



**PROGRAMA DE CONTROLE DA DENGUE**  
**INSTRUMENTO DE SUPERVISÃO**

**1) INFORMAÇÕES PRELIMINARES (VIGILANTOS)**

<b>Identificação do Município</b>	Data da supervisão: ____/____/____ Data da última supervisão: ____/____/____
	Gerência de Saúde: _____
	Município: _____
	Situação entomológica do município: ( ) infestado ( ) com focos de <i>A. aegypti</i> ( ) sem focos de <i>A. aegypti</i> ( ) com focos de <i>A. albopictus</i>
	Número de focos de <i>A. aegypti</i> (desde a última supervisão): _____
	Localidades Infestadas: _____ _____ _____

<b>RG</b>	Ano de Atualização do RG: _____ Informações Atualizadas no Vigilantes: ( ) Sim ( ) Não
	Total de imóveis: _____
	Comentários: _____ _____ _____

<b>Boletins de Campo</b>	Situação dos boletins no Sistema Vigilantes ( ) Atualizado ( ) Não digitado ( ) Parcialmente digitado
	Os inseticidas utilizados são informados nos boletins das atividades? ( ) Sim ( ) Não
	Observações: _____ _____

<b>Atividades de Vigilância</b>	<b>Rede de Armadilhas:</b>
	Total de Armadilhas: _____
	Possui rede pontuada no mapa ( ) Sim ( ) Não
	Possui armadilhas distribuídas adequadamente (instaladas a cada 200x200m ou 300x300m) ( ) Sim ( ) Não
	Armadilhas cadastradas no Vigilantes de acordo com as coordenadas geográficas ( ) Sim ( ) Não
	Necessita edição no Vigilantes (cadastro e coordenadas) ( ) Sim ( ) Não
	Inspeção semanal? ( ) Sim ( ) Não Qual o percentual atingido (desde a última supervisão?): _____
	<b>Pontos Estratégicos:</b>
	Total de Pontos Estratégicos: _____
	Pontos Estratégicos estão cadastrados no Vigilantes? ( ) Sim ( ) Não
Número de Pontos Estratégicos corresponde à realidade do município? ( ) Sim ( ) Não	



<b>Atividades de Controle</b>	<b>Delimitação de Foco (DF)</b>
	Qual a data do(s) último(s) foco(s), desde a última supervisão? _____
	Localidade(s)? _____
	Qual a data do início dessa(s) DF(s)? _____
	Qual o número de imóveis na(s) área(s) delimitadas? _____
	Qual o número de imóveis trabalhados? _____
	Porcentagem de pendências? _____
	<b>LI+T</b>
	Após 2 meses, foi realizado o LI+T nos focos detectados, desde a última supervisão? _____
	Localidade(s)? _____
	Qual a data do início dessa(s) LI+T(s)? _____
	Qual o número de imóveis na(s) área(s) delimitadas? _____
	Qual o número de imóveis trabalhados? _____
	Porcentagem de pendências? _____
	Houve reincidência de focos nessa(s) área(s)? _____

## 2) INFORMAÇÕES DA SUPERVISÃO EM CAMPO

<b>RG</b>	Possui mapa? ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual escala? _____ Qual o ano do mapa? _____
	Possui mapa com os quarteirões numerados? ( ) Sim ( ) Não

<b>Atividades de Vigilância</b>	<b>Nº de Armadilhas inspecionadas (in loco)</b> _____ Adequadas: _____ Inadequadas: _____
	Observações: _____
	<b>Nº de Pontos estratégicos inspecionados (in loco)</b> _____ Adequados: _____ Inadequados: _____
	Os PE's inadequados têm cadastro no FORMSUS? ( ) Sim ( ) Não
	Quantos estabelecimentos foram cadastrados? _____
	Desses estabelecimentos cadastrados, em quantos houve a ação da vigilância sanitária? _____
	Observações: _____
	<b>Realiza PVE em tempo oportuno</b> ( ) Sim ( ) Não
	Preenchimento adequado do boletim de PVE ( ) Sim ( ) Não
	Comentários: _____



<b>Atividades de Controle</b>	Como está a organização das atividades no campo? _____ _____ _____
	Existem PEs positivos? ( ) Sim ( ) Não Quantos? _____
	Número de PEs tratados? _____ Tipo de Tratamento? ( ) Focal ( ) Perifocal Periodicidade?: _____
	Houve suspeita de caso de dengue, chikungunya ou zika após a última supervisão? ( ) Sim ( ) Não
	Foi feito BT? ( ) Sim ( ) Não
	Quais atividades foram realizadas? Eliminação de depósitos ( ) Tratamento Focal ( ) UBV ( )
	O consumo de inseticidas está de acordo com as recomendações técnicas nas atividades de controle? _____
	Comentários: _____ _____
	_____
	_____

<b>Boletins de Campo</b>	Boletins analisados na supervisão: ( ) ARM ( ) PE ( ) DF ( ) LI+T ( ) RA ( ) PVE ( ) BT ( ) ID ( ) T ( ) LIRAA ( )
	Preenchimento dos boletins: ( ) Adequado ( ) Inadequado
	Observações: _____ _____

<b>Recursos Humanos</b>	Coordenador(a): ( ) Sim ( ) Não Capacitado(a): ( ) Sim ( ) Não
	Exclusivo? ( ) Sim ( ) Não
	Supervisores(as): ( ) Sim ( ) Não
	Capacitados: ( ) Sim. Quantos: _____ ( ) Não. Quantos: _____
	Quantidade suficiente em relação aos agentes em campo? ( ) Sim ( ) Não
	Frequência das supervisões : _____
	Número de Agentes no PCD - Em atividade _____ Afastados: _____ Quantos exclusivos PCD: _____
	Quantos capacitados: _____
	Horário de Trabalho do PCD: _____
	Quantidade suficiente para desenvolver as atividades, conforme realidade entomo-epidemiológica do município? ( ) Sim ( ) Não
Exame de Colinesterase em dia: ( ) Sim ( ) Não	
Observações: _____ _____	

<b>Outras Atividades</b>	Quais atividades, além daquelas de rotina, são desenvolvidas pela equipe do PCD? _____ _____ _____
	Envolvimento de outros órgãos/instituições no PCD? ( ) ESF ( ) Conselhos comunitárias ( ) ONG's ( ) Outras Secretarias Municipais _____ ( ) Outros _____
	Como ocorre o envolvimento desses outros órgão/instituições? _____ _____ _____
	_____
	_____



<b>Condições de desenvolvimento do trabalho de campo</b>	Meio de Transporte: _____
	Veículo Exclusivo para o PCD? ( ) Sim ( ) Não
	Dificuldade no uso do veículo ( ) Sim ( ) Não
	Se sim, qual a dificuldade? _____
	Material Existente
	Bolsa de campo ( ) Completa ( ) Incompleta
	Uniforme ( ) Sim ( ) Não Identificação ( ) Sim ( ) Não
	EPI: ( ) Calça comprida ( ) Camisa manga longa ( ) Luva ( ) Máscara ( ) Bota ( ) Capacete ( ) Protetor solar ( ) Outros _____
	Uso dos EPIs: ( ) Adequado ( ) Inadequado
	Observações: _____

<b>Situação do município</b>	O município encontra-se com as atividades:
	( ) Em andamento
	( ) Parcialmente paralisadas - ( ) Armadilha _____
	( ) PE _____
	( ) Controle _____
( ) Paralisadas	

### 3) ORIENTAÇÕES/ RECOMENDAÇÕES

<b>Orientações técnicas / pactuações / recomendações</b>	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____





Nome do(s) servidor(es) supervisionado(s)/responsável(eis)	Cargo	Assinatura

Nome do(a) Secretário(a) de Saúde (*Campo Obrigatório)	Assinatura

Supervisor(es)	Assinatura