|  |  |
| --- | --- |
| **Importante:**Como o questionário é relativamente extenso e não há possibilidade de responder por partes, sugere-se que, antes de começar o preenchimento se tenha todos os dados necessários. Não esqueça de pressionar o botão GRAVAR ao final da pesquisa! | |
| \* **Preenchimento Obrigatório** |  |
| [**Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.**](javascript:popup('popup_contato.php?id_aplicacao=8853',430,310);) | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informações Iniciais**   |  | | --- | | Informações da instituição e da pessoa responsável pelo preenchimento do formulário. | | 1) **Estado:** \* | |  | | 2) **Responsável pelo preenchimento do formulário:** \* | |  | | 3) **Função/Cargo do responsável pelo preenchimento:** \* | |  | | 4) **E-mail para contato:** \*  Se possível, informe o e-mail institucional ex: tertuliano.paiva@saude.gov.br | |  | | 5) **Endereço da Vigilância Sanitária:** \* | |  | | 6) **CEP:** \*  **[http://formsus.datasus.gov.br/imagens/logo_correios.gif](http://www.buscacep.correios.com.br/servicos/dnec/index.do)** | |  | | 7) **Nome do Coordenador da Vigilância Sanitária:** \* | |  | | 8) **Área de formação do Coordenador de Vigilância Sanitária:** \* | |  | | 9) **Tempo no cargo de Coordenador de Vigilância Sanitária:** \* | |  | | 10) **Vínculo do Coordenador de Vigilância Sanitária:** \* | | Efetivo (Concursado) Cargo Comissionado | | 11) **Telefone:** \*  Informe ddd e número - apenas números | |  | | 12) **População:** \* | | Até 10 mill habitantes Entre 10 e 20 mil habitantes Entre 20 e 50 mil habitantes Entre 50 e 100 mil habitantes Entre 100 e 500 mil habitantes Acima de 500 mil habitantes | |
| **Legislação Municipal**   |  | | --- | | Legislação Municipal de cada município | | 13) **Existe Lei criando o Serviço Municipal de Vigilância Sanitária?** \* | | Sim Não | | 14) **Existe Código Sanitário Municipal?** \* | | Sim Não | | 15) **Existe lei regulamentando cobrança de taxas?** \* | | Sim Não | |
| **Vigilância Sanitária na Secretaria Municipal de Saúde**   |  | | --- | | Situação da Vigilância Sanitária perante a Secretaria Municipal de Saúde | | 16) **Visa consta formalmente no organograma da Secretária Municipal de Saúde?** \* | | Sim Não | | 17) **Visa consta formalmente no Regimento Interno da Secretária Municipal de Saúde?** \* | | Sim Não | | 18) **Visa faz parte da estrutura da Vigilância em Saúde?** \* | | Sim Não | |
| **Planejamento, Programação de Ações e espaços de Pactuação**   |  | | --- | | 19) **Realiza planejamento anual das ações de Visa?** \* | | Sim Não | | 20) **A realidade sanitária do Município é considerada no momento da elaboração do planejamento anual das ações de Vigilância Sanitária?** \* | | Sim Não | | 21) **A planejamento anual das ações de Visa leva em consideração o Plano de Saúde do Município?** \* | | Sim Não | | 22) **A Vigilância Sanitária possui estudo sobre o custo das ações de visa?** \* | | Sim Não | | 23) **A Visa participa do Planejamento da Vigilância em Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde?** \* | | Sim, de ambos. Sim, do planejamento da Vigilância em Saúde Sim, do planejamento da Secretaria Municipal de Saúde Não | | 24) **As ações de Visa integram o conjunto de ações da Programação Anual de Saúde?** \* | | Sim Não | | 25) **Existem diretrizes, objetivos e metas relacionadas à Vigilância Sanitária no Plano de Saúde de seu Município?** \* | | Sim Não | | 26) **Os resultados das ações de Visa constam do Relatório Anual de Gestão do Município?** \* | | Sim Não | |
| **Recursos Humanos**   |  | | --- | | 27) **Número de Profissionais lotados na Visa:** \* | |  | | 28) **Número de Profissionais Efetivos (concursados):** \* | |  | | 29) **Número de Servidores com Nível Superior:** \* | |  | | 30) **Número de Servidores com Nível Médio:** \*  Servidores lotados no cargo de Nível Médio, mesmo que tenha nível superior | |  | | 31) **Número de Servidores com dedicação exclusiva, que trabalham apenas na Vigilância Sanitária:** \* | |  | | 32) **Faixa Etária dos Servidores da Vigilância Sanitária:** \*  Informar o número de servidores em cada faixa etária | | Até 30 anos Entre 30 e 45 Entre 45 e 60 Mais de 60 | | 33) **Os servidores da Visa estão formalmente investidos na função de fiscal (possuem poder de polícia administrativa)?** \* | | Sim Não | | 34) **O quadro de servidores é adequado para o desenvolvimento das ações de Visa?** \* | | Sim Não | |
| **Recursos Financeiros**   |  | | --- | | 35) **A Vigilância Sanitária tem acesso e utiliza os recursos financeiros repassados pela União para o desenvolvimento de ações de Visa?** \* | | Sim Não | | 36) **O Município disponibiliza recurso para o desenvolvimento das ações de Visa? :** \*  Não considerar o repasse da União e pagamento de salários dos servidores da Vigilância Sanitária | | Sim Não | | 37) **O Estado repassa recursos financeiros adicionais para o Município realizar as ações de Visa?** \*  Não considerar o valor repassado pela União para execução de ações de Visa | | Sim Não | | 38) **O total de recursos disponibilizados pela União, estado e Município é suficiente para desenvolver as ações de Visa?** \* | | Sim Não | |
| **Estrutura física para funcionamento**   |  | | --- | | Estrutura física para funcionamento do Serviço de Vigilância Sanitária | | 39) **Dispõe de Sala própria?** \* | | Sim Não | | 40) **Dispõe de veículo para o desenvolvimento da ação de Visa? (automóvel, moto, barco, etc...):** \* | | Sim, em quantidade suficiente Sim, em quantidade insuficiente Sim, compartilhado com outras áreas da Secretaria de Saúde Não | | 41) **Dispõe de computador?** \* | | Sim Não | | 42) **Possui acesso à internet?** \* | | Sim Não | | 43) **Possui telefone para atendimento à população?** \* | | Sim, telefone próprio Sim, telefone da Secretária de Saúde Não | | 44) **Dispõe de equipamentos em quantidade adequada para realizar as ações de inspeção?** \*  Exemplos de equipamentos: termômetros, máquina fotográfica, blocos de auto/termo, envelopes e lacres para coleta de amostras, caixas térmicas, medidor de radiação ionizante, monoxímetro, GPS, freezer, geladeira, etc. | | Sim Não | |
| **Sistema de Informação e Cadastro**   |  | | --- | | 45) **Mantém Cadastro atualizado dos Estabelecimentos sujeitos à ação de Visa:** \* | | Sim Não | | 46) **Dispõe de Sistema de Informação implantado:** \* | | Sim Não | | 47) **Utiliza outros sistemas de informação para planejamento e priorização de risco nas ações de Visa?** \* | | Sim Não | |
| **Processo Administrativo Sanitário**   |  | | --- | | 48) **Possui técnicos treinados em Processo Administrativo Sanitário?** \* | | Sim Não | | 49) **Município instaura Processo Administrativo Sanitário?** \* | | Sim Não | | 50) **Possui Apoio/Assessoria Jurídica?** \* | | Sim, da própria Vigilância Sanitária Sim, da Secretaria Municipal de Saúde Sim, da Prefeitura Sim, do estado Não | |
| **Capacitação dos Servidores**   |  | | --- | | Número de servidores capacitados para realizar Ação Sanitária nos seguintes objetos de intervenção | | 51) **Processo Administrativo Sanitário:** \* | |  | | 52) **Serviço de Alimentação:** \* | |  | | 53) **Clínica Odontológica:** \* | |  | | 54) **Clínica de Radiodiagnóstico:** \* | |  | | 55) **Clínica de Radioterapia:** \* | |  | | 56) **Policlínica/Centro de Especialidades:** \* | |  | | 57) **Pronto Socorro:** \* | |  | | 58) **Unidade de Pronto Atendimento - UPA:** \* | |  | | 59) **Hospital :** \* | |  | | 60) **Drogaria:** \* | |  | | 61) **Farmácia:** \* | |  | | 62) **Distribuidora de Medicamentos:** \* | |  | | 63) **Laboratório de Análises Clínicas:** \* | |  | | 64) **Indústria de Alimentos:** \* | |  | | 65) **Indústria de Saneantes:** \* | |  | | 66) **Indústria de Cosméticos:** \* | |  | | 67) **Indústria de Medicamentos:** \* | |  | | 68) **Indústria de Produtos para Saúde:** \* | |  | | 69) **Serviço de Terapia Renal Substitutiva:** \* | |  | | 70) **Serviço de Hemoterapia:** \*  Considerar os seguintes serviços: Unidade de Coleta e Transfusão, Agências Transfusionais, Banco de Sangue e Hemocentro Coordenador | |  | | 71) **Investigação de Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos:** \* | |  | | 72) **Investigação de Surtos de Infecção em Serviços de Saúde:** \* | |  | | 73) **Investigação de Eventos Adversos e/ou Queixas Técnicas:** \* | |  | | 74) **Educação em Saúde:** \* | |  | | 75) **Outras:** \*  Descrever outras capacitações dos trabalhadores da Visa, se for o caso. | |  | |
| **Execução das Ações de Visa**   |  | | --- | | 76) **Visa libera licença e/ou alvará sanitário?** \* | | Sim Não | | 77) **Serviços de Alimentação:** \* | | Sim Não | | 78) **Serviços de Estética:** \*  Salão de Beleza, Clínica de Tatuagem e Piercing, etc. | | Sim Não | | 79) **Creche:** \* | | Sim Não | | 80) **Escola:** \* | | Sim Não | | 81) **Academia de Ginástica:** \* | | Sim Não Não se Aplica (marcar caso não exista no município) | | 82) **Clínica Odontológica:** \* | | Sim Não Não existe esse estabelecimento no município | | 83) **Clínica de Radiodiagnostico:** \* | | Sim Não Não existe esse estabelecimento no município | | 84) **Clínica de Radioterapia:** \* | | Sim Não Não existe esse estabelecimento no município | | 85) **Policlínicas/Centro de Especialidades:** \* | | Sim Não Não existe esse estabelecimento no município | | 86) **Pronto Socorro:** \* | | Sim Não Não existe esse estabelecimento no município | | 87) **Unidade de Pronto Atendimento - UPA:** \* | | Sim Não Não existe esse estabelecimento no município | | 88) **Hospital:** \* | | Sim Não Não existe esse estabelecimento no município | | 89) **Drogaria:** \* | | Sim Não Não existe esse estabelecimento no município | | 90) **Farmácia:** \* | | Sim Não Não existe esse estabelecimento no município | | 91) **Distribuidora de Medicamentos:** \* | | Sim Não Não existe esse estabelecimento no município | | 92) **Laboratórios de Análise Clínica:** \* | | Sim Não Não existe esse estabelecimento no município | | 93) **Indústria de Alimentos:** \* | | Sim Não Não existe esse estabelecimento no município | | 94) **Indústria de Saneantes:** \* | | Sim Não Não existe esse estabelecimento no município | | 95) **Indústria de Cosméticos:** \* | | Sim Não Não existe esse estabelecimento no município | | 96) **Indústria de Medicamentos:** \* | | Sim Não Não existe esse estabelecimento no município | | 97) **Indústria de Produtos para Saúde:** \* | | Sim Não Não existe esse estabelecimento no município | | 98) **Serviços de Terapia Renal Substitutiva:** \* | | Sim Não Não existe esse estabelecimento no município | | 99) **Serviços de Hemoterapia:** \*  Considerar os seguintes serviços: Unidade de Coleta e Transfusão, Agências Transfusionais, Banco de Sangue e Hemocentro Coordenador | | Sim Não Não existe esse estabelecimento no município | | 100) **Investigação de Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos:** \* | | Sim Não | | 101) **Investigação de Surtos de Infecção em Serviços de Saúde:** \* | | Sim Não | | 102) **Investigação de Eventos Adversos e/ou Queixas Técnicas:** \* | | Sim Não | | 103) **Outras:** \*  Descrever outras atividades relevantes desenvolvidas pela Visa. | |  | |
| **Relacionamento com a Vigilância Estadual**   |  | | --- | | 104) **Possui acesso à Coordenação Estadual de Visa? :** \*  A possibilidade da Visa de resolver pendências, obter informações e tirar dúvidas com a Visa Estadual | | Sim Não | | 105) **Realiza ações conjuntas com a Vigilância Sanitária estadual?** \* | | Sim Não | | 106) **A Visa Municipal solicita capacitação à Visa estadual?** \* | | Sim Não | |
| **Participação, mobilização e controle social**   |  | | --- | | 107) **Participa de reuniões do Conselho Municipal de Saúde?** \* | | Sim Não | | 108) **Realiza atividades educativas com entidades representativas da população?** \*  Sindicatos, associações, escolas, etc. | | Sim Não | | 109) **Possui ouvidoria ou outros meios de atendimento à população:** \*  Telefone, e-mail, atendimento presencial, etc. | | Sim Não | | 110) **Divulga para a população as ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária?** \* | | Sim Não | |
| **Integralidade e integração das ações de saúde**   |  | | --- | | 111) **Realiza ações conjuntas com outras áreas da Saúde?** \*  Marcar mais de uma opção, se for o caso. | | Vigilância Epidemiológica Vigilância Ambiental Saúde do Trabalhador Zoonoses Saúde da Família/Agentes Comunitários da Saúde Outro | | 112) **Realiza ações conjuntas com outros órgãos de governo?** \* | | Sim Não | |
| **Considerações Finais**   |  | | --- | | 113) **Considerações Finais:** \*  Descreva em até 10 linhas suas impressões a respeito do questionário e outros assuntos que julgar pertinente | |  | |