

INTRODUÇÃO

Como parte de uma ampla Avaliação das Necessidades de Saúde da Comunidade no período 2024-2025, o RWJBarnabas Health System — em colaboração com os parceiros da coalizão de saúde (Mercer, Middlesex, Somerset), St. Peter's University Hospital, Capital Health, Lawrence Rehabilitation and Healthcare Center, centros de saúde locais, departamentos de saúde locais e do condado, e organizações comunitárias — está realizando uma pesquisa para saber mais sobre as necessidades e os pontos fortes da comunidade e de seus residentes. Essas informações serão usadas para orientar futuros serviços e programas e para melhorar a coordenação entre as organizações.

O preenchimento desta pesquisa é **voluntário** e suas respostas serão **confidenciais**. Não será solicitado seu nome, endereço ou qualquer outra informação que possa identificá-lo. Esta pesquisa vai demorar cerca de 15 minutos para ser concluída. Sua opinião ajudará garantir que os planos futuros atendem às diferentes necessidades da comunidade e dos residentes. Em caso de dúvidas ou comentários sobre esta iniciativa, entre em contato pelo e-mail BHPlanningDept@rwjbh.org. Vamos juntos moldar o futuro da saúde da sua comunidade.

PARTE A: Informações básicas – Você e sua comunidade

1. Qual é o seu código postal? _____ (Escreva o número de 5 dígitos.)
2. Qual é a sua cidade ou município? _____
3. Há quanto tempo você mora na área?
 - Há menos de 1 ano → Se for há menos de 1 ano, qual é o código postal do seu endereço anterior? _____
 - 1-4 anos
 - 5-9 anos
 - 10-19 anos
 - Há 20 anos ou mais

**** As próximas perguntas demográficas se destinam à análise deste estudo e serão mantidas completamente confidenciais.**

4. Em que ano você nasceu? _____
5. Como você descreveria sua origem étnica ou racial? (Marque todas as opções aplicáveis).
 - Negro ou afro-americano (por ex., afro-americano, haitiano, jamaicano, nigeriano, etíope)
 - Latino/a ou hispânico de ascendência caribenha (por ex., porto-riquenho, cubano, dominicano)
 - Latino/a ou hispânico de ascendência mexicana, centro-americana ou sul-americana (por ex., mexicano, salvadorenho, brasileiro, colombiano)
 - Asiático do Leste (por ex., chinês, japonês, coreano, filipino, vietnamita)
 - Asiático do sul (por ex., indiano, paquistanês, bengali, nepalês)
 - Oriente Médio/Norte da África/Árabe (por ex., egípcio, marroquino, jordaniano, sírio)
 - Branco/europeu-americano (por ex., alemão, irlandês, inglês, italiano, polonês)
 - Índio americano/nativo americano (por ex., Nanticoke Lenni_Lenapi, Powhatan Renape, Ramapough)
 - Nativo havaiano ou de outra ilha do Pacífico (por ex., havaiano, samoano)
 - Outra (especifique): _____
 - Prefiro não responder

6. Qual é o nível mais alto de escolaridade que você concluiu?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Menos que o ensino médio | <input type="checkbox"/> Certificação/graduação técnica ou tecnológica |
| <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto | <input type="checkbox"/> Graduação da faculdade |
| <input type="checkbox"/> Ensino médio completo ou diploma de equivalência | <input type="checkbox"/> Pós-graduado ou diploma profissional |
| <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto | <input type="checkbox"/> Prefiro não responder |

PARTE B: Prioridades, recursos e desafios da comunidade

7. Na sua opinião, quais são os 3 PRINCIPAIS PROBLEMAS OU PREOCUPAÇÕES DE SAÚDE na sua comunidade em geral?

(Selecione apenas 3 opções.)

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença cardíaca <input type="checkbox"/> Doença pulmonar (por ex., DPOC, enfisema) <input type="checkbox"/> Excesso de peso/obesidade <input type="checkbox"/> Problemas de saúde relacionados ao envelhecimento (por ex., Alzheimer, quedas) <input type="checkbox"/> Problemas de saúde mental (por ex., depressão, ansiedade, suicídio) <input type="checkbox"/> Uso, abuso ou sobredosagem de álcool <input type="checkbox"/> Fumar, vaping ou tabaco de mascar <input type="checkbox"/> Uso, abuso ou sobredosagem de substâncias (por ex., opioides, heroína, uso indevido de medicamentos prescritos, marijuana) <input type="checkbox"/> Estilo de vida com alto nível de estresse <input type="checkbox"/> Doenças infecciosas ou contagiosas (por ex., pneumonia, covid, gripe) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Infecções sexualmente transmissíveis (IST) (por ex., clamídia, HIV/AIDS) <input type="checkbox"/> Gravidez na adolescência <input type="checkbox"/> Violência e segurança da comunidade (por ex., violência com armas, abuso doméstico) <input type="checkbox"/> Lesões não intencionais (por ex., acidentes de carro, afogamento) <input type="checkbox"/> Ter serviços de saúde e sociais suficientes que as pessoas possam usar <input type="checkbox"/> Racismo e discriminação <input type="checkbox"/> Moradia que as pessoas possam pagar <input type="checkbox"/> Fome ou ter alimentos saudáveis que as pessoas possam pagar <input type="checkbox"/> Educação adequada e de qualidade <input type="checkbox"/> Pobreza/oportunidades de emprego <input type="checkbox"/> Outra questão ou problema não listada (especifique):
_____ <input type="checkbox"/> Não sei |
|--|--|

8. Na sua opinião, quais são os 3 PRINCIPAIS PROBLEMAS OU PREOCUPAÇÕES DE SAÚDE na sua comunidade para crianças e jovens? (Selecione somente 3 opções.)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cânceres infantis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Excesso de peso/obesidade <input type="checkbox"/> Bullying <input type="checkbox"/> Problemas de saúde mental (por ex., depressão, ansiedade, suicídio) <input type="checkbox"/> Uso, abuso ou sobredosagem de álcool <input type="checkbox"/> Fumo, vaping ou tabaco de mascar <input type="checkbox"/> Uso, abuso ou sobredosagem de substâncias (por ex., opioides, heroína, uso indevido de medicamentos prescritos, marijuana) <input type="checkbox"/> Estilo de vida com alto nível de estresse <input type="checkbox"/> Doenças infecciosas ou contagiosas (por ex., pneumonia, covid, gripe) <input type="checkbox"/> Infecções sexualmente transmitidas (IST) (por ex., clamídia, HIV/AIDS) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gravidez na adolescência <input type="checkbox"/> Abuso e negligência de crianças <input type="checkbox"/> Violência e segurança da comunidade (por ex., violência com armas, violência na escola, gangues) <input type="checkbox"/> Lesões não intencionais (por ex., acidentes de carro, afogamento) <input type="checkbox"/> Ter serviços de saúde e sociais suficientes que as crianças e os jovens possam usar <input type="checkbox"/> Racismo e discriminação <input type="checkbox"/> Moradia pela qual as pessoas possam pagar <input type="checkbox"/> Fome ou ter comida saudável pela qual as pessoas possam pagar <input type="checkbox"/> Educação adequada e de qualidade <input type="checkbox"/> Pobreza/oportunidades de emprego <input type="checkbox"/> Outra questão ou problema não listado (especifique):
_____ <input type="checkbox"/> Não sei |
|---|---|

9. Usando a escala abaixo, indique se você concorda (acha que a afirmação é verdadeira) ou discorda (acha que a afirmação é falsa) com as seguintes afirmações sobre a comunidade. (Selecione uma resposta por afirmação.)

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não sei
a. Minha comunidade tem espaços externos seguros para caminhar e brincar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. É fácil ter um estilo de vida saudável na minha comunidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Minha comunidade é um bom local para criar uma família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não sei
d. Há oportunidades educacionais para adultos na minha comunidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Minha comunidade tem locais para todos socializarem (por ex., bibliotecas, igrejas, clubes locais, encontros para pessoas idosas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. As escolas em minha comunidade oferecem opções de alimentos saudáveis para as crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Seria fácil para mim usar o transporte público para chegar aonde preciso ir no dia a dia (por ex., trabalho, supermercado, consultas médicas, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Minha comunidade tem serviços de transporte para pessoas idosas e com deficiência (por ex., para ir ao supermercado, a shoppings centers, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Há oportunidades de emprego na minha área.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Se eu precisasse de ajuda para me alimentar ou alimentar minha família, eu saberia a quais serviços recorrer para obter ajuda (por ex., banco de alimentos, distribuição de alimentos, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Há moradia suficiente pela qual eu posso pagar que seja segura e com boa manutenção na minha comunidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Em meu bairro, não há muita violência, como brigas físicas, atividades de gangues, roubos ou agressões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Em minha comunidade, há poucos problemas com violência entre as pessoas, como abuso nas famílias, maus tratos a pessoas idosas ou bullying pessoalmente ou on-line.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. As pessoas na minha comunidade podem custear necessidades básicas, como comida, habitação e transporte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Você está apreensivo ou preocupado de que nos próximos 2 meses possa não ter uma habitação estável que possua, que alugue ou que permaneça como parte de um domicílio?

Sim Não

11. Com que frequência você não consegue ir aonde precisa ir por não ter modo de chegar ao destino?

Raramente ou com pouca frequência Cerca de uma vez por mês Uma vez por semana ou com mais frequência
 Várias vezes por ano Mais de uma vez por mês

12. Leia as seguintes afirmações que as pessoas fizeram sobre a própria situação alimentar. Para cada uma, escolha se a afirmação é verdadeira para seu domicílio nos últimos 12 meses.

	É, muitas vezes, verdade	É, às vezes, verdade	Nunca é verdade
a. Ficamos apreensivos de que a comida acabaria antes de termos dinheiro para comprar mais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. A comida que compramos não durou e não tínhamos dinheiro para comprar mais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Recorremos ao programa de refeições da comunidade, à distribuição de alimentos ou ao programa de ajuda alimentar para suplementar nosso domicílio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Nos últimos 12 meses, você recebeu assistência gratuita ou de baixo custo de uma organização ou programa de governo para lhe ajudar com algum desses itens? (Marque todas as opções aplicáveis).

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> Creche | <input type="checkbox"/> Problemas de imigração |
| <input type="checkbox"/> Contas de serviços públicos | <input type="checkbox"/> Habitação | <input type="checkbox"/> Problemas legais |
| <input type="checkbox"/> Educação | <input type="checkbox"/> Busca de emprego ou treinamento | <input type="checkbox"/> Não recebeu assistência |
| <input type="checkbox"/> Alimentação (por ex., SNAP [Supplemental Nutrition Assistance Program]) | <input type="checkbox"/> Cuidado para pessoas idosas ou com deficiência | <input type="checkbox"/> Prefiro não responder/Não sei |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Tradução/interpretação | |

PARTE C: Situação e condições de saúde

14. Como descreveria sua saúde em geral?

- Excelente Muito boa Boa Razoável Ruim

15. Já lhe foi dito alguma vez por um médico ou outro profissional de saúde que você teve uma destas condições?

Para cada "Sim" na pergunta 15a, responda na 15b: Você está atualmente sob tratamento para essa condição?

***Lembrete: O preenchimento desta pesquisa é voluntário e suas respostas são confidenciais. Não lhe serão perguntados seu nome, endereço ou qualquer outra informação que possa identificar você.**

	15a. Já foi informado por um provedor que você tem...?		15b. Se sim, está atualmente sob cuidados médicos?	
	Sim	Não	Sim	Não
Condição cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressão arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer (de qualquer tipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença pulmonar (por ex., DPOC, enfisema)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer ou demência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de audição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiência física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressão ou problemas de ansiedade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de abuso de substâncias (drogas ou álcool)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependência de fumar ou vaping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Selecione se algum dos seguintes motivos impedem que você coma alimentos saudáveis que façam parte de uma dieta saudável. (Marque todas as opções aplicáveis.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Falta de tempo para comprar ou preparar refeições saudáveis | <input type="checkbox"/> Falta de equipamento (por ex., fogão que funcione, panelas) para preparar a comida |
| <input type="checkbox"/> Transporte para obter alimentos saudáveis | <input type="checkbox"/> Não gosto do sabor ou comidas saudáveis não me saciam |
| <input type="checkbox"/> Nem sempre sei quais alimentos fazem parte de uma dieta saudável | <input type="checkbox"/> Estou sem disposição para comidas saudáveis |
| <input type="checkbox"/> Não sei como comprar ou preparar comidas saudáveis | <input type="checkbox"/> Outra (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Preço de comidas saudáveis/comidas saudáveis custam muito caro | <input type="checkbox"/> Nada me impede de comer alimentos saudáveis |
| <input type="checkbox"/> Deficiência física para comprar ou preparar comidas saudáveis | |

17. No último mês, além do trabalho regular, você participou de atividades ou exercícios físicos, como caminhar, correr, andar de bicicleta, dançar, praticar esportes ou de outra atividade semelhante?

- Sim Não Prefiro não responder

18. Você tem filhos menores de 18 anos de idade que moram com você em casa ou pelos quais você é responsável regularmente?

- Sim Não
- 18a. Em caso afirmativo, nos últimos 7 dias, em quantos dias seu filho ou filha foi fisicamente ativo(a) por um total de pelo menos 60 minutos por dia? (Especifique um número de 0-7): Se tiver mais de um filho ou filha, responda para até três filhos(as).

Filho(a) 1: _____ Filho(a) 2: _____ Filho(a) 3: _____

19. Você participou de algum destes exames, serviços ou programas nos últimos 2 anos?

	Sim	Não	Não sei
Check-up ou exame físico anual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avaliação ou check-up dental (por ex., raios x, limpeza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualquer forma de aconselhamento de saúde mental (por ex., para depressão, ansiedade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualquer forma de aconselhamento sobre o uso de álcool ou drogas/substâncias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa para parar de fumar/vaping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualquer forma de educação nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualquer forma de educação sobre doença cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aulas de cuidados familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacina contra a gripe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacina ou reforço contra a covid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exame de colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verificação da pressão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exame de diabetes ou verificação de glicose no sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exame de visão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exame de audição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamografia ou exame/rastreamento de câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exame de câncer colorretal (por ex. colonoscopia, exame de sangue oculto nas fezes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exame de câncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exame de câncer de pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE D: Acesso a cuidados de saúde e barreiras ao cuidado

20. Que tipo de seguro de saúde você tem?

- Medicare Outro tipo de seguro saúde (especifique:)
- Medicaid/NJ FamilyCare _____
- Seguro privado/de saúde pago por você e/ou pelo seu empregador (por ex., Aetna, Humana, Blue Cross Blue Shield, etc.) Não tenho seguro saúde
- Prefiro não responder

21. Nos últimos 2 anos, quais destas questões, se alguma, tornou mais difícil para que você ou um membro da família domiciliar obtivesse cuidado ou tratamento médico quando necessário? (Marque "sim", se a questão dificultou/foi um problema para você ou sua família e "não" se a questão não dificultou a obtenção de tratamento médico ou o cuidado nunca foi um problema.)

***Lembrete: O preenchimento desta pesquisa é voluntário e suas respostas são confidenciais. Não lhe serão perguntados seu nome, endereço ou qualquer outra informação que possa identificar você.**

	Sim	Não	Não sei
Problemas de seguro (por ex., os médicos não aceitam seu seguro, você não tem nenhum seguro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Custos do cuidado (por ex., você não conseguiu pagar, os copagamentos são muito altos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicos não aceitam novos pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os tempos de espera no consultório ou na clínica do médico são muito longos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É difícil marcar uma consulta em um horário conveniente do dia/noite/semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem medo ou não gosta de médicos os hospitais; médicos, profissionais de saúde ou funcionários do consultório hostis; não se sente bem-vindo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não consegue ter tempo de folga para os cuidados — não será remunerado ou perderá o emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não conseguiu encontrar cuidado; não sabe aonde ir para receber cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de idioma (por ex., é difícil de falar com o profissional de saúde ou os funcionários do consultório)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviços não acessíveis para pessoas com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de cuidados infantis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informações de saúde não são mantidas confidenciais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medo devido ao status imigratório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguma outra questão que impede você/membro da família de obter cuidado ou tratamento médico (especifique:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Ao tentar obter atendimento médico, com que frequência você se sentiu PESSOALMENTE discriminado com base em qualquer uma das características seguintes:

	Frequentemente	Às vezes	Nunca
Raça ou etnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formação cultural ou religiosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idioma ou fala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faixa de renda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tamanho do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientação sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gênero ou identidade de gênero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiência física ou mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Se você tivesse uma dúvida ou precisasse de informações sobre sua saúde, onde procuraria orientação? (Marque todas as opções aplicáveis.)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Organizações baseadas na fé | <input type="checkbox"/> Profissional de saúde (por ex., médico, enfermeiro) | <input type="checkbox"/> Recursos de mídias sociais (por ex., Facebook) |
| <input type="checkbox"/> Membro da família | <input type="checkbox"/> Departamento de emergência hospitalar | <input type="checkbox"/> Pronto-socorro |
| <input type="checkbox"/> Clínica gratuita | <input type="checkbox"/> Departamento de saúde local | <input type="checkbox"/> Não há uma boa fonte para mim. |
| <input type="checkbox"/> Amigos | <input type="checkbox"/> Recursos on-line (por ex., WebMD) | |

24. Nos últimos 2 anos, houve alguma ocasião em que você precisou consultar um profissional de saúde ou um especialista, mas não conseguiu devido a disponibilidade, a custos ou a problemas com o seguro?

Para cada "Sim" na pergunta 24a, indique na pergunta 24b o que o impediu de consultar um provedor ou especialista?

	Q24a. Precisava de um especialista mas não pôde ir devido a problemas na Q24b.		Q24b. (Se sim) O que impediu você de consultar um profissional ou um especialista? (Marque todas as opções aplicáveis.)			
	Sim	Não	Disponibilidade do profissional	Custos	Problemas de seguro	Outro (especifique)
Saúde comportamental (por ex., aconselhamento individual ou em grupo, serviços de saúde mental, transtornos de uso de substâncias, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Saúde infantil ou pediatria (por ex., cuidados com bebês, check-ups de saúde infantil, imunizações, exames físico escolares ou esportivos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Câncer (por ex., exames de câncer, radiação, quimioterapia, sobrevivência ao câncer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de saúde cardíaca/cardiovasculares (por ex., doença arterial coronariana, ataque cardíaco, pressão arterial alta, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atendimento emergencial/hospitalar (por ex., doença súbita ou séria, emergências médicas, reabilitação, internação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas com o cérebro, a medula espinhal ou com os nervos/neurologia (por ex., Alzheimer, epilepsia, esclerose múltipla, AVC, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas ósseos e musculares/ortopedia (por ex., rompimentos e fraturas, artrite, articulações deslocadas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Saúde da mulher (por ex., planejamento familiar, ginecologia, cuidados na gravidez, menopausa, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outro (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PARTE E: Saúde mental e uso de substâncias

25. Agora pensando em sua saúde mental, que inclui estresse, depressão e problemas com emoções, por quantos dias nos últimos 30 dias sua saúde mental não esteve boa?

(Especifique um número entre 0 e 30): _____

27. Nos últimos dois anos, houve algum momento em que você ou alguém em sua casa precisou de ajuda para problemas de saúde mental, como sentir-se muito triste, ansioso ou com outras preocupações emocionais, mas não conseguiu obter a ajuda necessária?

- Sim, eu/meu familiar precisei(ou) de serviços e/ou tratamento de saúde mental, mas não consegui(iu) obtê-los
- Não, eu/meu familiar precisava de serviços e/ou tratamento de saúde mental e consegui(iu) obtê-los
- Não, eu/meu familiar não precisei(ou) de serviços e/ou tratamento de saúde mental
- Prefere não responder/Não sabe

26. Durante os últimos 30 dias, por quantos dias, aproximadamente, a saúde mental debilitada o impediu de realizar suas atividades habituais, como autocuidado, trabalho ou recreação?

(Especifique um número entre 0 e 30): _____

28. Nos últimos dois anos, houve um período em que você ou alguém na em seu domicílio precisou de ajuda para problemas com o uso de drogas ou álcool, mas não conseguiu ajuda necessária?

- Sim, eu/meu familiar precisei(ou) de serviços e/ou tratamento para uso de substâncias, mas não consegui(iu) obtê-los
- Não, eu/meu familiar precisei(ou) de serviços e/ou tratamento para uso de substâncias, mas consegui(iu) obtê-los
- Não, eu/meu familiar não precisei(ou) de serviços e/ou tratamento para uso de substâncias
- Prefere não responder/Não sabe

Se você ou um membro da sua família não precisou de serviços de saúde mental ou de uso de substâncias nos últimos 2 anos, pule para a Parte F, pergunta 30.

29. Nos últimos 2 anos, quais desses problemas, se houver algum, dificultou para você ou para um membro da família da casa obter serviços e/ou tratamento de saúde mental ou de uso de substâncias quando necessário? (Marque "sim", se a questão dificultou/foi um problema para você ou sua família e "não" se não dificultou ou não foi um problema.)

	Sim	Não	Não sei
Problemas de seguro (por ex., os médicos não aceitam seu seguro, você não tem nenhum seguro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Custo do cuidado (por ex., você não consegue pagar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conselheiros ou serviços não estão aceitando novos pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempos de espera são muito longos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem medo ou não gosta de profissionais de saúde, conselheiros, médicos os hospitais; médicos, profissionais de saúde ou funcionários do consultório hostis; não se sente bem-vindo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não consegue ter tempo de folga para os cuidados — não será remunerado ou perderá o emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de idioma (por ex., dificuldade de falar com o profissional de saúde ou com a equipe do consultório)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviços não acessíveis para pessoas com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de cuidados infantis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informações de saúde não são mantidas em sigilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medo devido ao status de imigração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estigma/vergonha de obter esses tipos de serviços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medo de ser hospitalizado contra minha vontade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medo de que meu trabalho/empregador possam descobrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguma outra questão que impediu você/membro da família de receber cuidados ou tratamento (especifique): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se você ou alguém com quem se importa precisa de ajuda, veja os recursos abaixo:

New Jersey Hopeline - para apoio confidencial a qualquer pessoa em sofrimento emocional ou crise suicida. **Envie uma mensagem de texto ou ligue para 988**

ReachNJ - para obter ajuda com um transtorno por uso de substâncias. **Ligue para 844-732-2465**

PARTE F: Nas suas próprias palavras

30. Use o espaço abaixo para expandir um tópico mencionado previamente ou para tópicos importantes relacionados à saúde que não foram mencionados nesta pesquisa e que você acredita serem importantes ao planejar serviços de saúde e comunitários.

PARTE G: Informações básicas adicionais

****As perguntas demográficas a seguir são apenas para análise deste estudo s são mantidas em sigilo.**

31. Qual opção descreve melhor o seu gênero?

- Mulher
- Homem
- Mulher transgênero
- Homem transgênero
- Não binário/gender queer (não é exclusivamente masculino ou feminino)
- Agênero/não me identifico com nenhum gênero
- Categoria de gênero adicional (especifique): _____
- Prefiro não responder

32. Qual opção descreve melhor a sua orientação sexual?

- Heterossexual Não tenho certeza
 Gay ou lésbica Categoria adicional (especifique): _____
 Bissexual, pansexual ou queer Prefiro não responder
 Assexual

33. Qual opção mais se aproxima da descrição de sua renda domiciliar anual antes dos impostos? *Renda domiciliar é o total de dinheiro ganho por todos morando em sua casa no ano passado (por ex., renda recebida, pensão alimentícia recebida, etc.).*

- Menos de US\$ 10.000 US\$ 35.000 a US\$ 49.999 US\$ 150.000 a US\$ 199.999
 US\$ 10.000 a US\$ 14.999 US\$ 50.000 a US\$ 74.999 US\$ 200.000 ou mais
 US\$ 15.000 a US\$ 24.999 US\$ 75.000 a US\$ 99.999 Prefiro não responder
 US\$ 25.000 a US\$ 34.999 US\$ 100,000 a US\$ 149.999

34. Qual das seguintes alternativas melhor descreve seu estado civil?

- Solteiro Casado Prefiro não responder
 Separado/divorciado/viúvo União civil/morando com parceiro(a)

35. Você nasceu nos Estados Unidos?

- Sim (saltar para a pergunta 36)
 Não (Responda a pergunta 35a) →
 Prefiro não responder

35a. Se não, há quanto tempo você mora nesse país?

- Há menos de 1 ano
 1-4 anos
 5-9 anos
 10 anos ou mais, mas não toda a minha vida
 Moro nos EUA por quase toda a minha vida
 Prefiro não responder

36. Qual é, ou quais são, o(s) idioma(s) principal(is) falados em sua casa? (Marque todas as opções aplicáveis.)

- Inglês Árabe
 Espanhol Tagalogue
 Português Italiano
 Hindi Polonês
 Guzerate Crioulo haitiano
 Mandarim Ídiche
 Cantonês Outro: _____
 Coreano Prefiro não responder

Com isso, concluímos nossa pesquisa. Obrigado por seu tempo. Agradecemos imensamente sua participação.