**Melhoria dos serviços hospitalares de Ginecologia e Maternidade em Liverpool**

**Sobre este questionário**

O NHS Cheshire and Merseyside está a analisar os cuidados hospitalares de Ginecologia (relacionados com funções e doenças que afetam o sistema reprodutor feminino) bem como os serviços hospitalares de maternidade (cuidados prestados durante a gravidez, parto e pós-parto) em Liverpool.

A maior parte destes cuidados são prestados no Liverpool Women’s Hospital. Embora os cuidados de Maternidade e Ginecologia sejam igualmente prestados noutros hospitais locais, incluindo Whiston Hospital, Ormskirk Hospital ou Wirral Women and Children’s Hospital (Arrowe Park), esses serviços não são analisados neste questionário.

**Envie este questionário até**

**Terça-feira, 26 de novembro de 2024.**

**Como serão tratados os meus dados?**

O NHS Cheshire and Merseyside Integrated Care Board (ICB), a organização que planeia os serviços de saúde na nossa área, nomeou uma empresa independente, a Hood & Woolf Ltd., para gerir este questionário e comunicar as respetivas respostas. As respostas de caráter pessoal serão anónimas e não será identificada. As respostas de caráter oficial (por exemplo, se responder em nome de uma organização), poderão ser identificáveis.  
  
Todas as perguntas são opcionais e todas as informações que fornecer serão tratadas pela empresa independente de acordo com as orientações mais recentes relativas à proteção de dados. As informações serão utilizadas apenas para fins de recolha das suas opiniões sobre os serviços hospitalares de Ginecologia e Maternidade em Liverpool e quaisquer dados pessoais que a possam identificar serão conservados durante o prazo máximo de um ano. Viste [www.hoodwoolf.co.uk/privacy-policy](http://www.hoodwoolf.co.uk/privacy-policy) para mais informações.

**Secção 1. A sua opinião sobre a necessidade de mudança**

Depois de ler a informação em ***Melhoria dos serviços hospitalares de Ginecologia e Maternidade em Liverpool***, responda às perguntas seguintes.

1. **Considera que descrevemos de forma clara por que os serviços hospitalares de Ginecologia e Maternidade devem mudar?** Assinale apenas uma caixa.

|  |  |
| --- | --- |
| Sim – totalmente |  |
| Sim – parcialmente |  |
| Não |  |
| Não tenho a certeza |  |

Se respondeu Sim – totalmente, vá para a pergunta 2.

Se respondeu Parcialmente, Não, ou Não tenha certeza, **de que modo a informação deveria ser mais clara?** Assinale todas as caixas aplicáveis.

|  |  |
| --- | --- |
| Demasiado jargão |  |
| A forma como o conteúdo está disposto dificulta a leitura |  |
| Tem demasiada informação |  |
| Não tem informação suficiente |  |
| Não gosto do design |  |

Outros (especifique):

|  |
| --- |
|  |

1. **Em que medida concorda ou discorda desta afirmação:**

**O NHS deve efetuar mudanças nos serviços hospitalares de Ginecologia e Maternidade em Liverpool.**

Assinale apenas uma caixa. Poderá explicar melhor a sua resposta na pergunta 5.

|  |  |
| --- | --- |
| Concordo completamente |  |
| Concordo parcialmente |  |
| Nem concordo nem discordo |  |
| Discordo parcialmente |  |
| Discordo completamente |  |
| Não sei |  |

1. **Em relação ao futuro dos serviços hospitalares de Ginecologia e Maternidade em Liverpool, quais são os três aspetos mais importantes para si?**

|  |
| --- |
| Um: |
| Dois: |
| Três: |

1. **Quer acrescentar algo sobre os desafios que enfrentam os serviços hospitalares de Ginecologia e Maternidade em Liverpool?** Responsa na caixa a seguir.

|  |
| --- |
|  |

**Secção 2 - A sua experiência**

1. **Utilizou, ou alguém próximo, os serviços hospitalares de Ginecologia e/ou os serviços hospitalares de Maternidade em Liverpool?** A maior parte destes cuidados são prestados no Liverpool Women’s Hospital – não nos estamos a referir aos serviços de Maternidade e Ginecologia prestados noutros hospitais locais incluindo Whiston Hospital, Ormskirk Hospital ou Wirral Women and Children’s Hospital (Arrowe Park). Assinale todas as caixas aplicáveis.

|  |  |
| --- | --- |
| Utilizei/estou a utilizar os serviços hospitalares de Ginecologia em Liverpool |  |
| Utilizei/estou a utilizar os serviços hospitalares de Maternidade em Liverpool |  |
| Alguém próximo utilizou/está a utilizar os serviços hospitalares de Ginecologia em Liverpool |  |
| Alguém próximo utilizou/está a utilizar os serviços hospitalares de Maternidade em Liverpool |  |
| Trabalho – ou trabalho em parceria – nos serviços hospitalares de Ginecologia e Maternidade em Liverpool |  |
| Quero dar a minha opinião, mas não tive qualquer experiência nestes serviços em Liverpool |  |
| Não aplicável – estou a responder em nome de uma organização |  |

1. **Se já teve experiência destes serviços, como classificaria a sua experiência – ou a de alguém próximo – de usar os serviços hospitalares de Ginecologia e Maternidade em Liverpool? Foi:**

Assinale apenas uma caixa, se aplicável.

|  |  |
| --- | --- |
| Muito positiva |  |
| Positiva |  |
| Neutra |  |
| Negativa |  |
| Muito negativa |  |
| Não sei |  |

1. **Conte-nos mais sobre a sua experiência (ou sobre a de alguém próximo) – quer o que correu bem como o que poderia melhorar.**Se tiver dúvidas ou preocupações sobre os cuidados que está atualmente a receber, contacte o hospital ou organização que presta diretamente os seus cuidados.

Responda na caixa a seguir e continue noutra folha, se necessário.

|  |
| --- |
|  |

1. **Quando utilizou os serviços hospitalares de Ginecologia e/ou Maternidade, sentiu, ou alguém próximo, algum tipo de desvantagem face a outras pessoas?** Assinale apenas uma caixa, se aplicável.

|  |  |
| --- | --- |
| Sim |  |
| Não |  |
| Não tenho a certeza |  |

1. Conte-nos mais na caixa a seguir:

**Secção 3 – Sobre si**

1. **Como soube deste questionário?**Assinale todas as caixas aplicáveis.

|  |  |
| --- | --- |
| Email ou mensagem do NHS |  |
| Tirei um folheto |  |
| Redes sociais |  |
| Site do NHS |  |
| Um voluntário/a do hospital |  |
| Media locais (por exemplo, jornais locais ou rádio local) |  |
| Passa-palavra |  |
| Healthwatch |  |
| Organização comunitária ou de voluntariado |  |
| Não sei |  |

Se soube noutro meio, especifique-o aqui:

1. **Diga-nos o que se aplica a si:**

|  |  |
| --- | --- |
| Li o folheto de resumo "Melhoria dos serviços hospitalares de Ginecologia e Maternidade em Liverpool" |  |
| Li a versão de leitura simplificada do folheto |  |
| Consultei [www.GynaeAndMaternityLiverpool.nhs.uk](http://www.GynaeAndMaternityLiverpool.nhs.uk) |  |
| Participei – ou pretendo participar – num dos eventos de envolvimento durante o mês de novembro. |  |
| Li o documento integral de necessidade de mudança (mais de 90 páginas) |  |
| Nenhuma das anteriores |  |

1. Quais são os primeiros caracteres do seu código postal? (Por exemplo, L8 7 ou L19 2)
2. Em que zona vive?

|  |  |
| --- | --- |
| Cheshire East |  |
| Cheshire West |  |
| Halton |  |
| Knowsley |  |
| Liverpool |  |
| Sefton |  |
| St Helens |  |
| Warrington |  |
| Wirral |  |

Outra – especifique:

1. É profissional de cuidados de saúde ou de serviços sociais?

|  |  |
| --- | --- |
| Sim |  |
| Não |  |

**Se é profissional de cuidados de saúde ou de serviços sociais, onde trabalha?**

Se desejar receber atualizações sobre este questionário, registe-se no grupo de referência virtual em [www.GynaeAndMaternityLiverpool.nhs.uk/get-involved/](http://www.GynaeAndMaternityLiverpool.nhs.uk/get-involved/)

**Secção 4. Monitorização de igualdade**

Colocamos estas perguntas porque queremos garantir que questionamos muitas pessoas diferentes sobre as suas opiniões.

Todas as informações que nos faculta serão registadas e comunicadas de forma anónima – nunca serão usadas com o seu nome ou contactos. O NHS Cheshire and Merseyside recolhe estes dados no exercício do seu dever nos termos do Equality Act 2010.

Os seus dados serão tratados de forma confidencial e armazenados segundo a legislação em matéria de proteção de dados e a declaração de confidencialidade da Hood & Woolf Ltd. em [www.hoodwoolf.co.uk/privacy-policy/](http://www.hoodwoolf.co.uk/privacy-policy/)

Não é obrigatório responder a todas as perguntas se não o desejar.

1. **Qual é o seu grupo étnico?** Escolha a opção que melhor descreve o seu grupo étnico ou antecedentes.

|  |  |
| --- | --- |
| Branco: inglês(a)/galês(a)/escocês(a)/irlandês(a) do Norte/britânico(a) |  |
| Branco: irlandês(a) |  |
| Branco: cigano(a) ou nómada irlandês(a) |  |
| Branco: outros antecedentes brancos (especifique a seguir) |  |
| Misto/Vários grupos étnicos: branco(a) e negro(a) caribenho(a) |  |
| Misto/Vários grupos étnicos: branco(a) e negro(a) africano(a) |  |
| Misto/Vários grupos étnicos: branco(a) e negro(a) asiático(a) |  |
| Misto/Vários grupos étnicos: outros antecedentes mistos/de vários grupos étnicos (especifique a seguir) |  |
| Asiático/britânico asiático: indiano(a) |  |
| Asiático/britânico asiático: paquistanês(a) |  |
| Asiático/britânico asiático: bangladechiano(a) |  |
| Asiático/britânico asiático: chinês(a) |  |
| Asiático/britânico asiático: outros antecedentes asiáticos (especifique a seguir) |  |
| Negro/africano/caribenho/britânico asiático: africano(a) |  |
| Negro/africano/caribenho/britânico asiático: caribenho(a) |  |
| Negro/africano/caribenho/britânico asiático: outros antecedentes negros/africanos/caribenhos/britânicos asiáticos (especifique a seguir) |  |
| Outro grupo étnico: árabe |  |
| Prefiro não responder |  |

Outro grupo étnico (especifique a seguir):

1. **Que idade tem?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 16 - 19 |  |  | 55 - 59 |  |
| 20 - 24 |  | 60 - 64 |  |
| 25 - 29 |  | 65 - 69 |  |
| 30 - 34 |  | 70 - 74 |  |
| 35 - 39 |  | 75 - 79 |  |
| 40 - 44 |  | 80 ou mais |  |
| 45 - 49 |  | Prefiro não responder |  |
| 50 - 54 |  |

1. **Qual é a sua religião ou crença?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sem religião |  |
| Cristão(ã) (incluindo Igreja Anglicana, Igreja Católica, protestante e restantes confissões cristãs) |  |
| Budista |  |
| Hindu |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Muçulmano(a) |  |
| Sikh |  |
| Prefiro não responder |  |
| Outros (especifique): | |

1. **Como se identifica?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Masculino |  |  | Não binário |  |
| Feminino |  | Não conformidade de género |  |
| Homem transgénero |  | Prefiro não responder |  |
| Mulher transgénero |  | Outros (especifique): | |
| Não binário |  |  |
| Não conformidade de género |  |  |

1. **Qual é a sua orientação sexual?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Heterossexual |  |  | Prefiro não responder |  |
| Lésbica |  | Outros (especifique): | |
| Homossexual |  |
| Bissexual |  |
| Assexual |  |  |

1. **Qual é o seu estado civil?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Casado(a) |  |  | Viúvo(a) |  |
| União de facto |  | Prefiro não responder |  |
| Solteiro(a) |  | Outro (especifique) | |
| Divorciado(a) |  |
| A viver com parceiro(a) |  |  |
| Separado(a) |  |  |

1. **O Equality Act 2010 protege as pessoas grávidas ou que tenham dado à luz num período de 26 semanas. Está grávida neste momento?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sim |  |
| Não |  |
| Prefiro não responder |  |

1. **O Equality Act 2010 protege as pessoas grávidas ou que tenham dado à luz num período de 26 semanas. Deu à luz recentemente? (nos últimos seis meses)**

|  |  |
| --- | --- |
| Sim |  |
| Não |  |
| Prefiro não responder |  |

1. **As suas atividades quotidianas são limitadas devido a um problema de saúde ou deficiência que durou, ou previsto durar, pelo menos 12 meses?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sim, muito limitadas |  |
| Sim, ligeiramente limitadas |  |
| Não |  |
| Prefiro não responder |  |

1. **Considera que possui uma deficiência?** *(*O Equality Act 2010 define uma pessoa com deficiência como alguém com uma perturbação física ou mental que tem um efeito negativo ‘substancial’ e a ‘longo prazo’ (mais de 12 meses) na sua capacidade de realizar as atividades normais do dia a dia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Deficiência física |  |  | Prefiro não responder |  |
| Deficiência sensorial (por ex., pessoa surda, com deficiência auditiva, pessoa cega, com deficiência visual) |  | Outros (especifique): | |
| Doença de saúde mental |  |
| Deficiência intelectual ou dificuldades de aprendizagem |  |
| Doença crónica (por ex., cancro, diabetes, DPOC) |  |  |

1. **Presta cuidados a alguém?** Cuidador/a refere-se a alguém que cuida, de forma não remunerada (ou recebendo subsídio por assistência - Carer’s Allowance, mas não como profissional registado como prestador/a de cuidados), de um amigo/a ou familiar que, por motivo de doença, deficiência, problema de saúde mental ou dependência, não consegue viver sem o seu apoio.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sim - assistência a jovem(ns) com 24 anos de idade e inferior |  |  | Não |  |
| Sim - assistência a adulto/a(s) com 25 a 49 anos de idade |  | Prefiro não responder |  |
| Assistência a pessoa(s) idosa(s) com 50 anos de idade e superior |  |  | |

1. **Já serviu no serviço militar?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sim |  |
| Não |  |
| Prefiro não responder |  |

Envie este questionário para:

NHS Cheshire and Merseyside

920 Centre Park

Warrington

WA1 1QY

A data final para receber as suas respostas é meia-noite de **terça-feira, 26 de novembro de 2024**. Envie o questionário por correio com antecedência.

**Muito obrigado pelo tempo que dedicou a este questionário. Utilizaremos o seu feedback no desenvolvimento de planos sobre a forma como os serviços devem ser prestados no futuro.**