

**BLOCO 01**

**IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO**

**PARA USO DO IBGE**

USO DA DEGE			USO DO DEVIS/DIVIS	
ESTABELECIMENTO		03	CARIMBO DO MUNICÍPIO	
01	SITUAÇÃO	02	CONDICÃO DE FUNCIONAMENTO	
1	<input type="checkbox"/> Urbana	01	<input type="checkbox"/> Em atividade	
2	<input type="checkbox"/> Rural	02	<input type="checkbox"/> Paralisado	
		03	<input type="checkbox"/> Extinto	
		04	<input type="checkbox"/> Não objeto da pesquisa	
		04	DISTRITO	
		Nome		Cód.
		05	N° DE CADASTRO	
		06	TIPO DE ESTABELECIMENTO	08
				N° DO QUESTIONÁRIO
		07	N° DE BLOCOS	

**INSTRUÇÕES GERAIS**

Destina-se este questionário ao estabelecimento que presta serviços de saúde, com ou sem fins lucrativos, particular ou público, em regime de internação ou não. Somente as quadrículas correspondentes às respostas afirmativas devem ser assinaladas (com X). A inexistência de dado numérico será representada por meio de um traço horizontal (—). A impossibilidade de prestar alguma das informações solicitadas deve ser justificada no espaço reservado às "OBSERVAÇÕES". Qualquer dúvida sobre o preenchimento poderá ser esclarecida pelo Agente de Coleta do IBGE. Serão preenchidas duas vias deste questionário, ficando a 2ª via (cópia) em poder do Estabelecimento.

**BLOCO 02**

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

ITENS 01, 03 e 05 — O nome do estabelecimento, assim como a razão social deverão ser respondidos por completo, evitando, se possível, ABREVIATURAS OU SIGLAS

ITEM 04 — Usar as siglas convencionadas no próprio item

ITEM 06 — Em caso afirmativo, registrar as alterações no quadro de "OBSERVAÇÕES"

01 — NOME				02 — ANO DE INÍCIO DAS ATIVIDADES
03 — RAZÃO SOCIAL				
04 — ENDEREÇO Rua, Avenida (Av), Alameda (Alam.), Ladeira (Lad), Viela (Vi), Beco			CEP	TELEFONE
05 — ENTIDADE MANTENEDORA (Razão Social)				06 — HOUVE ALTERAÇÃO EM ALGUM DOS ITENS DESTA BLOCO? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não

**BLOCO 03**

**CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

ITENS 01 a 04 — Assinale apenas uma quadrícula em cada item

01 — ESPÉCIE	11 <input type="checkbox"/> Posto de saúde	13 <input type="checkbox"/> Policlínica ou posto de assistência médica	15 <input type="checkbox"/> Unidade mista	17 <input type="checkbox"/> Outra _____ (especificar)
02 — NATUREZA JURÍDICA	12 <input type="checkbox"/> Centro de saúde	14 <input type="checkbox"/> Pronto-socorro	16 <input type="checkbox"/> Hospital	
03 — CLASSIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO OU DA ENTIDADE MANTENEDORA	21 <input type="checkbox"/> Fundação	23 <input type="checkbox"/> Empresa pública	25 <input type="checkbox"/> Sindicato	27 <input type="checkbox"/> Sociedade filantrópica
	22 <input type="checkbox"/> Autarquia	24 <input type="checkbox"/> Administração direta	26 <input type="checkbox"/> Sociedade beneficente	28 <input type="checkbox"/> Sociedade com fins lucrativos
	31 <input type="checkbox"/> Federal	32 <input type="checkbox"/> Estadual	33 <input type="checkbox"/> Municipal	34 <input type="checkbox"/> Particular
04 — REGIME	41 <input type="checkbox"/> Com internação	42 <input type="checkbox"/> Sem internação	CONTROLE 99	

**BLOCO 04**

**CONVÊNIO E ATENDIMENTO**

ITEM 01 — CONVÊNIO ASSISTENCIAIS — Assinale a(s) quadrícula(s) correspondente(s) ao(s) órgão(s) de previdência com o(s) qual(is) o estabelecimento mantém CONVÊNIO para prestação de assistência

ITEM 02 — FAIXA ETÁRIA DO ATENDIMENTO — Assinale apenas uma quadrícula indicativa da faixa de idade dos pacientes a que se destina o estabelecimento

01 — CONVÊNIO ASSISTENCIAIS	11 <input type="checkbox"/> INAMPS	13 <input type="checkbox"/> FUNAI	15 <input type="checkbox"/> Órgão Municipal	17 <input type="checkbox"/> Particular	19 <input type="checkbox"/> Não tem
	12 <input type="checkbox"/> INAMPS/ Empresa	14 <input type="checkbox"/> Órgão Estadual	16 <input type="checkbox"/> Patronal	18 <input type="checkbox"/> Outro _____ (especificar)	
02 — FAIXA ETÁRIA DO ATENDIMENTO	21 <input type="checkbox"/> Até 14 anos	22 <input type="checkbox"/> 15 anos e mais	23 <input type="checkbox"/> Todas as idades	CONTROLE 99	

**BLOCO 05**

**ATIVIDADES, CATEGORIA E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS EXISTENTES NO ESTABELECIMENTO**

**ITEM 01 — ATIVIDADES** — Assinale a(s) quadrícula(s) correspondente(s) à(s) atividade(s) do estabelecimento, observando-se as conceituações

- 11 — Terapêutica — quando se dedica a tratamento ou consulta, destinados a remover ou minorar situação de enfermidade já existente;
- 12 — Preventiva — quando se dedica a impedir e/ou controlar a instalação ou propagação de entidades mórbidas e a atuar na promoção de saúde da comunidade;
- 13 — Reabilitação — quando se dedica a promover a reabilitação de deficiências de órgão ou função do corpo humano e a minorar ou remover conseqüências de seqüelas de entidades mórbidas;
- 14 — Ensino — quando se dedica à formação, treinamento, aperfeiçoamento ou especialização de profissionais de saúde de forma regular e autorizada;
- 15 — Pesquisa — quando se dedica ao desenvolvimento de novos métodos, técnicas e instrumentos terapêuticos, didáticos e científicos

11  Terapêutica      12  Preventiva      13  Reabilitação      14  Ensino      15  Pesquisa

**ITEM 02 — CATEGORIA** — Assinale apenas uma quadrícula, observando que:

- 21 — Geral — estabelecimento capacitado a prestar assistência de saúde, com ou sem internação, pelo menos nos Quatro (4) Serviços Assistenciais Básicos Existentes (Clínica Médica, Cirúrgica, Obstétrica e Pediátrica);
- 22 — Especializado com uma especialização — estabelecimento capacitado a prestar assistência de saúde em apenas uma especialização, com ou sem internação;
- 23 — Especializado com duas ou mais especializações — estabelecimento capacitado a prestar assistência de saúde em duas ou mais especializações, com ou sem internação;
- 24 — Outra — estabelecimento capacitado a prestar serviço(s) assistencial(is) de saúde sem especialização e sem internação. Ex: Postos de vacinação, exames periódicos, etc.

21  Geral      22  Especializado com uma especialização      23  Especializado com duas ou mais especializações      24  Outra

**ITEM 03 — SERVIÇOS ASSISTENCIAIS EXISTENTES NO ESTABELECIMENTO** (preenchimento obrigatório a todos os estabelecimentos) — Assinale todos os serviços existentes no estabelecimento.

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| 01 <input type="checkbox"/> Aplicação de vacinas   | 12 <input type="checkbox"/> Endocrinologia    | 23 <input type="checkbox"/> Nefrologia           | 34 <input type="checkbox"/> Radiologia                |
| 02 <input type="checkbox"/> Análises clínicas      | 13 <input type="checkbox"/> Endoscopia        | 24 <input type="checkbox"/> Neurologia           | 35 <input type="checkbox"/> Radioterapia              |
| 03 <input type="checkbox"/> Anatomia patológica    | 14 <input type="checkbox"/> Ensino            | 25 <input type="checkbox"/> Obstetrícia          | 36 <input type="checkbox"/> Reabilitação motora       |
| 04 <input type="checkbox"/> Anestesia              | 15 <input type="checkbox"/> Fisioterapia      | 26 <input type="checkbox"/> Odontologia          | 37 <input type="checkbox"/> Reumatologia              |
| 05 <input type="checkbox"/> Angiologia             | 16 <input type="checkbox"/> Fisioterapia      | 27 <input type="checkbox"/> Oftalmologia         | 38 <input type="checkbox"/> Tísio-pneumologia         |
| 06 <input type="checkbox"/> Cardiologia            | 17 <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia    | 28 <input type="checkbox"/> Oncologia            | 39 <input type="checkbox"/> Traumatologia-ortopedia   |
| 07 <input type="checkbox"/> Cirurgia               | 18 <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | 29 <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia | 40 <input type="checkbox"/> Terapia intensiva         |
| 08 <input type="checkbox"/> Clínica médica         | 19 <input type="checkbox"/> Geriatria         | 30 <input type="checkbox"/> Pediatria            | 41 <input type="checkbox"/> Urologia                  |
| 09 <input type="checkbox"/> Dermatologia           | 20 <input type="checkbox"/> Ginecologia       | 31 <input type="checkbox"/> Pesquisa             | 42 <input type="checkbox"/> Outro ----- (especificar) |
| 10 <input type="checkbox"/> Dermatologia sanitária | 21 <input type="checkbox"/> Hemoterapia       | 32 <input type="checkbox"/> Proctologia          |   |
| 11 <input type="checkbox"/> Doenças transmissíveis | 22 <input type="checkbox"/> Medicina nuclear  | 33 <input type="checkbox"/> Psiquiatria          |   |

**CONTROLE 99**

**BLOCO 06**

**ESPECIALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

Este bloco será preenchido pelo estabelecimento que se enquadre em uma das categorias: especializado com uma especialização ou especializado com duas ou mais especializações.

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| 01 <input type="checkbox"/> Angiologia             | 10 <input type="checkbox"/> Endoscopia              | 19 <input type="checkbox"/> Oftalmologia         |   |
| 02 <input type="checkbox"/> Cardiologia            | 11 <input type="checkbox"/> Gastroenterologia       | 20 <input type="checkbox"/> Oncologia            | 28 <input type="checkbox"/> Traumatologia-ortopedia   |
| 03 <input type="checkbox"/> Cirurgia               | 12 <input type="checkbox"/> Geriatria               | 21 <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia |   |
| 04 <input type="checkbox"/> Cirurgia plástica      | 13 <input type="checkbox"/> Ginecologia/obstetrícia | 22 <input type="checkbox"/> Pediatria            | 29 <input type="checkbox"/> Urologia                  |
| 05 <input type="checkbox"/> Clínica médica         | 14 <input type="checkbox"/> Hematologia             | 23 <input type="checkbox"/> Proctologia          |   |
| 06 <input type="checkbox"/> Dermatologia           | 15 <input type="checkbox"/> Medicina nuclear        | 24 <input type="checkbox"/> Psiquiatria          | 30 <input type="checkbox"/> Outra ----- (especificar) |
| 07 <input type="checkbox"/> Dermatologia sanitária | 16 <input type="checkbox"/> Nefrologia              | 25 <input type="checkbox"/> Reabilitação motora  |   |
| 08 <input type="checkbox"/> Doenças transmissíveis | 17 <input type="checkbox"/> Neurologia              | 26 <input type="checkbox"/> Reumatologia         |   |
| 09 <input type="checkbox"/> Endocrinologia         | 18 <input type="checkbox"/> Odontologia             | 27 <input type="checkbox"/> Tísio-pneumologia    |   |

**CONTROLE 99**

**BLOCO 07**

**LABORATÓRIOS, SERVIÇOS E INSTALAÇÕES AUXILIARES EXISTENTES**

Assinale os Laboratórios, os Serviços e as Instalações Auxiliares Existentes No caso de "outro laboratório", especifique na quadrícula 18

- |                             |  |  |  |   |                                     |
|-----------------------------|--|--|--|---|-------------------------------------|
| 01 — LABORATÓRIOS           | 11 <input type="checkbox"/> Análises clínicas              | 13 <input type="checkbox"/> Bacteriologia                        | 15 <input type="checkbox"/> Hematologia                          | 17 <input type="checkbox"/> Parasitologia             | 19 <input type="checkbox"/> Não tem |
|                             | 12 <input type="checkbox"/> Anatomia patológica            | 14 <input type="checkbox"/> Bioquímica                           | 16 <input type="checkbox"/> Imunologia                           | 18 <input type="checkbox"/> Outro ----- (especificar) |                                     |
| 02 — SERVIÇOS AUXILIARES    | 21 <input type="checkbox"/> Serviço de registro            | 22 <input type="checkbox"/> Serviço de arquivo médico (SAME)     | 23 <input type="checkbox"/> Farmácia ou depósito de medicamentos | 24 <input type="checkbox"/> Lactário                  | 25 <input type="checkbox"/> Creche  |
|                             |  |  |  | 26 <input type="checkbox"/> Não tem                   |                                     |
| 03 — INSTALAÇÕES AUXILIARES | 31 <input type="checkbox"/> Cozinha                        | 33 <input type="checkbox"/> Lavanderia                           | 35 <input type="checkbox"/> Caldeira                             | 37 <input type="checkbox"/> Biblioteca                |                                     |
|                             | 32 <input type="checkbox"/> Instalação central de oxigênio | 34 <input type="checkbox"/> Gerador auxiliar de energia elétrica | 36 <input type="checkbox"/> Oficina de manutenção                | 38 <input type="checkbox"/> Não tem                   |                                     |

**CONTROLE 99**

**BLOCO 08 CONSULTÓRIOS E SALAS EXISTENTES**

Registre o número de consultórios e salas existentes, integrantes do estabelecimento, destinados ao diagnóstico de pacientes externos.

ESPÉCIE	CÓD	NÚMERO
Consultório médico . . . . .	11	<input type="text"/>
Consultório odontológico . . . . .	12	<input type="text"/>
Consultório de enfermagem . . . . .	13	<input type="text"/>
Sala de curativo . . . . .	14	<input type="text"/>
Sala de imunização . . . . .	15	<input type="text"/>
Sala de curativo e imunização . . . . .	16	<input type="text"/>
<b>CONTROLE</b>	19	<input type="text"/>

**BLOCO 09 ATENDIMENTO A PACIENTES EXTERNOS NO ANO**

Registre o número de Pacientes e de Consultas durante o ano de 1984, por Espécie de Atendimento

ESPÉCIE	NÚMERO			
	Cód.	Pacientes	Cód.	Consultas
Médico . . . . .	11	<input type="text"/>	21	<input type="text"/>
Odontológico . . . . .	12	<input type="text"/>	22	<input type="text"/>
Emergência médica . . . . .	13	<input type="text"/>	23	<input type="text"/>
Emergência odontológica . . . . .	14	<input type="text"/>	24	<input type="text"/>
Gestante/puérpera . . . . .	15	<input type="text"/>	25	<input type="text"/>
<b>CONTROLE</b>	19	<input type="text"/>	29	<input type="text"/>

**ATENÇÃO**

ESTA PAGINA SÓ DEVERÁ SER PREENCHIDA PELO ESTABELECIMENTO QUE PRESTA ASSISTÊNCIA EM REGIME DE INTERNAÇÃO

**BLOCO 10**

**CAPACIDADE FÍSICA EXISTENTE PARA INTERNAÇÃO**

Registre o número de cada espécie existente no estabelecimento. Considere como leito comum qualquer cama existente nos quartos e enfermarias, destinada a paciente internado. Não serão computados os leitos destinados a acompanhantes, as macas e as camas para consultas

01	ESPÉCIE	CÓD	NÚMERO	02	ESPÉCIE	CÓD	NÚMERO
	Quarto com 1 leito .....	11			Leito comum .....	21	
	Quarto com 2 leitos .....	12			Berço aquecido .....	22	
	Enfermaria (com 3 leitos e mais) .....	13			Incubadora .....	23	
	Sala de cirurgia .....	14		03	ESPÉCIE	CÓD	NÚMERO
	Sala de parto .....	15			Berço (para recém-nascido sadio) .....	31	
	<b>CONTROLE</b>	19			<b>CONTROLE</b>	39	

**BLOCO 11**

**MOVIMENTO GERAL DO ESTABELECIMENTO**

**ITEM 01 — MOVIMENTO DAS INTERNAÇÕES** — Registre o número de pacientes internados em 31-12-1983 que continuaram no estabelecimento, pelo menos até o dia 01-01-1984, o número de pacientes internados durante o ano de 1984 e o número de pacientes existentes em 31-12-1984

**ITEM 02 — OUTRAS OCORRÊNCIAS NO ANO** — Registre o número de nascidos vivos e de óbitos fetais (independentemente da duração da gravidez) ocorridos no ano de 1984. Registre o número de necropsias realizadas em pessoas que estiveram internadas e faleceram no estabelecimento

01	MOVIMENTO DAS INTERNAÇÕES	CÓD	NÚMERO	02	OUTRAS OCORRÊNCIAS NO ANO	CÓD	NÚMERO
	Pacientes existentes em 31-12-1983 .....	11			Nascidos vivos .....	21	
	Pacientes internados durante o ano de 1984 .....	12			Óbitos fetais .....	22	
	Pacientes existentes em 31-12-1984 .....	13			Necropsias realizadas .....	23	
	<b>CONTROLE</b>	19			<b>CONTROLE</b>	29	

**BLOCO 12**

**LEITOS EXISTENTES EM 31-12-1984 E MOVIMENTO DE PACIENTES NO ANO**

Registre, segundo os serviços prestados, o total de leitos existentes — total de leitos comuns + berços aquecidos e + incubadoras — exclusive os leitos destinados a acompanhantes e os berços (para recém-nascidos sadios), as macas e as camas para consultas. Saída de pacientes — total de altas concedidas e óbitos ocorridos durante o ano de 1984. Pacientes — dia — soma dos totais diários de pacientes que se encontravam internados em 1984 (não devem ser incluídas as crianças sadias nascidas no estabelecimento)

SERVIÇO	CÓD	LEITOS EXISTENTES EM 31-12-1984	MOVIMENTO DE PACIENTES NO ANO					
			Saída de Pacientes				Cód	Pacientes/Dia
			Cód	Altas	Cód	Óbitos		
Clínica cirúrgica .....	10		20		30		40	
Clínica gineco-obstétrica .....	11		21		31		41	
Clínica médica .....	12		22		32		42	
Clínica pediátrica .....	13		23		33		43	
Dermatologia sanitária .....	14		24		34		44	
Oncologia .....	15		25		35		45	
Psiquiatria .....	16		26		36		46	
Tísio-pneumologia .....	17		27		37		47	
Outro .....	18		28		38		48	
Indiferenciado .....	19		29		39		49	
<b>CONTROLE</b>	59		69		79		89	

BLOCO 13 LOTAÇÃO DE PESSOAL EM 31-12-1984			INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DOS BLOCOS 13 E 14		
ÁREA DE ATUAÇÃO	CÓD	NÚMERO	<b>BLOCO 13 — LOTAÇÃO DE PESSOAL</b> — ÁREA DE ATUAÇÃO — Pessoas envolvidas na administração, apoio, atendimento direto e serviços gerais — Registrar o total de pessoas ocupadas no estabelecimento, considerando apenas a ocupação principal exercida em 31-12-1984, nas diversas áreas de atuação <b>BLOCO 14 — OCUPAÇÃO</b> — Registrar nos três (3) itens, o número de pessoas ocupadas no estabelecimento por tipo de ocupação ITEM 01 — NÍVEL SUPERIOR — Pessoas que tenham ou não nível superior e que exerçam uma das ocupações discriminadas neste item ITEM 02 — NÍVEL INTERMEDIÁRIO — Pessoas que tenham ou não nível de 2º grau e que exerçam uma das ocupações discriminadas neste item ITEM 03 — QUALIFICAÇÃO ELEMENTAR — Pessoas que tenham ou não nível de 1º grau, inclusive sem instrução, e que exerçam uma das ocupações discriminadas neste item		
Administração .....	10				
AP010 Ao diagnóstico .....	11				
Terapêutico .....	12				
Atendimento direto .....	13				
Serviços gerais .....	14				
<b>CONTROLE</b>	19				

BLOCO 14 PESSOAL POR OCUPAÇÃO EM 31-12-1984											
01	NÍVEL SUPERIOR	CÓD	NÚMERO	02	NÍVEL INTERMEDIÁRIO	CÓD	NÚMERO	03	QUALIFICAÇÃO ELEMENTAR	CÓD	NÚMERO
	Assistente social .....	10			Auxiliar de enfermagem .....	20					
	Enfermeiro .....	11			Auxiliar de saneamento .....	21			Agente de saúde pública .....	30	
	Farmacêutico .....	12			Técnico ou auxiliar de laboratório de análises clínicas .....	22			Atendente ou auxiliar operacional de serviços .....	31	
	Nutricionista .....	13			Técnico ou auxiliar de Raio X .....	23			Parteira prática .....	32	
	Médico .. .. .	14			Técnico de enfermagem .....	24			Visitadora sanitária .....	33	
	Odontólogo .. .. .	15			Técnico de saneamento ou inspetor sanitário .. .. .	25			Outra .....	34	
	Psicólogo .. .. .	16			Visitadora sanitária .....	26					
	Sanitarista .....	17			Outro .....	27					
	Outro .....	18									
	<b>CONTROLE</b>	19			<b>CONTROLE</b>	29			<b>CONTROLE</b>	39	

OBSERVAÇÕES			
Nº DO BLOCO	ITEM	CÓD	DESCRIÇÃO

AUTENTICAÇÃO	
Condição do informante .....	Data da entrega ___/___/___      Data da coleta ___/___/___
Nome do informante .....	Nome do Agente de Coleta .....
Assinatura do informante .....	Assinatura do Agente de Coleta .....