloque uma marca de verificação na caixa se existirem **necessidades de habitação** que o/a afetem negativamente a si, a um ente querido e/ou à comunidade onde vive. (Selecione todas as opções aplicáveis.)

Se selecionar **1 ou mais ou "Não sei"**, preencha a pergunta 20 abaixo.

Se selecionar **"Não tem qualquer impacto" ou "Não aplicável"**, passe para a página seguinte.

TÓPICO	Afeta-me	Afeta um ente querido	Afeta a minha comunidade	Não tem qualquer impacto	Não sei	Não aplicável
Necessidades de habitação						
	CONTINUE PARA A PERGUNTA 20	CONTINUE PARA A PERGUNTA 20	CONTINUE PARA A PERGUNTA 20	AVANCE PARA A PÁGINA SEGUINTE	CONTINUE PARA A PERGUNTA 20	AVANCE PARA A PÁGINA SEGUINTE

20. Coloque uma marca de verificação na caixa se alguma das seguintes **necessidades de habitação** o/a afetarem negativamente a si, a um ente querido e/ou à comunidade onde vive. (Selecione todas as opções aplicáveis.)

	Afeta-me	Afeta um ente querido	Afeta a minha comunidade	Não tem qualquer impacto	Não sei	Não aplicável
Custos da habitação						
Disponibilidade de casas/arrendamentos acessíveis e de qualidade						
Disponibilidade de habitação acessível e de qualidade para idosos ou pessoas com necessidades especiais						
Problemas associados à propriedade da casa ou arrendamento (pagamentos de hipotecas/rendas, impostos, despejos, etc.)						
Riscos para a saúde em residências (ar interior, resíduos de fumo do tabaco, pragas, chumbo, bolor, etc.)						
Sem-abrigo e/ou disponibilidade de abrigos						
Custo dos serviços públicos (aquecimento, eletricidade, água, etc.)						
Custos associados às condições climatéricas (isolamento, eficiência energética, etc.)						

21. No quadro abaixo, coloque uma marca de verificação na caixa se existirem **necessidades de transportes** que o/a afetem **negativamente a si, a um ente querido e/ou à comunidade onde vive**. (Selecione todas as opções aplicáveis.)

Se selecionar 1 ou mais ou "Não sei", preencha a pergunta 22 abaixo.

Se selecionar "Não tem qualquer impacto" ou "Não aplicável", passe para a página seguinte.

TÓPICO	Afeta-me	Afeta um ente querido	Afeta a minha comunidade	Não tem qualquer impacto	Não sei	Não aplicável
Necessidades de transportes						
	CONTINUE PARA A PERGUNTA 22	CONTINUE PARA A PERGUNTA 22	CONTINUE PARA A PERGUNTA 22	AVANCE PARA A PÁGINA SEGUINTE	CONTINUE PARA A PERGUNTA 22	AVANCE PARA A PÁGINA SEGUINTE

22. Coloque uma marca de verificação na caixa se alguma das seguintes **necessidades de transportes** o/a afetarem **negativamente a si, a um ente querido e/ou à comunidade onde vive**. (Selecione todas as opções aplicáveis.)

	Afeta-me	Afeta um ente querido	Afeta a minha comunidade	Não tem qualquer impacto	Não sei	Não aplicável
Acesso a transportes (para consultas médicas, trabalho, necessidades básicas, cuidados infantis, etc.).						
Disponibilidade de transportes públicos (autocarros, comboios, partilha de viagens, táxis, etc.).						
Disponibilidade de transportes que satisfaçam uma variedade de necessidades específicas (idosos, necessidades físicas ou cognitivas).						
Custos associados à propriedade e manutenção de um veículo (seguro, registo, reparações, etc.).						

23. No quadro abaixo, coloque uma marca de verificação na caixa se existirem **necessidades económicas** que o/a afetem **negativamente a si, a um ente querido e/ou à comunidade onde vive**. (Selecione todas as opções aplicáveis.)

Se selecionar 1 ou mais ou "Não sei", preencha a pergunta 24 abaixo.

Se selecionar "Não tem qualquer impacto" ou "Não aplicável", passe para a página seguinte.

TÓPICO	Afeta-me	Afeta um ente querido	Afeta a minha comunidade	Não tem qualquer impacto	Não sei	Não aplicável
Necessidades económicas						
	CONTINUE PARA A PERGUNTA 24	CONTINUE PARA A PERGUNTA 24	CONTINUE PARA A PERGUNTA 24	AVANCE PARA A PÁGINA SEGUINTE	CONTINUE PARA A PERGUNTA 24	AVANCE PARA A PÁGINA SEGUINTE

24. Coloque uma marca de verificação na caixa se alguma das seguintes **necessidades económicas** o/a afetarem **negativamente a si, a um ente querido e/ou à comunidade onde vive**. (Selecione todas as opções aplicáveis.)

	Afeta-me	Afeta um ente querido	Afeta a minha comunidade	Não tem qualquer impacto	Não sei	Não aplicável
Disponibilidade de oportunidades educativas de qualidade						
Disponibilidade de empregos e oportunidades de emprego						
Disponibilidade de Internet de alta velocidade						
Disponibilidade de cuidados infantis de qualidade e a preços acessíveis						
Capacidade de contribuir para a poupança, reforma, etc.						
Acesso a alimentos acessíveis e de qualidade						

25. No quadro abaixo, coloque uma marca de verificação na caixa se existirem **preocupações ambientais** que o/a afetem **negativamente a si, a um ente querido e/ou à comunidade onde vive**. (Selecione todas as opções aplicáveis.)

Se selecionar 1 ou mais ou "Não sei", preencha a pergunta 26 abaixo.

Se selecionar "Não tem qualquer impacto" ou "Não aplicável", passe para a página seguinte.

TÓPICO	Afeta-me	Afeta um ente querido	Afeta a minha comunidade	Não tem qualquer impacto	Não sei	Não aplicável
Preocupações ambientais						
	CONTINUE PARA A PERGUNTA 26	CONTINUE PARA A PERGUNTA 26	CONTINUE PARA A PERGUNTA 26	AVANCE PARA A PÁGINA SEGUINTE	CONTINUE PARA A PERGUNTA 26	AVANCE PARA A PÁGINA SEGUINTE

26. Coloque uma marca de verificação na caixa se alguma das seguintes **preocupações ambientais** o/a afetarem **negativamente a si, a um ente querido e/ou à comunidade onde vive**. (Selecione todas as opções aplicáveis.)

	Afeta-me	Afeta um ente querido	Afeta a minha comunidade	Não tem qualquer impacto	Não sei	Não aplicável
Qualidade do ar						
Qualidade da água						
Contaminação de PFAS ("Químicos para sempre")						
Eventos climáticos extremos (furacões, inundações, etc.)						
Acesso a parques e espaços verdes para recreação						

27. No quadro abaixo, coloque uma marca de verificação na caixa se existirem **necessidades de segurança pública** que o/a afetem negativamente a si, a um ente querido e/ou à sua comunidade. (Selecione todas as opções aplicáveis.)

Se selecionar 1 ou mais ou "Não sei", preencha a pergunta 28 abaixo.

Se selecionar "Não tem qualquer impacto" ou "Não aplicável", passe para a página seguinte.

TÓPICO	Afeta-me	Afeta um ente querido	Afeta a minha comunidade	Não tem qualquer impacto	Não sei	Não aplicável
Necessidades de segurança pública						
	CONTINUE PARA A PERGUNTA 28	CONTINUE PARA A PERGUNTA 28	CONTINUE PARA A PERGUNTA 28	AVANCE PARA A PÁGINA SEGUINTE	CONTINUE PARA A PERGUNTA 28	AVANCE PARA A PÁGINA SEGUINTE

28. Coloque uma marca de verificação na caixa se alguma das seguintes **necessidades de segurança pública** o/a afetarem negativamente a si, a um ente querido e/ou à comunidade onde vive. (Selecione todas as opções aplicáveis.)

	Afeta-me	Afeta um ente querido	Afeta a minha comunidade	Não tem qualquer impacto	Não sei	Não aplicável
Segurança de pedestres (a caminhar) ou de ciclistas						
Crimes contra a propriedade						
Violência comunitária (gangues, armas, crimes de rua)						
Violência entre pessoas (doméstica, sexual, bullying)						
Racismo						
Discriminação com base na raça, etnia, género, LGBTQIA+, idade, capacidade, etc.						

29. Que outras questões de saúde ou sociais, não listadas anteriormente, o/a afetam a si, à sua família e/ou à comunidade onde vive? Enumere exemplos.

Capacitação socioeconômica

30. Utilizando uma marca de verificação nas caixas, classifique os seguintes elementos com base no que considera ser um passo necessário para ajudar a tirar as pessoas da pobreza e trazê-las para um local de estabilidade habitacional e financeira.

	1 Não necessário	2 Um pouco necessário	3 Necessário	4 Muito necessário	Não sei
Empregos que paguem o suficiente para sustentar uma vida digna					
Redução no abuso de substâncias (drogas, álcool)					
Habitação acessível e segura					
Apoios parentais (apoio familiar, aulas parentais, etc.)					
Cuidados e tratamentos de saúde mental					
Redução do racismo ou discriminação					
Transportes fiáveis					
Cuidados de saúde acessíveis e disponíveis					
Disponibilidade de dentistas					
Cuidados infantis acessíveis e de qualidade					
Redução das taxas de gravidez na adolescência					
Oportunidades educativas de qualidade (ensino superior, ensino comercial ou técnico)					
Reforma da assistência pública					
Baixas taxas de criminalidade					
Outro: _____					

Informação demográfica

Esta secção faz perguntas sobre as suas características demográficas. Estas informações ajudam-nos a compreender as pessoas que responderam ao inquérito. Todas as perguntas são opcionais e não serão utilizadas para identificar um inquirido.

31. Qual é a sua idade?

- Inferior a 18 anos
- Entre 18 e 24 anos
- Entre 25 e 34 anos
- Entre 35 e 44 anos
- Entre 45 e 54 anos
- Entre 55 e 64 anos
- Entre 65 e 74 anos
- Entre 75 e 84 anos
- 85 anos ou mais
- Prefiro não responder

32. Incluindo-o/a a si, quantas pessoas vivem na sua casa?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 ou mais
- Prefiro não responder

33. Qual é o rendimento anual do seu agregado familiar?

- Menos de 15 000 USD
- Entre 15 000 e 24 999 USD
- Entre 25 000 e 34 999 USD
- Entre 35 000 e 44 999 USD
- Entre 45 000 e 54 999 USD
- Entre 55 000 e 64 999 USD
- Entre 65 000 e 74 999 USD
- Entre 75 000 e 84 999 USD
- Entre 85 000 e 99 999 USD
- Entre 100 000 e 149 999 USD
- Entre 150 000 e 199 999 USD
- 200 000 USD ou mais
- Prefiro não responder

34. O que melhor o/a identifica? (Selecione todas as opções aplicáveis)

- Índio americano ou nativo do Alaska
- Asiático/a
- Negro/a ou afro-americano/a
- Hispânico/a ou Latino/a/x
- Médio Oriente ou Norte de África
- Nativo/a do Hawai ou de outra ilha do Pacífico
- Branco/a
- Identifico-me como: _____
- Prefiro não responder

35. Identifica-se como:

- Género queer/género não conforme
- Homem
- Não binário
- Homem transgénero
- Mulher transgénero
- Mulher
- Identifico-me como: _____
- Prefiro não responder

36. Identifica-se como membro da comunidade LGBTQIA2s+?

- Sim
- Não
- Prefiro não responder

37. Qual é o seu nível de escolaridade mais elevado?

- Não estudei
- Algum ensino secundário, sem diploma
- Diploma de ensino secundário ou equivalente
- Algum ensino superior, sem graduação
- Escola técnica ou comercial/Programa de certificação profissional
- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-graduação, mestrado, doutoramento, pós-doutoramento, etc.
- Prefiro não responder

38. É veterano de guerra?

- Sim
- Não
- Prefiro não responder

39. Selecione todas as opções aplicáveis para si (selecione tudo o que se aplicar):

- Sou invisual ou tenho dificuldade em ver, mesmo quando uso óculos.
- Sou surdo/a ou tenho deficiência auditiva.
- Tenho dificuldade em tratar de assuntos sozinho/a, como visitar um consultório médico ou fazer compras.
- Tenho sérias dificuldades no meu dia a dia causadas por: estado de espírito, sentimentos intensos, controlar os meus impulsos, ou ouvir, ver, sentir algo que os outros ao meu redor não percebem.
- Tenho muita dificuldade em aprender a fazer coisas que a maioria das pessoas da minha idade consegue aprender.
- Tenho dificuldade em concentrar-me, lembrar-me ou tomar decisões devido a uma condição física, mental ou emocional.
- Tenho dificuldade em vestir-me, tomar banho ou um duche.
- Tenho dificuldade em caminhar ou subir escadas.
- Tenho uma deficiência ou condição médica não descrita por qualquer uma das condições acima (especifique): _____
- Prefiro não responder
- Nenhuma das opções acima

40. Qual é a sua situação de habitação?

- Arrendamento
- Casa própria
- Vivo com a família ou entes queridos
- Estou a passar por situação de sem-abrigo ou instabilidade habitacional
- Outra (especifique): _____
- Prefiro não responder

Fim do inquérito

Obrigado por ter respondido ao inquérito de Avaliação das necessidades partilhadas de saúde da comunidade do Maine. Agradecemos muito o seu tempo e valorizamos as informações que partilhou connosco. Por ter concluído o inquérito, pode participar num sorteio para ganhar um cartão de oferta de 100 \$. Se pretender participar no sorteio, introduza as suas informações de contacto abaixo. As suas informações de contacto serão mantidas separadas das suas respostas ao inquérito.

Envie-nos um e-mail se tiver alguma dúvida: info@mainechna.org

Nome: _____

E-mail: _____

Telefone: _____