

# **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)