

contrapartida e ou co-financiamento na proposta apresentada. Por contrapartida entende-se todo e qualquer recurso e/ou custo associado à execução do projeto e que esteja sendo disponibilizado pela instituição. O co-financiamento, por outro lado, está vinculado ao fato da execução do projeto depender concomitantemente de dois financiadores. Está limitado a três (3) o número de projetos executados por uma mesma instituição num mesmo ano de execução, com o apoio da CN DST/Aids. Os projetos vinculados à realização de eventos/campanhas pontuais não são considerados nesse somatório.

5. CALENDÁRIO: 5.1) A data limite para apresentação de cópias dos projetos e a documentação descrita no item 6 junto às Coordenações Municipais de DST/Aids ou gestor de saúde local ou Coordenação Estadual de DST/Aids (para fins de emissão da carta de recomendação, conforme especificações no item 6.2) é 1º de agosto de 2001; 5.2) A data limite de postagem dos projetos é 15 de agosto de 2001. Em hipótese alguma, serão aceitos projetos cujo registro de postagem indique data posterior à determinada ou quaisquer documentos fora dos prazos exigidos; 5.3) A análise e seleção dos projetos será realizada pelo Comitê de Seleção Estadual durante o período de 27 à 31 de agosto 2001; 5.4) Os resultados serão disponibilizados na homepage da CN DST/Aids (<http://www.aids.gov.br>), no link "Parceiras com ONG", até 06 de setembro de 2001. Os resultados também serão encaminhados, por escrito, para todas as instituições participantes da concorrência.

6. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA A HABILITAÇÃO DOS PROJETOS: 6.1) Deverão ser anexados ao formulário próprio para projetos de ONG — à disposição na Coordenação Nacional de DST/Aids, Coordenação Estadual de DST/Aids e na homepage da CN-DST/Aids (<http://www.aids.gov.br>) os seguintes documentos: (1) cópia do cartão do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica — CNPJ, com prazo de validade em vigência e, (2) carta de recomendação da Coordenação Estadual e/ou Programa Municipal de DST/Aids. 6.2) Para a obtenção de tal carta a instituição proponente deverá contatar a Coordenação Estadual e/ou Programas Municipais de DST/Aids para apresentar o projeto a ser encaminhado, solicitando ofício atestando: a existência da instituição, a compatibilidade de suas funções com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e, a adequação do projeto às respostas locais para a prevenção e controle das DST/Aids. A instituição que deixar de anexar ao projeto enviado qualquer um dos documentos acima citados será automaticamente excluída do processo de seleção; 6.3) Nos locais onde não existir Coordenação Municipal de DST e Aids, a instituição deverá recorrer ao gestor de saúde local ou à Coordenação Estadual de DST/Aids (esta última em caso de projeto de abrangência estadual); 6.4) As instituições proponentes não deverão fazer nenhuma alteração no formato do formulário para projetos de ONG disponibilizado para essa concorrência, nem tão pouco utilizar recursos como espiral e encadernação. Da mesma forma, não deverão ser encaminhados anexos aos projetos, como fotografias, relatórios, gráficos e desenhos.

7. FORMA DE APLICAÇÃO: 7.1) Os projetos deverão ser apresentados em formulário específico da CN-DST/Aids, em três vias (original e duas cópias), acompanhado da documentação mencionada no item 6. Os projetos encaminhados sem a documentação solicitada, bem como aqueles que não cumprirem integralmente os pré-requisitos indicados no item 6, serão excluídos do processo seletivo. Não serão aceitos no processo de seleção, projetos enviados por fax ou correio eletrônico, propostas com itens e/ou componentes incompletos e propostas elaboradas em formulário diferente daquele divulgado especificamente para esta concorrência; 7.2) Serão incluídos no processo seletivo apenas aqueles encaminhados por correio (EBCT ou similar) à Coordenação da Política de Controle de DST/Aids do Rio Grande do Sul; 7.3) a instituição concorrente deverá, obrigatoriamente, preencher todos os campos do formulário de projeto, caso contrário a proposta será excluída; 7.4) a instituição participante deverá ter um ano de existência, podendo comprovar tal característica por meio de sua Ata de Fundação, registrada em cartório. Os projetos aprovados cujas instituições não cumprirem esse pré-requisito não poderão ser conveniados pela CN-DST/Aids; 7.5) projetos de pesquisa não serão aceitos nesta concorrência; 7.6) projetos de continuidade e projetos de eventos/campanhas pontuais não devem ser enviados para essa concorrência; 7.7) está limitado a 03 (três) o número de projetos executados por uma mesma instituição num mesmo ano de execução com apoio da CN DST/Aids. Projetos vinculados à realização de eventos/campanhas pontuais, não são considerados neste somatório; 7.8) serão excluídos do processo seletivo projetos vinculados a fundações e centros de estudos de universidades e hospitais, bem como projetos associados às organizações do setor público.

8. PRAZO DE REALIZAÇÃO E ORÇAMENTO: 8.1) Os projetos selecionados terão o tempo máximo de execução fixado em 12 (doze) meses não podendo ultrapassar a 31/12/2002, data esta de término do Acordo de Empréstimo 4392/BR e dos Documentos dos Projetos (Prodco) dos quais decorrem os financiamentos em questão, não sendo possível em consequência, serem aditivados/emendados quanto aos prazos; 8.2) o recurso solicitado à Coordenação Nacional de DST/Aids terá de ser compatível com as atividades e resultados previstos, não podendo ultrapassar R\$ 50.000,00/ano (cinquenta mil reais/ano). Os projetos que apresentarem orçamento superior a esse teto serão excluídos do processo seletivo; 8.3) com o objetivo de ampliar a participação das instituições da sociedade civil e/ou ampliar as ações de DST/Aids também poderão ser submetidas propostas de até R\$ 10.000,00 (dez mil reais). Essas propostas cumprem o papel de apoiar as ações de menor porte ou pontuais, consideradas estratégicas para o desenvolvimento do trabalho em DST/Aids. Tais projetos poderão ter a duração de até 12 (doze) meses e estarão

submetidos às mesmas regras administrativas dos outros projetos aprovados pela CN DST/Aids. Está sendo disponibilizado pela CN DST/Aids e pela Política de Controle de DST/Aids, formulário específico para tais projetos solicitando informações sobre as ações a serem implantadas pelas instituições proponentes, de forma mais simplificada; 8.4) A remuneração de recursos humanos vinculados ao desempenho de funções durante os doze meses de execução do projeto, não poderá ultrapassar 45% do repasse solicitado ao Ministério da Saúde; 8.6) A remuneração de consultores pontuais não deverá ser contabilizada na definição anteriormente mencionada; 8.7) A contrapartida da instituição para a execução do projeto deverá ser equivalente a 20% do valor total do repasse solicitado a CN DST/Aids.

9. MONITORAMENTO E SUPERVISÃO: Os projetos aprovados para efetivação de convênios serão monitorados tecnicamente pelas Coordenações Municipais de DST/Aids ou gestor de saúde local, ou pela Política de Controle de DST/Aids (esta última em caso de projeto de abrangência estadual). O monitoramento financeiro será feito pela CN DST/Aids, conforme instrumentos dispostos no Termo de Cooperação. O não cumprimento, por parte da instituição, do estabelecido no contrato inviabilizará o apoio concedido pela CN DST/Aids, acarretando a rescisão do contrato e a possibilidade de restituição dos recursos e equipamentos vinculados ao projeto aprovado. Os relatórios técnicos exigidos serão em número de dois ao ano, sendo que o modelo do formulário a ser utilizado será também disponibilizado na homepage da CN DST/Aids e junto à Política de Controle de DST/Aids.

10. PRESERVATIVOS: O repasse de preservativo masculino, no quantitativo necessário às atividades previstas, deverá estar indicado na proposta encaminhada, porém o respectivo custo não deverá ser incluído no orçamento solicitado. O repasse do quantitativo, se procedente, será efetuado em conformidade com a logística da Política de Controle de DST/Aids para a distribuição de preservativo masculino, ressaltando o fato de que o quantitativo solicitado pode ser alterado de acordo com a análise técnica do projeto e com a disponibilidade existente desse insumo em estoque. O repasse de preservativo feminino pela Política de Controle de DST/Aids poderá ser excepcionalmente analisado, considerando as especificidades do projeto aprovado. Esse repasse, se procedente, obedecerá aos critérios de distribuição aplicada ao repasse do preservativo masculino.

11. PROJETOS APROVADOS: 11.1) Caso a instituição tenha o projeto selecionado nesta Concorrência, deverá apresentar no prazo de 20 dias a partir da divulgação do resultado da seleção, a seguinte documentação para a formalização do convênio: 11.1.1) cópia do Estatuto Social da instituição, registrado em cartório; 11.1.2) cópia da ata da reunião/assembleia de fundação da instituição; 11.1.3) cópia da ata de reunião/assembleia de eleição/posse da atual Diretoria da instituição; 11.1.4) cópia da carteira de identidade e do CPF do responsável legal, conforme competência definida em estatuto para assinatura do Termo de Cooperação a ser celebrado; 11.1.5) cópia do extrato de conta bancária, aberta especificamente para depósito dos recursos do projeto; 11.2) as instituições que tiverem projetos aprovados deverão remeter a esta Política de Controle de DST/Aids a documentação acima referida, no prazo estabelecido.

12. ENVIO DOS PROJETOS: os projetos devem ser endereçados à Política de Controle de DST/Aids — Secretaria de Estado da Saúde, Av. Borges de Medeiros 1501, 5º andar, ala norte, sala 01, Porto Alegre/RS, CEP 90119-900.

Porto Alegre, 20 de junho de 2001.

SECRETARIA DA SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 132/2001 – CIB/RS

A Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a Portaria Ministerial 632, de 26/04/01, publicada no DOU de 04/05/01, que define os recursos destinados à assistência ambulatorial de média e alta complexidade e hospitalar dos Estados;

Considerando a Portaria Ministerial nº95, de 26/01/01, publicada no DOU de 29/01/01, que aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde — NOAS/SUS 01/2001, ampliando as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios;

Considerando o déficit apresentado entre os serviços produzidos e pagos na assistência ambulatorial e hospitalar, dos municípios de Caxias do Sul e Santa Cruz do Sul — gestão plena do Sistema e gestão estadual;

Considerando a ampliação dos serviços sob gestão estadual em média e alta complexidades,

RESOLVE:

1º Aprovar a utilização, por 60 (sessenta) dias, dos recursos destinados para ampliação de oferta na recomposição dos tetos dos municípios de Caxias do Sul, Santa Cruz do Sul e gestão Estadual;

2º Os recursos alocados para a gestão estadual deverão ser utilizados para a expansão da oferta de procedimentos com demanda reprimida, preferencialmente nos procedimentos de Tomografia Computadorizada, Patologia Clínica, Radiodiagnóstico (RX e Mamografia), Fisioterapia, Exames Ultrassonográficos e Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Traumatologia;

3º Os recursos do Teto Estadual para expansão da oferta de serviços, obedecendo os princípios da Lei Orgânica do SUS, deverão ser alocados prioritariamente em serviços públicos de abrangência regional, após pactuação em fóruns regionais. Na definição dos novos serviços não deve ser excluída a possibilidade de que sejam alocados em municípios em gestão plena do sistema municipal, desde que atendam o disposto no artigo anterior;

4º Determinar que em 60 (sessenta) dias uma comissão paritária do estado e ASSEDISA elabore uma Proposta de realocação do Teto no Estado do Rio Grande do Sul;

5º Determinar que essa comissão considere o previsto na NOAS, propiciando transição entre o que é executado hoje e o resultado da PPI;

6º Determinar que pelo período de 60 (sessenta) dias os Tetos do Estado do Rio Grande do Sul estão definidos no Anexo I.

Porto Alegre, 20 de junho de 2001

MARIA LUIZA JAEGER
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite

Republicação por incorreção no anexo, considerando a alteração no valor do Teto da Média e Alta complexidade do município de Serafina Correa.

SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO I – DISTRIBUIÇÃO DO TETO ANUAL DO RIO GRANDE DO SUL

	Média Complexidade	Alta Complexidade	Teto da Média e Alta Complexidade
Cachoeira do Sul	4.506.203,32	1.757.596,68	6.263.800,00
Canela	1.825.603,36	586.692,64	2.414.496,00
Carazinho	2.389.359,78	1.710.528,14	4.099.885,92
Caxias do Sul	17.182.704,72	5.901.179,28	23.083.884,00
Giulini	924.000,00	0,00	924.000,00
Panambi	1.802.040,00	0,00	1.802.040,00
Pelotas	29.947.869,52	13.663.600,52	43.611.470,04
Porto Alegre	249.933.579,54	90.456.056,46	340.428.636,00
Santa Cruz do Sul	7.362.331,00	1.859.493,00	9.241.824,00
Santa Rosa	4.579.503,58	2.836.416,42	7.414.920,00
Serafina Correa	661.518,36	120.490,00	781.978,36
Gestão Estadual	196.505.589,36	94.640.249,28	291.266.297,64
Total	517.641.493,54	213.573.279,42	731.214.771,96

Republicação por incorreção no anexo, considerando a alteração no valor do Teto da Média e Alta complexidade do município de Serafina Correa.

SECRETARIA DA SAÚDE

* REPUBLICAÇÃO

PORTARIA Nº 24/2001

A Secretária de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando o Decreto Estadual nº 40544/00, de 28 de dezembro de 2000, que instituiu a Política de Cidadania Alimentar no Estado do Rio Grande do Sul;

Considerando a Resolução CES/RS nº 12/00, que aprova a Política de Cidadania Alimentar no Estado do Rio Grande do Sul e o repasse regular e automático de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde;

Considerando a Resolução CIB/RS nº 223/00, que aprova a Política de Cidadania Alimentar no Estado do Rio Grande do Sul e o repasse de recursos para o desenvolvimento de ações de Cidadania Alimentar;

Considerando a Portaria SES/RS nº 46/00, de 29 de dezembro de 2000, que aprova o repasse de recursos do FES para os FMS para viabilizar as ações da Política de Cidadania Alimentar no Estado do Rio Grande do Sul;

Resolve:

Artigo 1º - Aprovar o Protocolo de Implementação da Política de Cidadania Alimentar.

Parágrafo Único: Este Protocolo tem como objetivo subsidiar as Secretarias Municipais de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde e Fórum dos Delegados do Orçamento Participativo Estadual/Municipal a elaborar e aprovar a Política Municipal de Cidadania Alimentar, o Plano de Aplicação dos Recursos e o Relatório de Gestão, na parte referente a essas ações.

Artigo 2º - Dar nova redação ao artigo 5º da Portaria SES/RS 46/2000, de 29 de dezembro de 2000, que passa a vigorar com a seguinte redação: "A habilitação dos municípios ao recebimento dos recursos dar-se-á mediante apresentação do Plano de Aplicação, discutido e aprovado em reunião conjunta do Conselho Municipal de Saúde e Fórum dos Delegados do Orçamento Participativo Estadual do Município."

Artigo 3º - Revogar a Portaria SES/RS 07/2001, de 16 de fevereiro de 2001, e a Portaria SES/RS 14/2001, de 29 de março de 2001.

Artigo 4º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 20 de junho de 2001.

JOSÉ EDUARDO MARTINS GONÇALVES
Secretário de Estado da Saúde Substituto

Republicação por incorreções na Portaria publicada no dia 20 de junho de 2001

SECRETARIA DA SAÚDE

**Protocolo de Implementação da
Política de Cidadania Alimentar**

1 - PRESSUPOSTOS FUNDAMENTAIS

1.1. - PRINCÍPIOS ORIENTADORES DO SUS

SAÚDE COMO DIREITO: a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doença e de outros agravos e ao estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva.

UNIVERSALIDADE: é a garantia de atenção integral à saúde por parte do Sistema Único de Saúde (SUS) a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços de saúde públicos, conveniados ou contratados pelo SUS, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

EQUIDADE: considera-se a igualdade de acesso à atenção à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupos de população.

INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE: é o reconhecimento na prática dos serviços de que:

- cada cidadão é um todo indivisível e integrante de uma sociedade;
- as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser fragmentadas;
- as unidades prestadoras de serviço de saúde, com seus diversos graus de complexidade, também formam uma rede indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

PARTICIPAÇÃO: é a democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da sociedade para o efetivo exercício da participação e do controle social na gestão do SUS. É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará com poder deliberativo, do processo de formulação das políticas de saúde e da definição da utilização dos recursos e do controle de sua execução, nas unidades de saúde, nos municípios, nos estados e na União, através dos Conselhos de Saúde, de Conselhos Gestores e outras formas de organização.

**1.2. - DIRETRIZES DA SECRETARIA DA SAÚDE
DO RIO GRANDE DO SUL (SES/RS)**

Este protocolo atende aos eixos prioritários de ação da SES/RS na medida que:

- ✓ **descentraliza a aplicação dos recursos, com autonomia de gestão para os municípios;**
- ✓ **implementa a regionalização e a integralidade da atenção à saúde ampliando a capacidade de organização das unidades de saúde e dos serviços média complexidade;**
- ✓ **fortalece as instâncias de controle social, baseando-se nas definições prioridades estabelecidas nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e no Conselho Estadual de Saúde (CES), para a utilização dos recursos;**
- ✓ **estimula a formação e a capacitação dos trabalhadores de saúde e a qualificação da saúde pública.**

**1.3. - DIRETRIZES QUE DEVEM ORIENTAR
OS SERVIÇOS DE SAÚDE**

✓ **ACOLHIDA:** Capacidade de desenvolver ações que acolham todos os usuários que procurem os serviços de saúde, sem distinções que levem à exclusão, segregação, e de organizar os serviços de saúde de forma que haja disponibilidade para o atendimento e/ou escuta imediata.

VÍNCULO: Capacidade de desenvolver a humanização da relação com cada usuário, na sua singularidade, reconhecendo em cada um a capacidade de crítica e escolha da modalidade de atendimento que se adequa às suas necessidades, bem como, a responsabilidade da unidade ou serviço de saúde na solução de problemas observados na área de abrangência, através da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução.

RESPONSABILIDADE: Capacidade de criar suportes para as diferentes necessidades da população, sejam crianças, adolescentes, adultos, idosos, cidadãos em situação de rua, cidadãos institucionalizados, ou outros segmentos populares, buscando a integralidade da atenção.

ACESSO À INFORMAÇÃO SOBRE O CUIDADO À SAÚDE: Capacidade de assegurar o acesso a informações sobre o processo de atenção à saúde, individual ou coletiva, terapêutica ou preventiva, considerando a história de vida, a cultura e as particularidades de cada cidadão, suas inter-relações na sociedade, reconhecendo que cada pessoa tem um saber sobre suas fragilidades e suas capacidades.

**1.4. - DIRETRIZES QUE DEVEM ORIENTAR O
PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE**

INTERDISCIPLINARIDADE: A atuação da equipe não deve limitar-se, exclusivamente, ao campo biológico ou às áreas de conhecimento dos componentes. A equipe deve procurar envolver-se com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto sócio-econômico-cultural no qual ele está inserido.

INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE: A equipe deve estar capacitada a oferecer, de forma conjunta, ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo.

INTERSETORIALIDADE: As ações devem ser desenvolvidas de forma integrada entre os serviços de saúde e outros órgãos, com a finalidade de articular políticas e ações de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando a duplicidade de meios para fins idênticos.

✓ **HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:** Os serviços de saúde e a sociedade devem responsabilizar-se mutuamente e estreitar o vínculo entre as equipes de profissionais e a população.

✓ **RESOLUTIVIDADE:** Capacidade de responder adequadamente às demandas por serviços de saúde, identificando causas e fatores de risco aos quais a população está exposta, intervindo apropriadamente, e/ou participando de modo

adequado dos fluxos de Referência e Contra-Referência, repensando a prática cotidiana e as relações estabelecidas na própria equipe, com os usuários e com os diversos segmentos da sociedade.

1.5. - AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS

O conceito abrangente de saúde, definido na Constituição, deverá nortear a mudança progressiva dos serviços, passando de uma organização da assistência centrada na doença e baseada no atendimento a quem procura, para a atenção integral à saúde, onde haja a incorporação de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação, a partir das necessidades e problemas de saúde individuais ou coletivos.

Para melhor identificar quais os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente, é necessário conhecer as principais características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças mais frequentes, como também em termos das condições sócio-econômicas da sociedade, dos seus hábitos e estilos de vida e de suas necessidades e problemas de saúde, os grupos de maior risco e vulnerabilidade social e a infra estrutura de serviços disponíveis.

1.5.1. - AÇÕES DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DE SAÚDE

Esses grupos de ações podem ser desenvolvidos por instituições governamentais, empresas, associações comunitárias e indivíduos. Tais ações visam à redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das cidadãos, podendo provocar-lhes incapacidades e doenças. Esses grupos compreendem um elenco bastante vasto e diversificado de ações de natureza eminentemente educativo-preventivas.

1.5.2. - AÇÕES DE RECUPERAÇÃO

O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, assim como o tratamento deve ser instituído de imediato, de modo a deter a progressão da doença. Por isso, todos os serviços de saúde devem buscar o adequado desempenho dessas duas ações fundamentais de recuperação da saúde – diagnóstico e tratamento.

O tratamento deve ser prestado ao usuário portador de qualquer alteração de sua saúde, por meio do atendimento por profissional habilitado. O tratamento deve ser conduzido desde o início com a preocupação de impedir o surgimento de eventuais incapacidades decorrentes das diferentes doenças e danos e reverter os sinais e sintomas que se manifestarem, tanto quanto a tecnologia existente o permita.

1.5.3. - AÇÕES DE REABILITAÇÃO

Consistem na recuperação parcial ou total das capacidades afetadas no processo de doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional.

As ações de recuperação de saúde, na maior parte das vezes, podem e devem ser planejadas através de estudos epidemiológicos, definição de cobertura e concentração das ações assistenciais de saúde. No caso da atenção a grupos de risco, a previsão e o planejamento destas ações tornam-se imperiosas e conjugadas às ações de promoção e proteção.

2 – JUSTIFICATIVA DA POLÍTICA DE CIDADANIA ALIMENTAR

A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção da saúde e prevenção de doenças, possibilitando o crescimento e desenvolvimento pleno dos indivíduos com qualidade de vida, sendo afetadas diretamente pelas políticas de desenvolvimento do país. Segundo alguns autores, o monitoramento do estado nutricional de uma população permite avaliar o sucesso das políticas públicas, sociais e econômicas, em garantir a qualidade de vida dos cidadãos (JÓRDAN, 1973; KELLER, 1987; WHO, 1995).

A legislação referente ao Sistema Único de Saúde (SUS), no Artigo 3º, da Lei Federal 8080/90, define que a alimentação constitui um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde da população, cujos níveis expressam "a organização social e econômica do país".

É certo que as condições de vida de cada pessoa e da família dependem da oferta de emprego, serviços de infra-estrutura básica, saúde, educação, programas de distribuição de alimentos, que, por sua vez, são determinados pelas políticas públicas de desenvolvimento. Considerando isso, a Política de Cidadania Alimentar também estimula a aquisição dos alimentos sempre que possível, da produção local para favorecer os pequenos produtores e para preservar as características culturais da população atendida. Essas condições de vida, em última análise, fragilizam ou potencializam a saúde dos indivíduos, determinando situações de risco nutricional específico ou, até mesmo, desnutrição que tem um custo imensurável (AERTS, 1996). O atraso no desenvolvimento social e econômico de uma nação é a principal causa da fome e desnutrição, ao mesmo tempo em que determina pobreza e desemprego, impedindo os indivíduos de satisfazerem suas necessidades básicas. As deficiências nutricionais, por sua vez, dificultam a inserção dos indivíduos adultos no mercado de trabalho, comprometendo, ainda mais, o desenvolvimento econômico, fechando um círculo vicioso de atraso, pobreza e fome.

De uma forma sucinta, pode-se dizer que as conseqüências da desnutrição se manifestam em diferentes aspectos: aumento da morbimortalidade, problemas no desenvolvimento psíquico e intelectual, problemas na vida adulta como diminuição da altura final, da capacidade para o trabalho, surgimento de doenças crônicas e, no caso das mulheres, problemas na saúde reprodutiva (MARTOBELL et al., 1991; POLLIT & GORMAN, 1993; UAUJ & CATILLO-DURAN, 1993). Uma situação preocupante em nosso país é o fato de 60% dos casos de baixo peso ao nascer corresponderem a um retardo do crescimento intra-uterino, o que é associado à desnutrição materna, entre outros fatores.

Informações oriundas do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (1998), apontam que, nos países em desenvolvimento, cerca de 55% das mortes infantis estão ligadas à desnutrição, não existindo, na história recente da humanidade, qualquer situação mórbida dessa magnitude, apesar dos avanços alcançados na redução do problema, atribuídos aos esforços nos anos 80 para promover o aleitamento materno, as práticas adequadas de desmame, a alimentação apropriada durante episódios agudos de doenças, os programas de imunização e de controle de doenças diarreicas e respiratórias e a expansão da cobertura de saneamento básico.

Dados do Censo Nutricional de 1994, realizado pela Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente, no Rio Grande do Sul, utilizando o índice peso/idade, estimam que **16,4% da população de 0 a 5 anos sofrem com os problemas das deficiências nutricionais.**

Não somente a desnutrição pode ser considerada um grave problema de saúde, como também a obesidade, que se constitui em fator de risco para várias doenças como diabetes e doenças cardiovasculares na idade adulta, mostrando a importância de sua prevenção e tratamento em fases precoces.

Na outra ponta do problema situam-se grupos socialmente vulneráveis como **7,9% da população acima dos 60 anos de idade com renda per capita menor que 1/4 do salário mínimo.** Ainda sobre a população acima dos 60 anos de idade, é importante assinalar que, conforme pesquisa realizada em 1997 pelo Conselho Estadual do Idoso (CEI) e mais 14 universidades, em uma amostra de 7.920 idosos, 45,72% dos entrevistados afirmaram que sua principal despesa era com alimentação. A maioria dos entrevistados não recebia, na época, nenhum tipo de auxílio (financeiro ou assistência social).

Agravando este quadro, as projeções estatísticas do IBGE demonstram que a proporção de idosos no país passará de 7,3% em 1991 (11 milhões) para cerca de 15% em 2025, que é a atual proporção de idosos na maioria dos países europeus, os quais tiveram sua transição mais lenta e que ainda não conseguiram equacioná-la.

Considerando essa situação e, ainda, que ao poder público, em parceria com a sociedade civil, cabe garantir o direito humano à alimentação e nutrição adequadas, de forma associada a ações que recuperem a capacidade dos indivíduos e famílias de produzir e/ou adquirir sua própria alimentação, o Governo do Estado do Rio Grande do Sul criou, no âmbito do **Plano Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável** (Decreto Estadual Nº 39732 de 23/09/99), a **Política de Cidadania Alimentar.**

A Cidadania Alimentar caracteriza-se como uma política de inclusão social, de resgate da cidadania, de equidade social através de suplementação alimentar para a população em risco nutricional ou em situação de vulnerabilidade social, visando à melhoria das condições de

saúde, à redução do impacto dos custos da alimentação na renda familiar e à educação alimentar, com o objetivo de reduzir os agravos de saúde resultantes de maus hábitos alimentares. Ao mesmo tempo, desenvolver ações integradas da área da saúde, agricultura, educação, trabalho e assistência social, visando a emancipação das famílias e sujeitos beneficiados. Opera com o conceito de interdisciplinaridade tendo como centralidade a participação dos usuários, assumindo sua posição como principais envolvidos no processo de avaliação e análise dos problemas e na organização das famílias beneficiárias em Grupos de Convivência, através de apoio e suporte aos municípios, para que estes adquiram condições de atendimento ao público alvo da Cidadania Alimentar.

3- ESTRUTURA POLÍTICO-ADMINISTRATIVA

3.1- Coordenação Geral

A Coordenação Geral ficará sob responsabilidade da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). Cabe a esta Coordenação, normatizar, auxiliar na implantação e acompanhar o desenvolvimento da Política de Cidadania Alimentar.

3.2- Supervisão Regional

O Grupo Executivo Regional (GER) será composto, no mínimo, por dois servidores do quadro indicados pelo Coordenador Regional de Saúde. Terá como função auxiliar na implantação da Política de Cidadania Alimentar, acompanhar o desenvolvimento, receber os dados dos municípios, analisar, tabular e enviar à Coordenação Geral.

3.3- Grupo Executivo Municipal (GEM)

Será composto por um representante de cada um dos seguintes órgãos: Secretaria Municipal da Saúde, Secretaria Municipal da Agricultura, Secretaria Municipal da Educação, Secretaria Municipal do Trabalho, Secretaria Municipal de Assistência Social. Estes representantes devem fazer parte do quadro de servidores públicos, sendo nomeados pelo Prefeito Municipal para este específico fim. A Coordenação deste Grupo caberá ao representante da Secretaria Municipal da Saúde. O GEM tem como função implantar e implementar a Política de Cidadania Alimentar no Município, conforme o Protocolo de Implementação e as deliberações aprovadas em reuniões conjuntas do Conselho Municipal de Saúde, incluindo a proposição das cestas de alimentos e o acompanhamento de sua distribuição.

4 - GRUPOS POPULACIONAIS PRIORITÁRIOS DA POLÍTICA DE CIDADANIA ALIMENTAR

Grupo 1 - Crianças sob risco nutricional ou desnutridas

Grupo 2 - Contatos (crianças que vivem com as do Grupo 1)

Grupo 3 - Filhos de mães HIV+ e crianças HIV+

Grupo 4 - Gestantes HIV+

Grupo 5 - Gestantes/nutrizes desnutridas

Grupo 6 - Idosos

O Grupo Executivo Municipal deve apresentar, para discussão e aprovação em reunião conjunta do Conselho Municipal de Saúde e do Fórum dos Delegados do Orçamento Participativo, proposta definindo quais dos grupos populacionais prioritários descritos acima serão atendidos pela Política de Cidadania Alimentar no Município, de acordo com os problemas e necessidades dos seus cidadãos e com os critérios estabelecidos para inclusão, acompanhamento e desligamento dos usuários. No caso do não atendimento de algum dos grupos, esse deverá ser devidamente justificado no plano de aplicação (anexo 8).

5 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS USUÁRIOS

Independente do Grupo a que pertença o usuário, sempre deverá ser preenchida a **Ficha Cadastral da Família**, quando do ingresso na Política de Cidadania Alimentar (anexo 7), que deve ser mantida nos arquivos da Secretaria

Municipal de Saúde. Também deve ser distribuído a todos os usuários atendidos cartão da Cidadania Alimentar (anexo).

Grupo 01:

- Ter renda *per capita* familiar igual ou inferior a 1/2 (meio) salário mínimo;
- Residir no município;
- Ter entre 6 e 59 meses de idade;
- Para ser considerada como risco nutricional ou desnutrida, a criança de ter o peso para idade abaixo do percentil 10 do Cartão da Criança. Para as crianças abaixo do percentil 10, considera-se com risco nutricional aquelas que estiverem entre o percentil 3 e o percentil 10 e com desnutrição, aquelas que estiverem abaixo do percentil 3.

Grupo 02:

- Ter renda *per capita* familiar igual ou inferior a 1/2 (meio) salário mínimo;
- Residir no município;
- Residir na mesma moradia da criança desnutrida ou em risco nutricional;
- Ter entre 6 e 59 meses;
- Serão incluídos no máximo 03 contatos por criança desnutrida ou em risco nutricional, por família.

Grupo 03:

- Ter renda *per capita* familiar igual ou inferior a 1/2 (meio) salário mínimo;
- Residir no município;
- Ter entre 0 e 24 meses e a mãe apresentar teste anti - HIV+;
- Ter entre 0-59 meses e persistir com testes anti-HIV+, após os 24 meses de idade.

Grupo 04:

- Ter renda *per capita* familiar igual ou inferior a 1/2 (meio) salário mínimo;
- Residir no município;
- Apresentar teste anti - HIV+.
- Gestação comprovada pela Unidade de Saúde.

Grupo 05:

- Ter renda *per capita* familiar igual ou inferior a 1/2 (meio) salário mínimo;
- Residir no município;
- Gestação comprovada pela Unidade de Saúde.
- Ter déficit peso/altura segundo idade gestacional (Curva de Rosso) e/ou hemoglobina $\leq 10\text{g/dl}$.

Grupo 06:

- Ter renda igual ou inferior a 1/2 (meio) salário mínimo e renda *per capita* familiar submetida à avaliação do serviço social do município;
- Residir no município;
- Ter 60 anos ou mais de idade;
- Ter vínculo com o serviço de saúde no município.

6 - ACOMPANHAMENTO PELO SERVIÇO DE SAÚDE

Grupo 01 e 02:

Todos os usuários atendidos pela Política de Cidadania Alimentar devem estar vinculados a uma Unidade ou Serviço de Saúde. As crianças deverão ser pesadas mensalmente, conforme anexo 1, tendo seu crescimento e desenvolvimento acompanhados através de anotações no Cartão da Criança, e serão atendidas por profissionais da área da saúde, sendo os dados registrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), conforme anexo 2.

Este atendimento deve incluir:

- orientações sobre o estado nutricional, se necessário por escrito (anexo 1), sobre a qualidade e quantidade de alimentos oferecidos à criança, fracionamento da dieta e diluição correta do leite considerando a disponibilidade de recursos da família, hábitos alimentares e estado geral de saúde da criança;
- prevenção e tratamento das carências nutricionais específicas;
- identificação precoce de situações de risco para o agravamento de déficits nutricionais;
- realização do esquema básico de vacinas conforme calendário;
- controle e prevenção de doenças respiratórias agudas e diarreicas;
- resgate ou reforço do vínculo mãe-filho através de atendimentos individuais ou em grupo.

- encaminhamento da mãe ou da criança a outro profissional da equipe, se necessário;

- agendamento do próximo retorno à Unidade;

- A criança em risco nutricional deve ser atendida na perspectiva da integralidade, não se perdendo de vista suas particularidades individuais, o meio familiar no qual está inserida e o contexto social.

Grupo 03:

- Idem ao grupos anteriores, porém, contra-indicando o aleitamento materno para evitar a contaminação pelo vírus HIV;

- Consultas periódicas, conforme indicação do médico, com observação dos itens elencados acima;

- Acompanhamento do uso de AZT oral (xarope) até a 6ª semana de vida, ou conforme indicação médica;

- Acompanhamento do uso de Sulfametoxazol + Trimetopim, até o diagnóstico negativo para o teste anti-HIV;

- Acompanhamento das crianças com sorologia anti-HIV ou PCR qualitativo, onde existir, para realizar o diagnóstico definitivo de acordo com orientação da Coordenação Nacional DST/Aids do MS – 2000.

Grupo 04:

- Contra-indicar o aleitamento materno (anexo 3);

- Realização de consultas mensais de pré-natal ou conforme indicação médica;

- Realização de exames de rotina no pré-natal, inclusive Cito Patológico (CP);

- Realização de VDRL no primeiro trimestre, no último trimestre e na internação para o parto;

- Orientação sobre o uso de preservativos nas relações sexuais, para prevenção de transmissão, controle e tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e gravidez indesejada;

- Monitoramento das medidas de auto-cuidado pertinentes ao estado gestacional;

- Acompanhamento da aderência ao uso de anti-retrovirais.

Grupo 5:

- Realização de consultas mensais de pré-natal (ver anexo 3);

- Realização de exames de rotina no pré-natal, inclusive Cito Patológico (CP) e anti-HIV.

Grupo 6:

- Registro das cifras de pressão arterial e peso, trimestralmente, desde a inscrição na Política de Cidadania Alimentar;

- Comprovar atendimento pelo Serviço de Saúde (anexo 4);

- Estimular a participação em Grupos de Convivência;

- Incentivar o acompanhamento por Equipes de Serviço Social.

7 - CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO DOS USUÁRIOS

Grupo 01 e 02:

- Como critério de alta para a recuperação nutricional, deverá ser considerada a retomada do ritmo de crescimento, com curva ascendente no gráfico, no mínimo em três avaliações mensais consecutivas da criança e a aferição do peso alcançando o percentil 10 do Cartão da Criança;

- Crianças que completarem 60 meses de vida e persistirem com o peso para idade abaixo do percentil 10, deverão ser desligadas da Política de Cidadania Alimentar após 03 meses de acompanhamento complementar, dando continuidade ao seu acompanhamento pelos serviços de saúde, através das ações de saúde desenvolvidas nesses locais;

- Comprovação do uso indevido, por parte da família, do benefício destinado às crianças;

- Crianças que não comparecerem às consultas marcadas por 03 meses consecutivos e à consulta remarçada após visita domiciliar, deverão ser desligadas automaticamente, sendo considerado abandono.

Grupo 03:

- Crianças que completarem 24 meses de vida e não forem soropositivas para o HIV, deverão ser desligadas após 03 meses, dando continuidade ao seu acompanhamento pelos serviços de saúde através das ações de saúde

- Crianças que completarem 60 meses de vida; quando soropositivas para o HIV, deverão ser desligadas após 03 meses, dando continuidade ao seu acompanhamento pelos serviços de saúde, através das ações de saúde desenvolvidas nesses locais;

- Comprovação do uso indevido, por parte da família, do benefício destinado às crianças;

- Crianças que não comparecerem às consultas por 03 meses consecutivos e à consulta remarçada após visita domiciliar, deverão ser desligadas automaticamente, sendo considerado abandono.

Grupo 04:

- Ao término da gestação, sendo o filho incluído no grupo 03;

- Comprovação do uso indevido, por parte da família, do benefício destinado à gestante.

Grupo 05:

- Comprovação do uso indevido, por parte da família, do benefício destinado a gestante e nutriz;

- Quando o filho completar 06 meses de vida;

- Se não estiver amamentando.

Grupo 06:

- Mudança de domicílio (cidade);

- Comprovação do uso indevido, por parte da família, do benefício destinado ao idoso.

8 - GÊNEROS ALIMENTÍCIOS A SEREM OFERECIDOS

8.1 - COMPOSIÇÃO DAS CESTAS DE ALIMENTOS

A composição da cesta alimentar será definida em cada município. O Grupo Executivo Municipal deve apresentar proposta para discussão e aprovação em reunião conjunta do Conselho Municipal de Saúde e do Fórum dos Delegados do Orçamento Participativo, respeitando a lista de alimentos pertencentes do grupo I ao V, visando ao equilíbrio nutricional, sendo opcional incluir alimentos pertencentes ao grupo VI, abaixo especificados.

Grupos dos alimentos:

I – Carboidratos: como, por exemplo, arroz, massa, farinhas.

II – Hortifrutigranjeiros:

- frutas (banana, laranja, bergamota, maçã, abacaxi, etc).

- verduras (couve, espinafre, agrião, alface, etc).

- legumes (cenoura, chuchu, moranga, beterraba, etc).

III – Leguminosas: como, por exemplo, feijão, ervilha, lentilha.

IV – Proteínas de origem animal: como, por exemplo, leite integral ou ovos.

V – Lipídeos (gorduras): como, por exemplo, óleo de cozinha e manteiga.

VI – Café, gelatina, achocolatados.

Leite

O leite deve ser integral (leite pasteurizado ou esterilizado pelo Sistema UHT com no mínimo 3% de gordura).

O leite é indicado com o objetivo de suprir as deficiências energético-proteicas (DEP) do grupo de maior vulnerabilidade; o óleo de soja, por seu valor calórico, deve ser adicionado ao leite após a fervura, na proporção de uma colher de chá de óleo para 100ml ou ½ (meio) copo de leite e/ou adicionado em outras preparações da alimentação da criança.

O município poderá, ao identificar situações específicas, como crianças com intolerância à lactose, para as quais é indicado leite especial, recorrer ao atendimento prestado pela SES/RS, no setor de medicamentos especiais, evitando que tais crianças fiquem desassistidas.

8.2 – COMPRA DOS ALIMENTOS

Deverá ser observado o:

- artigo 7º, parágrafo único, do Decreto Estadual nº 40.544, de 28 de

Parágrafo único - Relativamente aos recursos do orçamento do ano 2000 da Secretaria da Saúde, caberá aos Municípios a aquisição dos gêneros alimentícios previstos nas normas técnicas e operacionais, preferencialmente, de pequenos e médios produtores rurais locais ou de municípios próximos.

art. 13º da Resolução CIB/RS nº 223/2.000:

Artigo 13º - Ao município caberá a compra de gêneros alimentícios previstos nas normas técnicas operacionais, com aquisição preferencialmente realizada junto a pequenos e médios produtores rurais locais ou de municípios próximos, de acordo com a legislação vigente.

9 – RESPONSABILIDADES DO MUNICÍPIO

9.1 - Em relação ao atendimento dos usuários da Política de Cidadania Alimentar:

- constituir vínculo dos usuários com a Unidade de Saúde, mantendo atualizado o registro dos atendimentos (anexo 5);
- substituir os usuários em casos de mudança de residência para outro município, melhora do rendimento mensal ou falecimento;
- identificar e buscar faltosos, através de visitas domiciliares;
- arquivar, mensalmente, a listagem dos usuários com assinatura dos que receberam os alimentos (anexo 6).

Quanto às crianças:

- encaminhar para o Centro de Referência (Centro de Reabilitação Nutricional ou Hospital), crianças com desnutrição grave, abaixo do percentil 3;
- incentivo ao aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida e ao desmame tardio, por sua importância como fator protetor da saúde física e mental, deve permear todas as atividades da Unidade de Saúde (anexo 3);
- após o desligamento, acompanhar a criança na Unidade de Saúde, conforme protocolos estabelecidos, e convidar a mãe a permanecer em trabalhos com grupos educativos da equipe do serviço de saúde. Tais cuidados se devem à reincidência da desnutrição, comum nesses casos.

Quanto às crianças HIV+:

- encaminhar ao clínico que atende portadores do HIV, se houver baixo ganho pondero-estatural e/ou infecções bacterianas de repetição;
- constituir grupo com as mães das crianças desnutridas, incluindo-se as mães de crianças HIV+.

Quanto às gestantes desnutridas, HIV + e nutrízes:

- constituir grupos para orientação sobre a saúde da mulher, cuidados do bebê e saúde bucal;
- garantir a realização de consulta odontológica;
- encaminhar ao clínico para acompanhamento e, quando necessários cuidados especiais, encaminhar ao serviço de referência;
- garantir o aconselhamento, a confidencialidade e a privacidade nos atendimentos;
- prever o parto hospitalar com os cuidados inerentes às situações de risco para o recém-nascido.

Quanto aos idosos:

- garantir que seja realizada uma consulta odontológica nos 30 dias seguintes à inscrição na Política de Cidadania Alimentar, quando não houver sido feita nos últimos 6 meses;
- controlar o peso corpóreo e a medida da pressão arterial, registrando-os no anexo 4, como uma das formas de estabelecer o vínculo do beneficiário com a Unidade de Saúde.

9.2 – Em relação ao acompanhamento e controle dos produtos adquiridos:

Constituir cadastro dos fornecedores e arquivar os documentos que comprovem a aquisição e a distribuição dos alimentos descritos no Relatório de Gestão;

Controlar a qualidade e as condições higiênico-sanitárias dos alimentos adquiridos, tanto no recebimento quanto na armazenagem dos mesmos, sob supervisão da Coordenadoria Regional, conforme as orientações abaixo.

Conferir no ato do recebimento:

- a qualidade do alimento através da cor, aroma e embalagem, recusando-o se a embalagem estiver rasgada ou perfurada, ou se estiver molhado, com presença de mofo ou com partículas estranhas:

- o prazo de validade impresso na embalagem e as demais condições sanitárias;
- a quantidade e valor dos produtos na nota com os dados do pedido de compra.

Condições adequadas de armazenamento:

- manter os alimentos em local seguro, ventilado, com boa iluminação e aberturas com tela;
- manusear as caixas com cuidado, evitando jogá-las ou amassá-las;
- isolar os alimentos dos demais produtos armazenados, como material de limpeza e medicamentos;
- colocar os alimentos sobre estrados limpos e secos, em bom estado de conservação e jamais depositados sobre o piso;
- empilhar os produtos de forma alinhada, em blocos regulares, os menores possíveis, e atender as recomendações do fabricante;
- manter as pilhas dos produtos afastadas das paredes, para evitar umidade e facilitar limpeza, movimentação e controle de pragas;
- retirar os estrados, caixas e materiais danificados, incompletos ou fora de uso, das áreas de armazenamento;
- colocar em locais apropriados os produtos destinados à devolução, devidamente organizados, identificados e agrupados por fornecedor, de modo a não comprometer a qualidade dos demais produtos no local;
- qualquer produto derramado deve ser imediatamente limpo.
- Desinfetar, regularmente, o piso, as paredes e os cantos de toda a área de estocagem;
- manter higienizada a área de estocagem.

Controle na utilização dos produtos:

- dispor os alimentos na prateleira, obedecendo as datas de fabricação, sendo que os produtos de fabricação mais antiga são posicionados de maneira a serem distribuídos em primeiro lugar;
- verificar a data de validade de forma que o produto seja utilizado antes do prazo de vencimento;
- controlar a entrada e saída dos gêneros alimentícios para levantamento de saldo.

10 - ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE CIDADANIA ALIMENTAR

Mensalmente, deverá ser preenchido o Relatório de Gestão da Política de Cidadania Alimentar (anexo 10) e enviado, até o dia 05 do mês seguinte, às Coordenadorias Regionais de Saúde, que deverão enviá-los até o dia 10 à Coordenação Geral da Política de Cidadania Alimentar.

O município deverá prestar contas dos recursos recebidos e das ações realizadas, através do Relatório de Gestão Trimestral do SUS, o qual deverá ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, em audiência pública. Devem ser descritas e analisadas as ações implementadas em relação à população atendida pela Política de Cidadania Alimentar (Artigo 9º do Decreto 40.544/00).

O Grupo Executivo Municipal deverá realizar análise e comentários dos dados recebidos da Coordenação Geral.

11 – INFORMAÇÕES E ESCLARECIMENTOS SOBRE A POLÍTICA DE CIDADANIA ALIMENTAR

Coordenação da Política de Cidadania Alimentar
Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul
Av. Borges de Medeiros, 1501
5º Andar - Sala 8 ou 11
CEP. 90 110-150-Porto Alegre/RS
Fones: (51) 3288-5896
3288 5897
3288 5906
3225 5924 (Fax)
E-mail: cidadaniaalimentar@saude.rs.gov.br

Anexo 1**A - Orientação para a tomada e acompanhamento de peso em crianças menores de 06 anos de idade.**

O Cartão da Criança é um instrumento de grande importância para a avaliação global do estado de saúde da criança, uma vez que possibilita o acompanhamento do crescimento com outras ações fundamentais para a saúde infantil, como, por exemplo, a imunização e o desenvolvimento neuro-psicomotor. O Cartão da Criança deve ser fornecido na Maternidade e utilizado para acompanhar o peso da criança nas consultas ambulatoriais, nas internações hospitalares e/ou em outros locais que prestam atendimento à criança.

O Cartão da Criança ficará de posse da mãe ou responsável, o que lhe permitirá uma participação mais ativa na promoção e preservação da saúde da criança. Para isso, devem ser dadas as informações necessárias à avaliação e interpretação do gráfico, preparando-a para opinar e intervir no processo de crescimento.

Para obter-se o diagnóstico efetivo do crescimento da criança é necessário que se faça pesagem sistemática e continuada, com anotações no gráfico do Cartão da Criança, seguindo, no mínimo, o calendário de consultas agendadas, recomendadas pelo Ministério da Saúde, como segue:

- 1º ano de vida - 7 anotações no gráfico;
- 2º ano de vida - 4 anotações no gráfico;
- 3º ano de vida - 2 anotações no gráfico;
- 4º ano de vida - 1 anotação no gráfico;
- 5º ano de vida - 1 anotação no gráfico.

B - Técnica de Pesagem

O peso de crianças com até dois anos de idade deverá ser verificado em balança de mesa, tipo pesa-bebê, ou balança suspensa, tipo mola.

Antes de colocar a criança com menos de 2 anos na balança deve-se calibrar o fiel em zero. No caso de se utilizar algum pano ou papel, estes devem ser colocados antes da calibração. As balanças de mola tem um parafuso ou botão para levar o fiel ao ponto zero.

A criança com menos de dois anos deve estar despida (sem fraldas e sem sapatos) sentada ou deitada no centro do prato da balança.

Para crianças maiores, pode ser utilizada a balança tipo plataforma, onde a criança é colocada de pé, no centro da plataforma, com os braços estendidos ao longo do corpo e com o mínimo de roupa possível, para não constrangê-la.

Antes de colocar a criança maior na balança de plataforma, deve-se calibrar o fiel em zero.

Movimentar o peso grande da balança até o peso provável da criança, destravar a balança e movimentar o peso pequeno até o ponto de equilíbrio. Estas medidas e anotações deverão ser executadas com cuidado, pois a falha técnica, a distração, a impaciência e a pressa provocam erros que podem prejudicar a correta avaliação do estado nutricional.

A mãe deve estar ao lado da criança, sempre que possível, para tranquilizá-la.

C - Interpretação do Cartão da Criança Peso /Idade

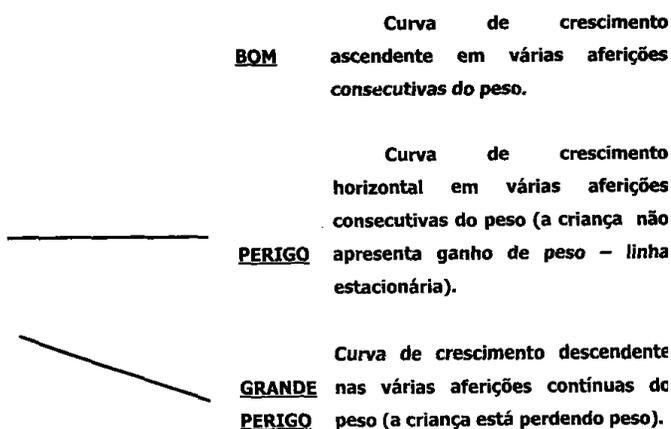
A curva superior do gráfico no Cartão da Criança corresponde ao percentil 97, a curva inferior corresponde ao percentil 3 e a curva pontilhada ao percentil 10 do National Center For Health Statistics (NCHS), utilizado como padrão de referência internacional.

Para colocar o peso medido no gráfico do Cartão da Criança, deve-se traçar uma linha vertical imaginária a partir da idade da criança e outra horizontal a partir do valor do peso da criança. Em seguida, marca-se com um ponto o local de cruzamento destas duas linhas; este ponto representa a posição do peso da criança no gráfico de crescimento.

Para fins de coleta de dados será considerada desnutrida ou em risco nutricional a criança com o peso abaixo do percentil 10 (linha pontilhada do

D - Avaliação do Gráfico:

O gráfico Peso-Idade permite acompanhar o crescimento através de avaliações periódicas do peso da criança em relação a sua idade, podendo-se considerar como apresentado no esquema a seguir:



Percentil 10 e percentil 3 da relação peso/idade: conforme a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, uma criança que se encontra com o peso igual ou inferior a esses dois limites tem uma possibilidade maior de apresentar uma situação de distúrbio nutricional. Em outras palavras, pode-se afirmar que o percentil 10 ou o percentil 3 da relação peso/idade é a linha da separação representada no gráfico de crescimento do Cartão da Criança, indicando o limite inferior de separação entre a normalidade e a possível desnutrição ou retardo de crescimento. A visualização do gráfico esclarece bem o princípio e a aplicação da linha "percentil 10" ou "percentil 3".

E - Esquema de orientação alimentar para crianças em desmame.

Utilizar alimentos adequados à idade da criança e ao estado nutricional.

Considerar a disponibilidade de alimentos da família para orientar a composição de misturas alimentares equilibradas e pouco onerosas como, por exemplo:

- tubérculo ou cereal + leguminosa + vitamina + gordura (arroz + feijão + suco de laranja + óleo);
- tubérculo ou cereal + proteína de origem animal e hortaliça + gordura (arroz + guisado + couve + óleo);
- cereal + proteína de origem animal + gordura (arroz + leite + açúcar + óleo);
- adicionar à dieta óleos vegetais (soja), para aumentar a taxa calórica, melhorar o sabor e a consistência da dieta, obtendo-se conseqüentemente, uma recuperação nutricional mais rápida (adicionar uma colher de chá para cada 100 a 120 ml de leite e também à refeição sólida, que pode ser a mesma da família);
- complementar, através de programas de suplementação alimentar, a dieta da criança, em quantidades proteico-calórica necessárias para a recuperação nutricional.

Anexo 2**SISTEMA DE INFORMAÇÃO**

O Sistema de Informação utilizado na Vigilância Nutricional é preconizado pelo Ministério da Saúde e está sendo implantado e implementado em todo o Brasil. O SISVAN vai permitir comparar e analisar a situação nutricional entre os Estados e entre os Municípios do RS.

A - Orientações para o Preenchimento dos Formulários do SISVAN**1. Formulários da Unidade de Saúde/Mapa Mensal**

Neste Formulário deverá constar o número de crianças atendidas na Unidade de Saúde, de acordo com a faixa etária e estado nutricional.

Dia do mês: esta coluna corresponde aos dias do mês em que as crianças foram atendidas.

As outras colunas correspondem às faixas etárias subdivididas de acordo

Sobrepeso: crianças com o peso acima do percentil 97 no gráfico;

Normal: crianças com peso entre o percentil 97 e 10 no gráfico;

Baixo peso: crianças com o peso abaixo do percentil 10 no gráfico;

Recuperada: crianças que passaram do baixo peso para o peso normal.

O peso de cada criança que chega a Unidade de Saúde deverá ser anotado no formulário do SISVAN uma única vez no mês.

Total: corresponde à soma do número de crianças avaliadas de acordo com a faixa etária e o estado nutricional.

2 - Formulário para as Secretarias Municipais de Saúde/Resumo Mensal.

Os formulários enviados das Unidades de Saúde para as Secretarias Municipais de Saúde correspondentes, deverão ser condensados em um único documento, onde constará o número de cada unidade de saúde, com o total de crianças atendidas, segundo faixa etária e estado nutricional.

As Secretarias Municipais de Saúde farão a condensação e análise dos dados. Esses dados serão informados à SES/RS por meio do Relatório Trimestral de Gestão Municipal ou, sempre que solicitado pelas Coordenadorias Regionais de Saúde, em periodicidade menor.

Anexo 3

A - Avaliação do estado nutricional da gestante:

A avaliação da gestante é realizada com o auxílio do Nomograma, hematócrito e hemoglobina. No nomograma, o índice peso para a altura da gestante é comparado com um padrão de peso ideal para a altura. A avaliação laboratorial detecta um achado freqüente na gestação: a anemia.

O objetivo dessa avaliação é identificar gestantes com déficit nutricional ou sobrepeso e anemia, realizando intervenções adequadas a cada caso, de forma a melhorar o estado nutricional materno e o peso do recém-nascido.

Indicadores:

- Percentual de peso/altura, em relação ao padrão de referência para a idade gestacional. Esse indicador dispensa o conhecimento do peso anterior à gestação.
- Hematócrito e hemoglobina.

Nomograma

O ganho de peso materno deve ser controlado através da curva no Cartão da Gestante junto com o Nomograma (figura 1).

O padrão é a curva de Peso/Altura, desenhada por Jelffer e expressa com percentual de peso ideal para a altura e idade gestacional.

1) Para encontrar este valor, proceder da seguinte maneira:

- marcar com uma régua o número equivalente à altura (na 1ª coluna do nomograma), passando pelo número equivalente ao peso encontrado (na 2ª coluna do nomograma) até chegar ao percentual de peso correspondente (3ª coluna do nomograma);
- marcar no gráfico o ponto correspondente ao percentual encontrado e à idade gestacional, sendo que sua posição corresponderá ao estado nutricional da gestante;
- a gestante com déficit nutricional ou aumento de peso inadequado durante a gestação apresenta maior risco. O aumento excessivo de peso predispõe à macrosomia fetal, assim como o pouco aumento pode estar relacionado ao retardo de crescimento intra-uterino. O súbito aumento de peso também pode ser devido a quadro de pré-eclâmpsia (edema);
- a utilização da curva devidamente preenchida, permite identificar a evolução do ganho ponderal e diagnosticar as situações em que se torna necessário maior cuidado, para a orientação adequada a cada caso.

Achados

- Ponto situado na faixa "B", assim como traçado ascendente dentro desta faixa, indicam bom estado nutricional (figura 1 a).
- Ponto situado na faixa "A" indica peso insuficiente para a altura (investigar desnutrição, hiperemese gravídica, infecções, anemias e etc.).

- Ponto situado na faixa "C" e traçado que se mantém nesta faixa indicam peso superior ao normal (investigar obesidade, edema, polidrâmio, macrosomia, gemelar e etc.) (Figura 1 b).
- Traçado na faixa "B" com inclinação horizontal ou descendente e traçado na faixa "A" que não atinge a faixa "B" indicam gestante de risco, que deve ter investigada a presença dos fatores citados anteriormente (figura 1 c).

Avaliação do nível de hemoglobina

Hematócrito e Hemoglobina (Hemograma)

A anemia hipocrômica e microcítica, por deficiência de ferro, é um achado freqüente na gestação. As necessidades de ferro aumentadas geralmente não são cobertas pela dieta, devendo ser indicada a suplementação de ferro, principalmente na segunda metade da gestação. Os valores de hemoglobina, com as respectivas condutas podem ser visto no quadro abaixo.

Valores de hemoglobina e conduta na gestação

HEMOGLOBINA (Hb)	CONDUTA
Hemoglobina > 10g/dl	Não há anemia.
	Fazer suplementação de ferro, a partir da 20ª semana
Hemoglobina entre 8 a 10 g/dl	Anemia leve a moderada. Tratar. Solicitar EPF e tratar parasitoses após 2º trimestre. Após 30-60 dias: se a Hb estiver subindo, continuar tratamento até atingir 10g/dl; se a Hb estiver igual ou diminuir, referir ao Pré-Natal de Alto Risco.
Hemoglobina < 8g/dl	Anemia grave. Referir ao Pré-Natal de Alto Risco

Prevenção ou Tratamento da Anemia

A prescrição de Sulfato Ferroso para gestantes deve ser feita como segue:

- Dose de Suplementação (quando a Hb for igual ou maior que 10g/dl): usar 1 cp (300mg), que corresponde a 60mg de ferro elementar;
- Dose de Tratamento (quando a Hb encontra-se entre 8-10g/dl): usar 3cp/dia (900mg).

B - Aleitamento Materno

Alguns esclarecimentos sobre a amamentação precisam ser feitos durante o pré-natal, no sentido de esclarecer a mãe sobre a importância do aleitamento materno.

Todo leite materno é adequado para o melhor crescimento e desenvolvimento do bebê até os 6 meses de vida. Nessa fase, não é necessário dar outro alimento. A amamentação deve ser continuada, se possível, até os 2 anos de idade, ao mesmo tempo em que são introduzidos novos alimentos adequados para a criança.

A alimentação da mãe que amamenta deve ser normal e equilibrada, acrescida de , em média, 500Kcal/dia.

O aleitamento materno é contra-indicado quando a mãe apresentar sorologia positiva para HIV.

Vantagens do aleitamento materno:

- é o melhor alimento para o bebê, contendo todos os nutrientes que a criança precisa até os seis meses de vida;
- é de fácil digestão;
- protege o bebê contra doenças: os bebês que mamam no peito têm menos desnutrição, episódios de diarreia, infecções respiratórias e alergias do que aqueles alimentados artificialmente;
- transmite amor e carinho, fortalecendo a relação entre mãe e filho, e

facilitando o desenvolvimento psicomotor, emocional e social da criança;

- a amamentação evita a obesidade da criança e do futuro adulto, porque a superalimentação, nesta fase precoce, aumenta o número de células adiposas, que permanecerão por toda a vida;
não precisa coar, ferver, nem esfriar;
está sempre pronto, em qualquer hora e lugar, na temperatura ideal;
reduz o risco de câncer de mama e ovário.

Anexo 4

Orientação para acompanhamento de idosos

O conceito da integralidade está intimamente associado ao conceito de cidadania e, no que tange à atenção ao idoso, necessita uma abordagem multisetorial por apresentar condições fisiológicas, fisiopatológicas e sociais que diferem das outras faixas etárias. Portanto, é indispensável o entendimento de que o idoso não é, simplesmente, um adulto que envelheceu e, por conseguinte, adoeceu. É preciso tratar o cidadão que chegou à velhice com uma atenção especial para que alcance ou mantenha a boa qualidade de vida.

A escuta profissional vai além dos procedimentos ditos técnicos, exigindo sensibilidade e tempo suficiente. Exige, também, uma abordagem intersectorial já que a morbidade e a necessidade de politerapias podem estar presentes. A prática da anamnese dirigida é particularmente interessante, já que permite apreender a multifacetada desta fase da vida. As perguntas devem versar sobre hábitos de vida como, por exemplo, fumar, beber, hábitos alimentares, práticas regulares de lazer e de atividade física, convivência social, vacinação, medidas regulares de peso e da pressão arterial, teste para verificação de diabetes, ida ao dentista, ao urologista (exame de próstata), ao oftalmologista, osteoporose, etc. As perguntas poderiam ser orientadas para registro, conforme Ficha do Idoso (anexo 5).

ANEXO 5
POLÍTICA DE CIDADANIA ALIMENTAR

FICHA DE INSCRIÇÃO E ACOMPANHAMENTO PARA GESTANTES/NUTRIZES

Form fields for pregnant women/nurses including: GRUPO, Data da inscrição, Nº Inscrição, Nome da beneficiária, Endereço completo, Unidade Saúde*, Data de nascimento, Idade gestacional, Estado nutricional, Data de nascimento do filho.

ACOMPANHAMENTO

Table with 7 columns: MÊS, IDADE GEST. (em semanas), ESTADO(1) NUTRICIONAL, NÃO COMPARECEU, VISITA DOMICILIAR, ABANDONO, ALEITAMENTO MATERNO (2)

(1) Eutrófica; Desnutrida; Recuperada (2) Exclusivo; Misto

DATA DESLIGAMENTO: / /

ANEXO 5
POLÍTICA DE CIDADANIA ALIMENTAR

FICHA DE INSCRIÇÃO E ACOMPANHAMENTO PARA IDOSOS

Form fields for elderly citizens including: GRUPO 6, Data da inscrição, Nº Inscrição, Nome do beneficiário, Endereço completo, Unidade de Saúde*, Data de nascimento, Idade, Sexo, Peso, TA, Sabe se é hipertenso?, Sabe ser diabético?, Sabe ter alteração de colesterol?, Tem atividade física regular?, Se homem: já fez avaliação da próstata?, Se mulher: já fez avaliação hormonal?, faz terapia de reposição hormonal?

ACOMPANHAMENTO

Table with 6 columns: MÊS, PES., TA, NÃO COMPARECEU, VISITA DOMICILIAR, ABANDONO

DATA DESLIGAMENTO: / /

MOTIVO DO DESLIGAMENTO:

POLÍTICA DE CIDADANIA ALIMENTAR

FICHA DE INSCRIÇÃO E ACOMPANHAMENTO PARA CRIANÇAS

Form fields for children including: GRUPO, Data da inscrição, Nº Inscrição, Nome do beneficiário, Nome do responsável, Endereço completo, Unidade Saúde*, Data de nascimento, Idade, Sexo, Estado nutricional, Curva de crescimento (cartão da criança).

ACOMPANHAMENTO

Table with 7 columns: MÊS, IDADE (em meses), ESTADO(1) NUTRICIONAL, CURVA DE(2) CRESCIMENTO, NÃO COMPARECEU, VISITA DOMICILIAR, ABANDONO

(1)Eutrófico; Risco Nutricional; Baixo Peso; Recuperado

(2)Ascendente; Descendente; Horizontal

DATA DESLIGAMENTO: / /

**Anexo 7
POLÍTICA DE CIDADANIA ALIMENTAR
FICHA CADASTRAL DA FAMÍLIA**

MUNICÍPIO: _____ DATA: ____/____/____ FICHA Nº. _____
 NOME DO REQUERENTE: _____ Documento de Identidade/tipo: _____
 SEXO: () Masc () Fem ENDEREÇO: _____ Reside no município há ____ anos

1. Informações do Requerente:
1.1 Estado Civil:
 Solteiro Divorciado
 Casado Concupino
 Viúvo

1.2. Situação no mundo do trabalho:
 Assalariado Biscateiro
 Autônomo Aposentado/Pensionista
 Sem trabalho. Há quanto tempo: _____
 Acesso a seguro desemprego no último semestre

2. Informações de Crianças e Adolescentes:

2.1. Crianças de 0 a 5 anos:

Crianças ate 12 meses nas quais houve:
 Óbito de irmão < de 5 anos Desmame precoce
 Mãe não completou 1º grau Mãe < 18 anos

2.2. Situação de Saúde e Nutrição:

Situação/idade	0 a 23 meses	24 a 59 meses
Peso > P10		
Peso < ou = P10		
Peso < ou = P3		
Total		
Mãe HIV +		
Imunizações Atrasadas		
Hospitalização último ano		
Suplementação Alimentar no último ano		

2.4. Crianças e Adolescentes até 16 anos: _____

Sofrendo vulnerabilidade de outro tipo:
 Vivendo na rua em situação de mendicância
 Vítimas de Violência
 Exploração Sexual
 Alcoolismo
 Drogadição
 Cumprindo medida sócio-educativa e/ou de proteção

Criança ou Adolescente em trabalho remunerado
 Portador de necessidades especiais (aud, vis, ment)
 Portador de HIV
 Fragilidade no papel dos responsáveis
 Outros. Quais? _____

3. Informações dos Adultos:

3.1. Total de gestantes: _____

Em pré-natal
 HIV+
 Desnutridas ou com Hb<10g/dl

3.2. Idosos > 60 anos: _____

Com renda per capita < 1/2 SM
 Em acompanhamento em Unidade de Saude
 Recebendo BPC
 Já recebeu algum auxílio alimentar

4. Características da Moradia

4.1. Quantas pessoas vivem na moradia? _____

4.2. Situação da moradia:

Própria Cedida
 Alugada Ocupada/Invadida
 Alterna casa e rua Morador de rua
 Acampamento Morador de albergue
 Outro. Qual? _____

4.3. Situação do Terreno:

Próprio Ocupado/Invadido
 Cedido Outros

4.4. A moradia dispõe de:

Rede de abastecimento de água Esgoto sanitário
 Energia Elétrica Coleta de lixo

5. Convivência Familiar

5.1. Há integrantes da família institucionalizados?

Sim Não
 Quem? _____

5.2. Quantos estão institucionalizados em:

Albergue Asilo
 Abrigo Sistema prisional
 Outro. Qual? _____

5.3. N° de integrantes da família que participam de grupos de atendimento na rede básica de serviços:

Saúde (grupo gestante, outros)
 Educação (MOVA, outros)
 Assistência Social (grupo de convivência, outros)

5.4. Quantos integrantes da família participam de grupos?

Assoc. de moradores, clubes de mães, sindicatos, etc.
 Grupos recreativos, esportivos, culturais, religiosos, etc.
 Grupos de auto-ajuda (AA, NA, AL ANON, etc.)
 Outros. Quais? _____

5.5. Com quem ficam as crianças de 0 à 6 anos de idade, quando o responsável não está em casa?

Vizinhos Escola/Creche
 Parentes (adultos) Sozinhos
 Parentes (crianças ou adolescentes)
 Outro. Quem? _____

6. Trabalho

6.1. Algum integrante da família tem ou teve acesso a cursos de capacitação e/ou qualificação profissional?

Sim. Quais? _____
 Não. Por que? _____

6.2. Algum integrante da família participa de projeto de geração de renda de caráter associativo ou cooperativo?

Sim. Quais? _____
 Não

MUNICÍPIO: _____

FICHA Nº: _____

INTEGRANTES DA FAMÍLIA

NOME	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	GRUPO*	PARENTESCO COM O REQUERENTE

* Preencher com o número correspondente no caso de ingresso na Política de Cidadania Alimentar.

Anexo 8

PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS DA CIDADANIA ALIMENTAR				
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE				
01 - NOME DO ÓRGÃO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE		02 - Nº AGENCIA E CONTA CORRENTE	03 - EXERCÍCIO (ano)	
		04 - CGC	05 - UF RS	
PROJETOS/ATIVIDADES				
06 - ESPECIFICAÇÃO/DESCRIÇÃO		07 - INDICADOR FÍSICO		08 - PREVISÃO DE EXECUÇÃO
		UNIDADE DE MEDIDA	QTD.	INÍCIO TÉRMINO
(EM R\$ 1,00)				
09 - NATUREZA DA DESPESA		10 - CONCEDENTE SES/RS	11 - Participação do Município-SMS/FMS	12 - Participação de Recursos Federais
13 - TOTAL				
CODIGO	ELEMENTO DE DESPESA			
	Pessoal			
	Material de Consumo			
	Serviços de Terceiros-Pessoa Física (inclusive reformas)			
	Serviços de Terceiros-Pessoa Jurídica (inclusive reformas)			
SUBTOTAL DE DESPESAS CORRENTES				
	Obras Cíveis (construção, ampliação)			
	Equipamentos e Material Permanente			
SUBTOTAL DE DESPESAS DE CAPITAL				
14-TOTAL GERAL				
15 - AUTENTICAÇÃO				
		(NOME DO GESTOR DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE)		(ASSINATURA DO GESTOR DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE)
16 - DATA DA APROVAÇÃO NO CMS: / /				
ATA/CMS Nº / (EM ANEXO)				

Anexo 9
INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO
PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS
DA POLÍTICA DE CIDADANIA ALIMENTAR

CAMPO 01

NOME DO ÓRGÃO

Completar o quadro de acordo com o nome do município.

CAMPO 02

Colocar o nº da agência e o nº da conta corrente aberta no Banrisul para o recebimento dos recursos financeiros da Política de Cidadania Alimentar.

CAMPO 03

EXERCÍCIO

Colocar o ano do exercício a que refere-se o Plano de Aplicação.

CAMPO 04

CGC

Indicar o nº de inscrição do órgão no Cadastro Geral de Contribuintes no Ministério da Fazenda.

CAMPO 05

UF

Já preenchido

CAMPO 06

ESPECIFICAÇÃO/DESCRIÇÃO DOS PROJETOS/ATIVIDADES

Especificar ou descrever, sucintamente, o projeto/atividade a ser desenvolvido. Colocar em anexo, descrição detalhada de no mínimo 20 linhas sobre a que refere-se esta atividade, especificando o número de usuários que serão atendidos pela política por cada grupo populacional prioritário, os tipos de alimentos que serão adquiridos, como também o valor do recurso a ser aplicado.

CAMPO 07

INDICADOR FÍSICO

Refere-se à qualificação física do produto de cada projeto/atividade.

Unidade: indicar a unidade de medida que melhor caracterize o produto de cada projeto/atividade

Quantidade: indicar a quantidade prevista para cada unidade de medida.

CAMPO 08

PREVISÃO DE EXECUÇÃO

Refere-se ao período de execução do projeto/atividade

Início: registrar a data referente ao início de execução do projeto/atividade

Término: registrar a data referente ao término de execução do projeto/atividade.

CAMPO 09

NATUREZA DA DESPESA (Código)

Preencher com o código referente ao elemento de despesa correspondente aplicação dos recursos orçamentários.

Indicar, correlacionando-o com o respectivo código, o elemento de despesa correspondente à aplicação dos recursos orçamentários.

No quadro são apresentados elementos mais utilizados. Outros poderão ser acrescidos, de acordo com a despesa prevista a ser realizada.

CAMPO 10

CONCEDENTE

Indicar, em R\$ 1,00 os valores de despesa de capital/investimento e corrente (custeio) dos projetos/atividades a serem custeados com recursos orçamentários da Política de Cidadania Alimentar.

CAMPO 11

PARTICIPAÇÃO DO MUNICÍPIO - SMS-FMS

Indicar em R\$ 1,00, SE HOUVER, os valores que correrão por conta da participação do município. Não há obrigatoriedade de contrapartida de recursos municipais.

CAMPO 12

PARTICIPAÇÃO DE RECURSOS FEDERAIS

Indicar em R\$ 1,00, SE HOUVER, os valores que correrão por conta da transferência de recursos federais.

CAMPO 13 e 14

VALOR TOTAL POR NATUREZA DE GASTOS

Indicar os somatórios dos valores das despesas correntes e de capital.

CAMPO 15

AUTENTICAÇÃO

Indicar a data de preenchimento do formulário, o nome e a assinatura do Gestor do Fundo Municipal de Saúde - FMS.

CAMPO 16

APROVAÇÃO DO CMS

Indicar a data de aprovação do Plano de Aplicação no CMS e o nº da ata da reunião que o aprovou. Deverá ser anexado xerox da mesma ao Plano de Aplicação.

IMPORTANTE: anexar ao plano de aplicação da Cidadania Alimentar o ato de nomeação dos componentes do Grupo Executivo Municipal, e a ata de aprovação do respectivo plano pelo Conselho Municipal de Saúde com a relação dos integrantes presentes, tendo nesta, identificados os representantes do orçamento participativo.

Anexo 10

RELATÓRIO DE GESTÃO DA CIDADANIA ALIMENTAR

MUNICÍPIO: _____ CRS: _____

MÊS: _____ ANO: _____

1. Número de usuários

POPULAÇÃO	Nº INSCRITOS	Nº QUE RETIROU O BENEFÍCIO	NOVOS
Grupo 1	< 24 meses		
	24 - 59 meses		
	Total		
Grupo 2			
Grupo 3			
Grupo 4			
Grupo 5			
Grupo 6			

2. Produtos adquiridos

ALIMENTO	QUANTIDADE E MEDIDA	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
TOTAL			

3. Estado Nutricional

CRIANÇAS		E	BP/ RN	RCP	TOTAL	Abandono	Curva de crescimento		
GRUPO 1							ascendente	descendente	horizontal
Risco Nutricional (P10 à P3)	< 24 meses								
	24-59 meses								
	Total								
Desnutridas (< P3)	< 24 meses								
	24-59 meses								
	Total								
GRUPO 2	< 24 meses								
	Total								
GRUPO 3	0-59 meses								
	TOTAL								

GESTANTES

GRUPO		BP	RCP	Hb<10	Pe Hb<10	TOTAL	Desligadas	Abandono
GRUPO 5	21-30 sem anas							
	>=31 sem anas							
	TOTAL							
GRUPO 5	<=20 sem anas							
	21-30 sem anas							
	>=31 sem anas							
GRUPO 5	TOTAL							
	NUTRIZES							
TOTAL								

Legenda: E= Eutrófico BP= Baixo Peso RN= Risco Nutricional RCP= Recuperado

IDOSOS

GRUPO	TA	<=140 x 90	>140 x 90	>=160 x 100	Desligados	Abandono
		igual	menor	maior		
6	PESO*					

*ao da inscrição

5. Grupo Executivo Municipal (GEM): nome e assinatura

LOCAL E DATA:

D- 232 810

**Secretaria das Obras Públicas,
e Saneamento**

Súmula do Termo de Contrato nº 024/01-CO

PARTES: Secretaria das Obras Públicas e Saneamento e a PROCERGS – Companhia de Processamento de Dados do Estado do Rio Grande do Sul; **OBJETO:** Constitui objeto do presente contrato a conexão eletrônica à Internet, através de IP DEDICADO. **PREÇO:** Os preços, base de fevereiro/2001, são os constantes na Tabela de Preços – Anexo I, entendidos como preços justos e suficientes para a total execução do presente objeto; conexão dedicada à Internet – 64 Kbps, conforme tabela de preços – Anexo I, nos preços já está incluído o valor do ISSQN (Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza), até o limite da alíquota em vigor, que é de 5% (cinco por cento); **RECURSO:** Atividade: 2541; Elemento: 3132; Recurso: 0001. Porto Alegre, 19 de março de 2001. Tudo conforme processo nº 942-2200/01.1. Em, 20 de junho de 2001. Diretoria Administrativa – SOPS

ANEXO

TABELA DE PREÇOS

CLIENTE: 29800 – SECRETARIA DAS OBRAS PÚBLICAS E SANEAMENTO

SERVIÇO: 06060 – VIA – CONEXÃO DEDICADA INTERNET

CONTRATO: 024/2001 – GSP

TAXA DE INSCRIÇÃO	R\$
Taxa de inscrição	350,00
VALOR MENSAL POR CANAL	R\$
Velocidade do canal 28.800 bps	320,00
Velocidade do canal 64 Kbps	650,00
Velocidade do canal 128 Kbps	1.300,00
Velocidade do canal 256 Kbps	3.200,00
Velocidade do canal 384 Kbps	4.800,00
Velocidade do canal 512 Kbps	5.512,00
Velocidade do canal 1 Mbps	8.925,00

VIGÊNCIA: Fev/2001-Jan/2002

Súmula do Termo de Contrato nº 025/01-CO

PARTES: Secretaria das Obras Públicas e Saneamento e a PROCERGS – Companhia de Processamento de Dados do Estado do Rio Grande do Sul; **OBJETO:** O presente contrato tem por objeto o fornecimento do serviço de acesso à rede IP de comunicação de dados, administrada pela PROCERGS, nos locais e velocidades descritas no Anexo II. **PREÇO:** Os preços dos serviços, base novembro/2000, são os constantes na Tabela de Preços – Anexo I, entendidos como preços justos e suficientes para a total execução do presente objeto; o valor anual deste Contrato é estimado em R\$ 1.200,00 (um mil e duzentos reais), nos preços já está incluído o valor do ISSQN (Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza), até o limite da alíquota em vigor, que é de 5% (cinco por cento); **RECURSO:** Atividade: 2541; Elemento: 3132; Recurso: 0001. Porto Alegre, 19 março de 2001. Tudo conforme processo nº 942-2200/01.1. Em, 20 de junho de 2001.

Diretoria Administrativa – SOPS