

**Consumer Assessment of Healthcare Providers and
Systems (CAHPS) Survey for the Merit-based
Incentive Payment System (MIPS) and
Next Generation Model**

**2021 CAHPS for ACOs Survey
(Portuguese)**

Pesquisa sobre a Experiência com Prestadores de Cuidados de Saúde do Medicare

Instruções da pesquisa

Esta pesquisa é sobre você e os cuidados de saúde que recebeu nos últimos seis meses. Responda a cada pergunta pensando sobre si próprio. Reserve o tempo necessário para responder à pesquisa. Suas respostas são muito importantes para nós. Favor devolver a pesquisa com suas respostas no envelope anexo com postagem paga para a [VENDOR NAME].

Responda a todas as perguntas marcando um "X" no quadrado à esquerda da sua resposta, da seguinte maneira.

Sim

Não deixe de ler todas as alternativas das respostas, antes de escolher a sua opção.

Por vezes, vamos pedir-lhe que não responda a algumas perguntas desta pesquisa. Quando isto acontecer, verá uma seta com uma observação que lhe indica qual pergunta deve responder a seguir, como por exemplo:

[→ **Se responder Não, vá para a # 3**]. Veja o exemplo a seguir:

EXEMPLO

1. Você usa um aparelho auditivo atualmente?

Sim

Não → **Se responder Não, vá para a # 3**

2. Há quanto tempo está usando o aparelho auditivo?

Menos de um ano

1 a 3 anos

Mais de 3 anos

Não uso um aparelho auditivo

3. Nos últimos 6 meses, você teve dores de cabeça?

Sim

Não

Seu Prestador de Cuidados

1. Nossos registros indicam que, nos últimos 6 meses, você se consultou com o prestador de cuidados cujo nome é apresentado abaixo.

Name of provider label goes here

Isto está correto?

- Sim
 Não → **Se responder Não, vá para a # 24**

As perguntas nesta pesquisa irão se referir ao prestador de cuidados indicado na Pergunta 1 como “este prestador.” Pense nesta pessoa ao responder a pesquisa.

2. É este o provedor com o qual costuma se consultar para ver se precisa de um checkup, se precisa de aconselhamento sobre problemas de saúde, ou se fica doente ou machuca-se?
- Sim
 Não
3. Há quanto tempo você se consulta com este provedor?
- Menos de 6 meses
 Pelo menos 6 meses, mas menos de 1 ano
 Pelo menos 1 ano, mas menos de 3 anos
 Pelo menos 3 anos, mas menos de 5 anos
 5 anos ou mais

Cuidados fornecidos por este provedor nos últimos 6 meses

Estas perguntas são sobre **seus próprios** cuidados de saúde. **Não** incluir os cuidados que tenha recebido quando teve de passar a noite no hospital. **Não** incluir as vezes que compareceu a consultas odontológicas.

4. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você se consultou com este provedor para receber cuidados para si próprio/própria?

- Nenhuma → **Se responder Nenhuma, vá para a # 24**
 1 vez
 2
 3
 4
 5 a 9
 10 ou mais vezes

5. Nos últimos 6 meses, você contatou o consultório deste provedor para marcar uma consulta devido a uma doença, um ferimento ou uma condição que **necessitava de cuidados imediatamente?**

- Sim
 Não → **Se responder Não, vá para a # 7**

6. Nos últimos 6 meses, quando você contatou o consultório deste provedor para marcar uma consulta para receber **cuidados que necessitava imediatamente**, com que frequência conseguiu uma consulta logo que precisava?

- Nunca
 Algumas vezes
 Habitualmente
 Sempre

7. Nos últimos 6 meses, você marcou alguma consulta para um **checkup ou para cuidados de rotina** com este provedor?
- Sim
 - Não → **Se responder Não, vá para a # 9**
8. Nos últimos 6 meses, quando marcou uma consulta para um **checkup ou para cuidados de rotina** com este provedor, com que frequência conseguiu uma consulta logo que precisava?
- Nunca
 - Algumas vezes
 - Habitualmente
 - Sempre
9. Nos últimos 6 meses, você contactou o consultório deste provedor para fazer uma pergunta médica durante o horário comercial normal?
- Sim
 - Não → **Se responder Não, vá para a # 11**
10. Nos últimos 6 meses, quando contactou o consultório deste provedor durante o horário comercial normal, com que frequência recebeu uma resposta para suas perguntas médicas naquele mesmo dia?
- Nunca
 - Algumas vezes
 - Habitualmente
 - Sempre

11. Nos últimos 6 meses, com que frequência este provedor explicou as coisas de uma maneira que foi fácil de entender?
- Nunca
 - Algumas vezes
 - Habitualmente
 - Sempre
12. Nos últimos 6 meses, com que frequência este provedor prestava atenção no que você dizia?
- Nunca
 - Algumas vezes
 - Habitualmente
 - Sempre
13. Nos últimos 6 meses, com que frequência este provedor parecia conhecer as informações importantes contidas nos seus antecedentes médicos?
- Nunca
 - Algumas vezes
 - Habitualmente
 - Sempre
14. Nos últimos 6 meses, com que frequência este provedor demonstrou respeito pelas coisas que você tinha a dizer?
- Nunca
 - Algumas vezes
 - Habitualmente
 - Sempre
15. Nos últimos 6 meses, com que frequência este provedor usou tempo suficiente para a sua consulta?
- Nunca
 - Algumas vezes
 - Habitualmente
 - Sempre

16. Nos últimos 6 meses, este provedor pediu um exame de sangue, raios x ou outros exames para você?
- Sim
 - Não → **Se responder Não, vá para a # 18**
17. Nos últimos 6 meses, quando este provedor pediu um exame de sangue, raios x ou outros exames para você, com que frequência alguém do consultório do provedor fez o acompanhamento para passar os resultados dos exames para você?
- Nunca
 - Algumas vezes
 - Habitualmente
 - Sempre
18. Nos últimos 6 meses, você e este provedor conversaram sobre iniciar ou interromper um medicamento vendido sob receita médica?
- Sim
 - Não → **Se responder Não, vá para a # 20**
19. Você e este provedor conversaram sobre iniciar ou interromper um medicamento vendido sob prescrição médica, este provedor perguntou o que achava que era melhor para você?
- Sim
 - Não
20. Nos últimos 6 meses, você e este provedor conversaram sobre quantas de suas informações pessoais de saúde você queria compartilhar com sua família ou seus amigos?
- Sim
 - Não

21. Usando um número de 0 a 10, onde 0 significa o pior provedor possível e 10 significa o melhor provedor possível, que número usaria para classificar este provedor?
- 0 O pior provedor possível
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10 O melhor provedor possível

Funcionários e recepcionistas no consultório deste provedor

22. Nos últimos 6 meses, com que frequência os funcionários e recepcionistas do consultório deste provedor estavam dispostos a ajudar da maneira que você acha que deveriam?
- Nunca
 - Algumas vezes
 - Habitualmente
 - Sempre
23. Nos últimos 6 meses, com que frequência os funcionários e recepcionistas do consultório deste provedor o trataram com cortesia e respeito?
- Nunca
 - Algumas vezes
 - Habitualmente
 - Sempre

Cuidados fornecidos por especialistas nos últimos 6 meses

24. Especialista são médicos como cirurgiões, cardiologistas, alergistas, dermatologistas e outros médicos que se especializam em determinada área da medicina. O **provedor indicado na Pergunta 1** desta pesquisa é um especialista?

Sim → **Se responder Sim, inclua este provedor à medida que responde as perguntas sobre especialistas**

Não

25. Nos últimos 6 meses, você tentou marcar uma consulta com algum especialista?

Sim

Não → **Se responder Não, vá para a # 27**

26. Nos últimos 6 meses, com que frequência foi fácil marcar uma consulta com um especialista?

Nunca

Algumas vezes

Habitualmente

Sempre

Todos os seus cuidados nos últimos 6 meses

Estas perguntas são sobre **todos os seus** cuidados de saúde. Inclua todos os provedores com quem você se consultou para obter cuidados de saúde nos últimos 6 meses. **Não** inclua as vezes que compareceu a consultas odontológicas.

27. Sua equipe de cuidados de saúde inclui todos os médicos, enfermeiros e outras pessoas que o atenderam por motivos relacionados a cuidados de saúde. Nos últimos 6 meses, você e alguma pessoa da sua equipe de cuidados de saúde conversaram sobre uma dieta saudável e hábitos alimentares saudáveis?

Sim

Não

28. Nos últimos 6 meses, você e alguma pessoa da sua equipe de cuidados de saúde conversaram sobre exercícios e atividade física que você pratique?

Sim

Não

29. Nos últimos 6 meses, você tomou algum medicamento vendido sob prescrição médica?

Sim

Não → **Se responder Não, vá para a # 32**

30. Nos últimos 6 meses, com que frequência você e alguma pessoa da sua equipe de cuidados de saúde conversaram sobre todos os medicamentos vendidos sob prescrição médica que você estava tomando?

Nunca

Algumas vezes

Habitualmente

Sempre

31. Nos últimos 6 meses, você e alguma pessoa da sua equipe de cuidados de saúde conversaram sobre o custo dos medicamentos vendidos sob prescrição médica?

- Sim
- Não

32. Nos últimos 6 meses, alguma pessoa da sua equipe de cuidados de saúde lhe perguntou se havia momentos em que você se sentiu triste, vazio ou deprimido?

- Sim
- Não

33. Nos últimos 6 meses, você e alguma pessoa da sua equipe de cuidados de saúde conversaram sobre coisas em sua vida que o preocupam ou lhe causam estresse?

- Sim
- Não

Sobre você

34. Em geral, como classificaria a sua saúde como um todo?

- Excelente
- Muito boa
- Boa
- Regular
- Péssima

35. Em geral, como classificaria a sua saúde **mental ou emocional** como um todo?

- Excelente
- Muito boa
- Boa
- Regular
- Péssima

36. Nos **últimos 12 meses**, você se consultou com um médico ou outro provedor de cuidados de saúde 3 vezes ou mais para tratar a mesma condição ou o mesmo problema?

- Sim
- Não → **Se responder Não, vá para a # 38**

37. É uma condição ou problema que tenha perdurado por 3 meses, pelo menos?

- Sim
- Não

38. Agora, você precisa de tomar ou toma um medicamento receitado por um médico?

- Sim
- Não → **Se responder Não, vá para a # 40**

39. Este medicamento é para tratar uma condição que tenha perdurado por 3 meses, pelo menos?

- Sim
- Não

40. Nas últimas 4 semanas, com que frequência sua saúde física interferiu em suas atividades sociais (como visitar os amigos, parentes, etc.)?

- Sempre
- Geralmente
- De vez em quando
- Raramente
- Nunca

41. Qual é a sua idade?

- 18 a 24 anos
- 25 a 34 anos
- 35 a 44 anos
- 45 a 54 anos
- 55 a 64 anos
- 65 a 69 anos
- 70 a 74 anos
- 75 a 79 anos
- 80 a 84 anos
- 85 anos ou mais

42. Qual é o seu sexo?

- Masculino
- Feminino

43. Qual é o nível mais alto de educação que você concluiu?

- 8 anos de escolaridade ou menos
- Frequência do ensino secundário, sem receber o diploma
- Diploma do ensino secundário ou equivalente (GED);
- Frequência universitária ou curso universitário de 2 anos
- Curso universitário de 4 anos
- Curso universitário com duração superior a 4 anos

44. Como você fala inglês?

- Muito bem
- Bem
- Não muito bem
- Nem um pouco

45. Você fala outro idioma, sem ser o inglês, em casa?

- Sim
- Não → **Se responder Não, vá para a # 47**

46. Qual idioma você fala em casa?

- Espanhol
- Chinês
- Coreano
- Russo
- Vietnamita
- Outro idioma



Escreva em letra de forma: _____

47. Você é surdo ou tem dificuldades sérias de audição?

- Sim
- Não

48. Você é cego ou tem dificuldades sérias de visão, mesmo quando está usando óculos?

- Sim
- Não

49. Você tem problemas sérios para se concentrar, lembrar ou tomar decisões devido a uma condição física, mental ou emocional?

- Sim
- Não

50. Você tem dificuldades sérias para caminhar ou subir escadas?

- Sim
- Não

51. Você tem dificuldades sérias para vestir-se ou banhar-se?

- Sim
- Não

52. Você tem dificuldade para realizar afazeres sozinho(a), como ir a um consultório médico ou às compras, devido a uma condição física, mental ou emocional?

- Sim
- Não

53. Você usa a internet em casa?

- Sim
- Não

54. Você é de descendência hispânica, latina ou espanhola?

- Sim, é hispânica, latina ou espanhola
- Não, não é hispânica, latina ou espanhola → **Se responder Não, vá para a # 56**

55. Qual grupo melhor o/a descreve?

- Mexicano, americano mexicano, chicano → **Vá para a # 56**
- Porto-riquenho → **Vá para a # 56**
- Cubano → **Vá para a # 56**
- Outra origem hispânica, latina ou espanhola → **Vá para a # 56**

56. Qual é a sua etnia? Marque uma ou mais opções.

- Branco
- Negro ou afroamericano
- Índio Americano/Nativo do Alasca
- Indiano Asiático
- Chinês
- Filipino
- Japoneses
- Coreano
- Vietnamita
- Outro asiático:
- Nativo do Havaí
- Guamês ou Chamorro
- Samoano
- Nativo de outras ilhas do Pacífico

57. Alguém o ajudou a preencher esta pesquisa?

- Sim
- Não → **Obrigado. Favor devolver a pesquisa preenchida no envelope com porte pré-pago.**

58. Como essa pessoa o ajudou? Marque uma ou mais opções.

- Leu as perguntas para mim
- Escreveu as respostas que eu dei
- Respondeu as perguntas para mim
- Traduziu as perguntas para meu idioma
- Ajudou de alguma outra maneira



Escreva em letra de

forma: _____

Obrigado!

Favor devolver a pesquisa preenchida no envelope com porte pré-pago.

[VENDOR NAME AND ADDRESS HERE]

NOTE: Alternative survey instructions for use with Portuguese translation of a scannable form that uses bubbles rather than boxes for answer choices.

Pesquisa sobre a Experiência com Prestadores de Cuidados de Saúde do Medicare

Instruções da pesquisa

Esta pesquisa é sobre você e os cuidados de saúde que recebeu nos últimos seis meses. Responda a cada pergunta pensando sobre si próprio. Reserve o tempo necessário para responder à pesquisa. Suas respostas são muito importantes para nós. Favor devolver a pesquisa com suas respostas no envelope anexo com postagem paga para a [VENDOR NAME].

Responda a todas as perguntas preenchendo completamente o círculo à esquerda de sua resposta, da seguinte maneira:

- Sim

Não deixe de ler todas as alternativas das respostas, antes de escolher a sua opção.

Por vezes, vamos pedir-lhe que não responda a algumas perguntas desta pesquisa. Quando isto acontecer, verá uma seta com uma observação que lhe indica qual pergunta deve responder a seguir, como por exemplo:

[➡ **Se responder Não, vá para a # 3**]. Veja o exemplo a seguir:

EXEMPLO

- | | |
|---|--|
| <p>1. Você usa um aparelho auditivo atualmente?</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input checked="" type="radio"/> Não ➡ Se responder Não, vá para a # 3</p> <p>2. Há quanto tempo está usando o aparelho auditivo?</p> <p><input type="radio"/> Menos de um ano</p> <p><input type="radio"/> 1 a 3 anos</p> <p><input type="radio"/> Mais de 3 anos</p> <p><input type="radio"/> Não uso um aparelho auditivo</p> | <p>3. Nos últimos 6 meses, você teve dores de cabeça?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> |
|---|--|