



**Instruções:** Obrigado por participar deste inquérito. A sua opinião é muito importante e vai ajudar-nos a progredir e a melhorar a forma como prestamos cuidados de saúde em Rhode Island. **As suas respostas serão mantidas em sigilo e os seus benefícios não serão afetados de forma alguma devido às suas respostas. O inquérito irá demorar cerca de 4 a 5 minutos, para ser concluído.**

Pode fornecer respostas eletronicamente ao digitalizar o código QR com o seu dispositivo móvel ou ao enviar por email/correio as respostas descritas na página 4.

**1. Atualmente, está inscrito na Medicaid Managed Care (Gestão de Cuidados do Medicaid) e recebe os seus benefícios do Plano de Saúde do Neighborhood de Rhode Island – TRUST/ACCESS, Plano Comunitário da United Healthcare ou Plano Público de Saúde Tufts RI Together?**

- Sim     Não     Não tenho a certeza / Não sei

Por favor, fale-nos sobre si.

**2. Qual é a sua idade?**

- Menor de 18     18-24     25-34     35-44     45-54     55-64     65+

**3. Qual é o seu sexo?**

- Feminino     Masculino     Não-binário     Transgénero     Intersex     Prefiro não responder
- Prefere se autodescrever como: não-binário, gender-fluid (género fluído), agender, ou outro (Por favor, especifique.)

**4. Qual raça/etnia melhor o/a descreve? (Por favor, escolha apenas uma.)**

- Índio Americano ou Nativo do Alasca     Asiático     Nativo do Havai ou Outra ilha do Pacífico
- Negro ou Afro-americano     Caucasiano     Hispânico/Latino
- Múltiplas Etnias     Prefere não responder
- Outra (Por favor, especifique.)

Por favor, informe-nos sobre a sua saúde e as suas necessidades e cuidados de saúde.

**5. De um modo geral, como descreveria a sua saúde?**

- Excelente     Boa     Razoável/Ok     Fraca     Muito fraca

**6. Tem um provedor de cuidados de saúde habitual (médico, enfermeiro, centro de saúde, outro) que costuma consultar quando precisa de cuidados?**

- Sim     Não     Não, mas gostaria de ter um     Não, não preciso de um

Outro (Por favor, explique)

**7. Na Medicaid Managed Care, um plano de saúde (Plano de Saúde do Neighborhood, Plano de Saúde Tufts ou United Healthcare) ajuda-o a gerir os seus cuidados. Escolheu o plano de saúde que tem agora?**

Sim       Não       Não tenho a certeza / Não sei

**8. No momento de escolher o seu plano de saúde atual, o que é mais importante para si? (Escolha uma ou mais)**

- Se o meu atual provedor de cuidados de saúde (médico, enfermeiro, centro de saúde, outro) aceita o plano
- Todos os provedores de cuidados de saúde (médicos, enfermeiros, centros de saúde, outros) disponíveis para mim, no plano
- Medicamentos e tratamentos cobertos pelo plano
- Serviços e benefícios adicionais oferecidos pelo plano (adesão ao ginásio, cartões-presente, etc.)
- Qual plano é considerado “o melhor” ou tem classificações de qualidade mais altas
- A minha própria experiência anterior com este plano de saúde
- Recomendações de familiares/amigos
- Outro (Por favor, explique)

**9. Se pudesse mudar o seu plano de saúde, mudaria?**

Sim       Não

**10. Tem alguém no seu plano de saúde que o ajuda com os seus cuidados?**

Sim, tenho       Não, mas eu gostaria de ajuda       Não, eu não preciso de ajuda       Não  
tenho a certeza / Não sei

Outro (Por favor, explique)

**11. O que mais precisa de ajuda para se manter saudável? (Escolha uma ou mais)**

- Encontrar um provedor de cuidados de saúde (médico, enfermeiro, centro de saúde, outro)
- Conseguir uma consulta
- Marcar uma consulta
- Transporte para o consultório do meu provedor de cuidados de saúde (médico, enfermeiro, centro de saúde, outro)
- Serviços de intérprete
- Obter medicamentos

**(continua na próxima página)**

- Obter cuidados dentários
- Ajuda com alimentação ou habitação
- Ajuda com o uso indevido de álcool ou drogas
- Ajuda com ansiedade, depressão ou outros problemas emocionais
- Ajuda com diabetes, doenças cardíacas ou outras condições
- Ajuda com serviços de longo prazo, cuidados em casa
- Aparelhos auditivos, óculos ou outros suprimentos/equipamentos médicos
- Outros (Por favor, explique)

- Nenhuma destas

**12. Se precisa de ajuda, quem o ajuda mais com a sua saúde/cuidados de saúde?**

- O meu provedor de cuidados de saúde/equipa do consultório do meu provedor de cuidados de saúde (médico, enfermeiro, centro de saúde, outro)
- Uma enfermeira de saúde domiciliar, auxiliar ou outro provedor de serviços
- Alguém do meu plano de saúde
- Um amigo ou familiar
- Eu não tenho ajuda/Eu mesmo cuido disso
- Eu não preciso de ajuda
- Outros (Por favor, explique)

**13. Nos últimos 6 meses, passou a noite internado no hospital como paciente?**

- Sim
- Não
- Não tenho a certeza / Não sei

**14. Recebeu instruções sobre como se cuidar de si depois de sair do hospital?**

- Sim, eu compreendo o que tenho de fazer
- Recebi instruções, mas não as entendi todas
- Não, eu não recebi instruções antes de ir para casa
- Outros (Por favor, explique)

**15. Nos últimos 6 meses, compareceu na Sala de Emergência para os seus cuidados de saúde?**

- Sim
- Não
- Não tenho a certeza / Não sei
- Outros (Por favor, explique)

Por favor, diga-nos o quanto concorda ou não com as frases indicadas abaixo:

	Concordo Totalmente	Concordo	Neutro/Sem Opinião	Discordo	Discordo Totalmente
O meu plano de saúde, provedores de cuidados de saúde (médicos, enfermeiras, centro de saúde, outros) e outros cuidadores trabalham comigo para me ajudar a manter a saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu plano de saúde, provedores de cuidados de saúde (médicos, enfermeiras, centros de saúde, outros) e outros cuidadores ouvem-me quando falo sobre as minhas necessidades de cuidados de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu plano de saúde, provedores de cuidados de saúde (médicos, enfermeiras, centros de saúde, outros) e outros cuidadores dedicam tempo para compreender a minha situação/objetivos pessoais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu sei como obter ajuda/informações sobre a minha saúde quando preciso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu sinto-me em controlo da minha saúde/dos meus cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Obrigado por partilhar a sua opinião com o Medicaid de Rhode Island.**

**Por favor, envie o inquérito preenchido por correio para:**

**RI Executive Office of Health & Human Services  
Managed Care Unit  
3 West Road  
Cranston, RI 02920**

**ou envie por e-mail o inquérito preenchido para [ohhs.mcooversight@ohhs.ri.gov](mailto:ohhs.mcooversight@ohhs.ri.gov)**

Os serviços de assistência linguística estão disponíveis gratuitamente. Ligue para o número de telefone 1-844-602-3469 (TTY 711).