|  |
| --- |
| **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.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
|  |
| 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 habitantesEntre 10 e 20 mil habitantesEntre 20 e 50 mil habitantesEntre 50 e 100 mil habitantesEntre 100 e 500 mil habitantesAcima de 500 mil habitantes |

 |
| **Legislação Municipal**

|  |
| --- |
|  Legislação Municipal de cada município |
| 13) **Existe Lei criando o Serviço Municipal de Vigilância Sanitária?** \* |
| SimNão |
| 14) **Existe Código Sanitário Municipal?** \* |
| SimNão |
| 15) **Existe lei regulamentando cobrança de taxas?** \* |
| SimNão |

 |
| **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?** \* |
| SimNão |
| 17) **Visa consta formalmente no Regimento Interno da Secretária Municipal de Saúde?** \* |
| SimNão |
| 18) **Visa faz parte da estrutura da Vigilância em Saúde?** \* |
| SimNão |

 |
| **Planejamento, Programação de Ações e espaços de Pactuação**

|  |
| --- |
| 19) **Realiza planejamento anual das ações de Visa?** \* |
| SimNão |
| 20) **A realidade sanitária do Município é considerada no momento da elaboração do planejamento anual das ações de Vigilância Sanitária?** \* |
| SimNão |
| 21) **A planejamento anual das ações de Visa leva em consideração o Plano de Saúde do Município?** \* |
| SimNão |
| 22) **A Vigilância Sanitária possui estudo sobre o custo das ações de visa?** \* |
| SimNão |
| 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 SaúdeSim, do planejamento da Secretaria Municipal de SaúdeNão |
| 24) **As ações de Visa integram o conjunto de ações da Programação Anual de Saúde?** \* |
| SimNão |
| 25) **Existem diretrizes, objetivos e metas relacionadas à Vigilância Sanitária no Plano de Saúde de seu Município?** \* |
| SimNão |
| 26) **Os resultados das ações de Visa constam do Relatório Anual de Gestão do Município?** \* |
| SimNão |

 |
| **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 anosEntre 30 e 45Entre 45 e 60Mais de 60 |
| 33) **Os servidores da Visa estão formalmente investidos na função de fiscal (possuem poder de polícia administrativa)?** \* |
| SimNão |
| 34) **O quadro de servidores é adequado para o desenvolvimento das ações de Visa?** \* |
| SimNão |

 |
| **Recursos Financeiros**

|  |
| --- |
| 35) **A Vigilância Sanitária tem acesso e utiliza os recursos financeiros repassados pela União para o desenvolvimento de ações de Visa?** \* |
| SimNão |
| 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 |
| SimNão |
| 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 |
| SimNão |
| 38) **O total de recursos disponibilizados pela União, estado e Município é suficiente para desenvolver as ações de Visa?** \* |
| SimNão |

 |
| **Estrutura física para funcionamento**

|  |
| --- |
|  Estrutura física para funcionamento do Serviço de Vigilância Sanitária |
| 39) **Dispõe de Sala própria?** \* |
| SimNão |
| 40) **Dispõe de veículo para o desenvolvimento da ação de Visa? (automóvel, moto, barco, etc...):** \* |
| Sim, em quantidade suficienteSim, em quantidade insuficienteSim, compartilhado com outras áreas da Secretaria de SaúdeNão |
| 41) **Dispõe de computador?** \* |
| SimNão |
| 42) **Possui acesso à internet?** \* |
| SimNão |
| 43) **Possui telefone para atendimento à população?** \* |
| Sim, telefone próprioSim, telefone da Secretária de SaúdeNão |
| 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. |
| SimNão |

 |
| **Sistema de Informação e Cadastro**

|  |
| --- |
| 45) **Mantém Cadastro atualizado dos Estabelecimentos sujeitos à ação de Visa:** \* |
| SimNão |
| 46) **Dispõe de Sistema de Informação implantado:** \* |
| SimNão |
| 47) **Utiliza outros sistemas de informação para planejamento e priorização de risco nas ações de Visa?** \* |
| SimNão |

 |
| **Processo Administrativo Sanitário**

|  |
| --- |
| 48) **Possui técnicos treinados em Processo Administrativo Sanitário?** \* |
| SimNão |
| 49) **Município instaura Processo Administrativo Sanitário?** \* |
| SimNão |
| 50) **Possui Apoio/Assessoria Jurídica?** \* |
| Sim, da própria Vigilância SanitáriaSim, da Secretaria Municipal de SaúdeSim, da PrefeituraSim, do estadoNão |

 |
| **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?** \* |
| SimNão |
| 77) **Serviços de Alimentação:** \* |
| SimNão |
| 78) **Serviços de Estética:** \* Salão de Beleza, Clínica de Tatuagem e Piercing, etc. |
| SimNão |
| 79) **Creche:** \* |
| SimNão |
| 80) **Escola:** \* |
| SimNão |
| 81) **Academia de Ginástica:** \* |
| SimNãoNão se Aplica (marcar caso não exista no município) |
| 82) **Clínica Odontológica:** \* |
| SimNãoNão existe esse estabelecimento no município |
| 83) **Clínica de Radiodiagnostico:** \* |
| SimNãoNão existe esse estabelecimento no município |
| 84) **Clínica de Radioterapia:** \* |
| SimNãoNão existe esse estabelecimento no município |
| 85) **Policlínicas/Centro de Especialidades:** \* |
| SimNãoNão existe esse estabelecimento no município |
| 86) **Pronto Socorro:** \* |
| SimNãoNão existe esse estabelecimento no município |
| 87) **Unidade de Pronto Atendimento - UPA:** \* |
| SimNãoNão existe esse estabelecimento no município |
| 88) **Hospital:** \* |
| SimNãoNão existe esse estabelecimento no município |
| 89) **Drogaria:** \* |
| SimNãoNão existe esse estabelecimento no município |
| 90) **Farmácia:** \* |
| SimNãoNão existe esse estabelecimento no município |
| 91) **Distribuidora de Medicamentos:** \* |
| SimNãoNão existe esse estabelecimento no município |
| 92) **Laboratórios de Análise Clínica:** \* |
| SimNãoNão existe esse estabelecimento no município |
| 93) **Indústria de Alimentos:** \* |
| SimNãoNão existe esse estabelecimento no município |
| 94) **Indústria de Saneantes:** \* |
| SimNãoNão existe esse estabelecimento no município |
| 95) **Indústria de Cosméticos:** \* |
| SimNãoNão existe esse estabelecimento no município |
| 96) **Indústria de Medicamentos:** \* |
| SimNãoNão existe esse estabelecimento no município |
| 97) **Indústria de Produtos para Saúde:** \* |
| SimNãoNão existe esse estabelecimento no município |
| 98) **Serviços de Terapia Renal Substitutiva:** \* |
| SimNãoNão 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 |
| SimNãoNão existe esse estabelecimento no município |
| 100) **Investigação de Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos:** \* |
| SimNão |
| 101) **Investigação de Surtos de Infecção em Serviços de Saúde:** \* |
| SimNão |
| 102) **Investigação de Eventos Adversos e/ou Queixas Técnicas:** \* |
| SimNão |
| 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 |
| SimNão |
| 105) **Realiza ações conjuntas com a Vigilância Sanitária estadual?** \* |
| SimNão |
| 106) **A Visa Municipal solicita capacitação à Visa estadual?** \* |
| SimNão |

 |
| **Participação, mobilização e controle social**

|  |
| --- |
| 107) **Participa de reuniões do Conselho Municipal de Saúde?** \* |
| SimNão |
| 108) **Realiza atividades educativas com entidades representativas da população?** \* Sindicatos, associações, escolas, etc. |
| SimNão |
| 109) **Possui ouvidoria ou outros meios de atendimento à população:** \* Telefone, e-mail, atendimento presencial, etc. |
| SimNão |
| 110) **Divulga para a população as ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária?** \* |
| SimNão |

 |
| **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 EpidemiológicaVigilância AmbientalSaúde do TrabalhadorZoonosesSaúde da Família/Agentes Comunitários da SaúdeOutro |
| 112) **Realiza ações conjuntas com outros órgãos de governo?** \* |
| SimNão |

 |
| **Considerações Finais**

|  |
| --- |
| 113) **Considerações Finais:** \* Descreva em até 10 linhas suas impressões a respeito do questionário e outros assuntos que julgar pertinente |
|  |

 |