

PNAD Contínua

Questionário do tema

COVID-19

1º trimestre de 2023

PARTE S15 - MÓDULO DE COVID-19

(Para moradores de 5 anos ou mais de idade)

LEIA:

Agora gostaria de conversar sobre a covid-19. Vou fazer umas perguntas sobre vacinação.

1. (SE 1 ≤ ENTREVISTA ≤ 5) ____ tomou vacina contra a covid-19? (S15001)

1. Sim (siga 2) 2. Não (passe ao 5) 3. Não sabe (passe ao 6)

2. (SE 1 ≤ ENTREVISTA ≤ 5). Quantas doses de vacina contra a covid-19 ____ tomou, incluindo as doses de reforço? (S15002)

1. 1 ou mais doses 2. Não sabe

a. Quantas doses? (S150021)

|__|__| Dose(s)

(Siga 3.)

3. (SE 1 ≤ ENTREVISTA ≤ 5) ____ tomou todas as doses de vacina contra a covid-19 recomendadas até o momento, incluindo as doses de reforço? (S15003)

1. Sim (passe ao 6) 2. Não (siga 4) 3. Não sabe (passe ao 6)

4. (SE 1 ≤ ENTREVISTA ≤ 5). Qual o principal motivo de ____ não ter tomado todas as doses de vacina contra a covid-19 recomendadas até o momento, incluindo as doses de reforço? (S15004)

1. Está aguardando ou não completou o intervalo para tomar a próxima dose
2. Medo de reação adversa ou teve reação forte em dose anterior
3. A vacina que queria não estava disponível
4. Serviço de saúde não está aberto quando pode ir ou é distante
5. Por esquecimento ou falta de tempo
6. Não acha necessário/ tomou as doses que gostaria / por não confiar na vacina
7. Por recomendação de profissional de saúde
8. Outro.

(Passe ao 6.)

5. (SE 1 ≤ ENTREVISTA ≤ 5). Qual o principal motivo de ____ não ter tomado vacina contra a covid-19? (S15005)

1. Medo de reação adversa ou de injeção
2. Não confia ou não acredita na vacina
3. Não tinha a vacina que queria tomar
4. Por recomendação de profissional de saúde
5. Não acha necessário/ acredita na imunidade/ já teve covid
6. Outro.

(Siga 6.)

LEIA:

As perguntas a seguir querem identificar se a pessoa teve ou considera que teve covid-19, pois nem sempre o teste estava disponível para ser realizado.

3. Tosse **(SD15003)**
4. Febre **(SD15004)**
5. Dor de Cabeça **(SD15005)**
6. Perda/alteração de olfato e paladar **(SD15006)**
7. Dor no corpo, muscular (mialgia) ou nas articulações **(SD15007)**
8. Problema de memória/atenção ou dificuldade na fala **(SD15008)**
9. Problema cardíaco (pressão alta/baixa, taquicardia etc.) **(SD15009)**
10. Insônia, ansiedade ou depressão **(SD15010)**
11. Queda de cabelo **(SD15011)**
12. Outro sintoma **(SD15012)**

(Encerre o módulo)