



SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

DIAGNÓSTICO

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
UNITAU

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

“Realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis.”

LEI ORGÂNICA DE
SEGURANÇA ALIMENTAR E
NUTRICIONAL - LOSAN, 2006



SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

“Realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis.”

LEI ORGÂNICA DE
SEGURANÇA ALIMENTAR E
NUTRICIONAL - LOSAN, 2006

DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL - DHAA

“Art. 2º - A alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população.”



INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL



Falta de acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente.



**Escala Brasileira de
Medida Domiciliar de
Insegurança Alimentar
(EBIA) é utilizada
como medida direta
da percepção da
insegurança alimentar
em nível domiciliar.
Classifica a IA em 4
níveis:**

Segurança Alimentar,
IA Leve,
IA Moderada
IA Grave

COMO AVALIAR A INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL?



**Triagem para o
Risco de
Insegurança
Alimentar, um
instrumento usado
para identificar
famílias em risco
de insegurança
alimentar**



INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

LEVE

Preocupação com o acesso aos alimentos no futuro ou quando a qualidade da alimentação é comprometida

MODERADA

Restrição na quantidade de alimentos consumidos, ou seja, as pessoas estão comendo menos do que deveriam

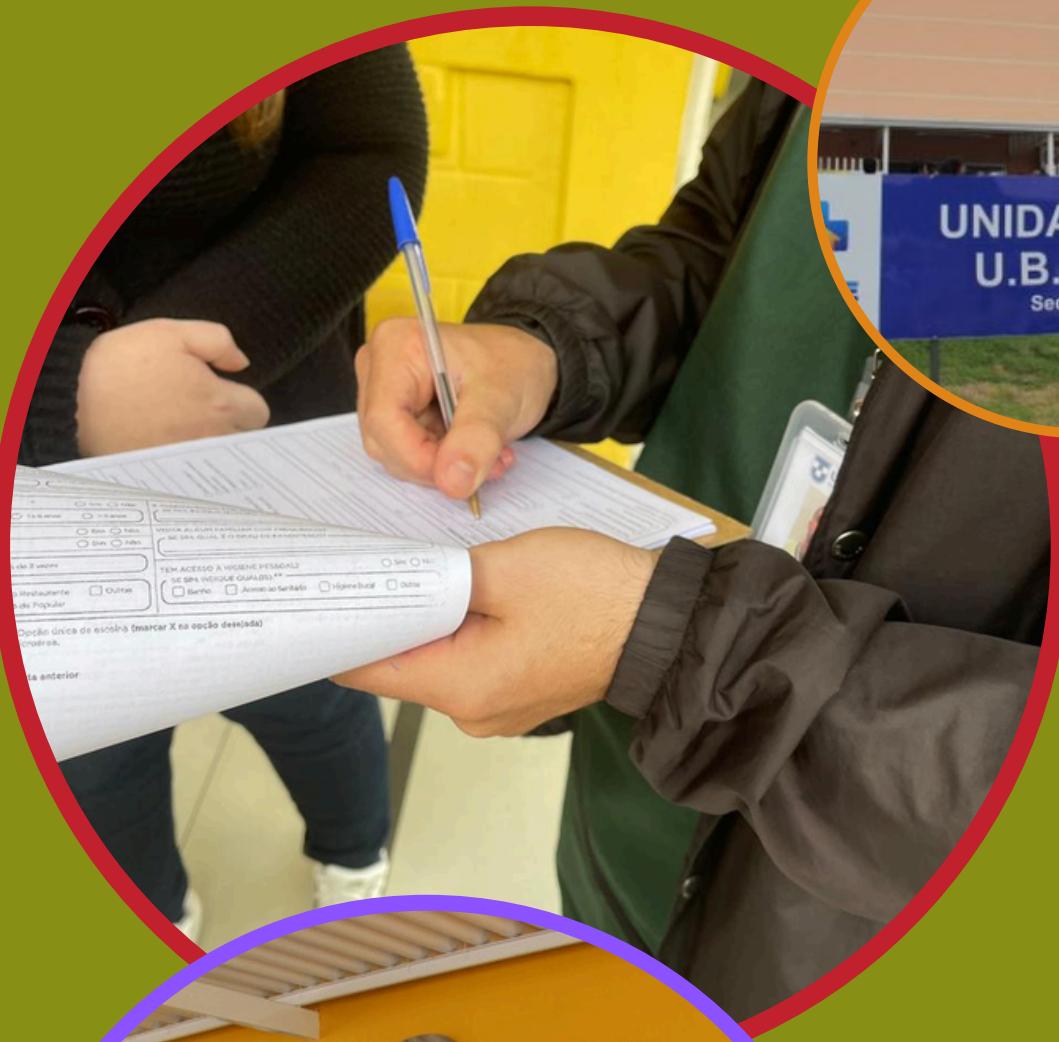
GRAVE

Privação no consumo de alimentos e fome

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM TAUBATÉ

ESTUDO SOBRE INSEGURANÇA ALIMENTAR E
NUTRICIONAL NO MUNICIPIO

01



O Estudo

- Parceria entre a Prefeitura de Taubaté e a Universidade de Taubaté - UNITAU
- Início 2024 (em andamento)
- **OBJETIVO:** Conhecer, analisar e divulgar a prevalência de segurança alimentar e nutricional da população taubateana.

Alessandra Lopez Rezende - Gestora de Segurança Alimentar e Nutricional – SEDIS

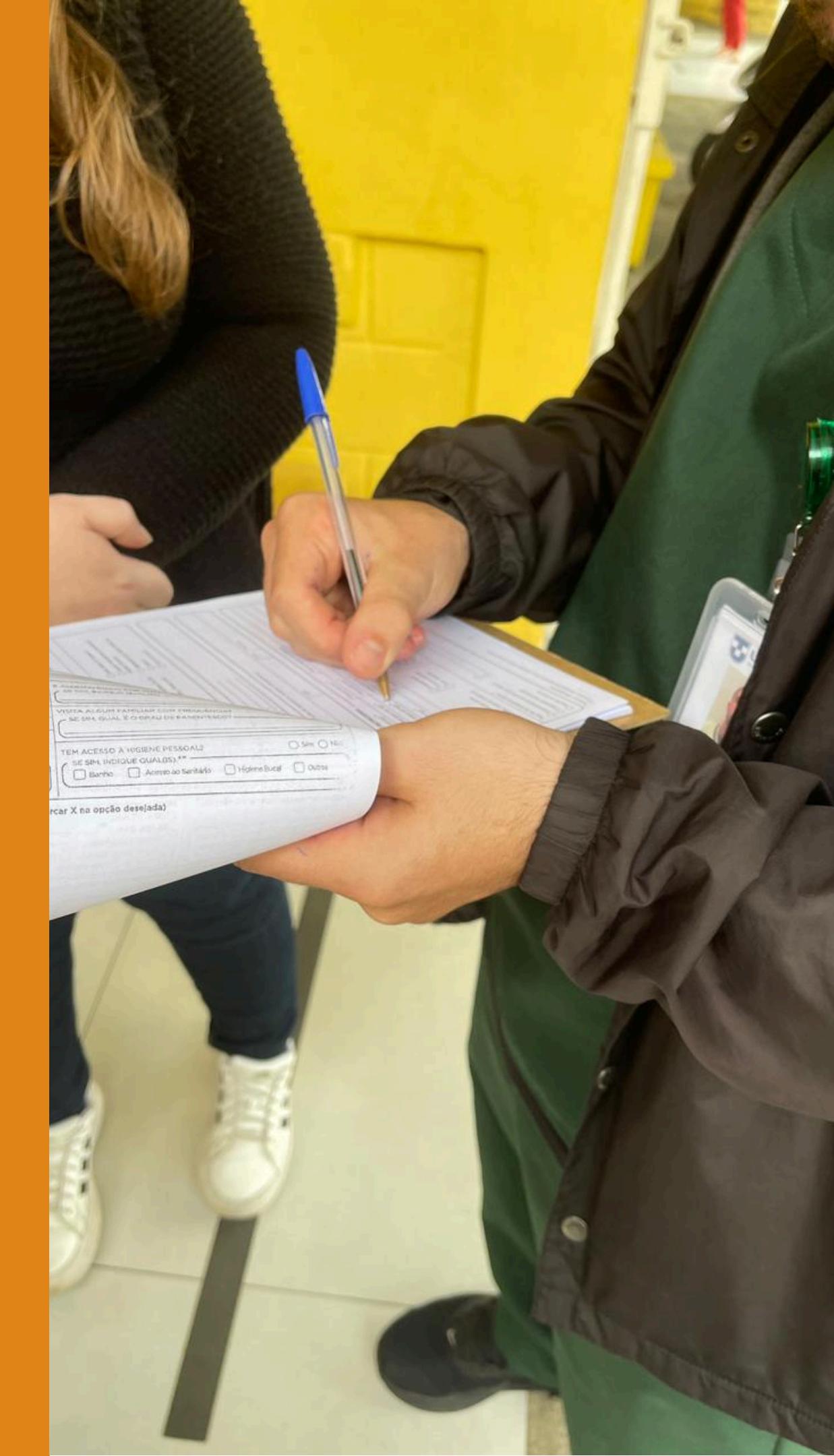
Amanda Caroline Leite Corrêa - Nutricionista da Coordenação da Atenção Primária à Saúde- SES

Prof. Dra. Alexandra Magna Rodrigues

Prof. Dra. Fabiola Figueiredo Nejar

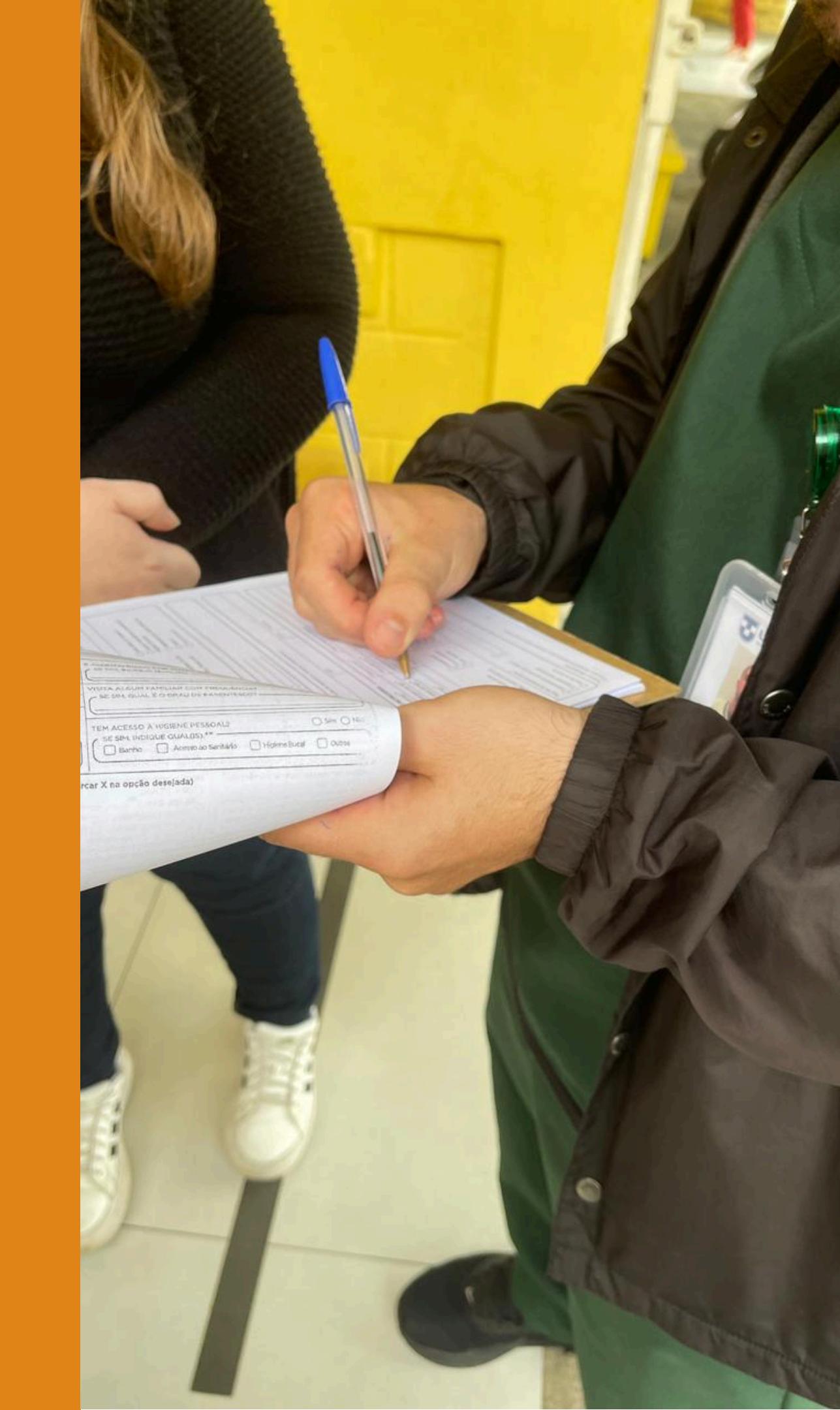
Prof. Ms. Michele Gilaberte Ribeiro

Prof. Dr. Luiz Fernando Costa Nascimento



O Estudo Objetivos específicos

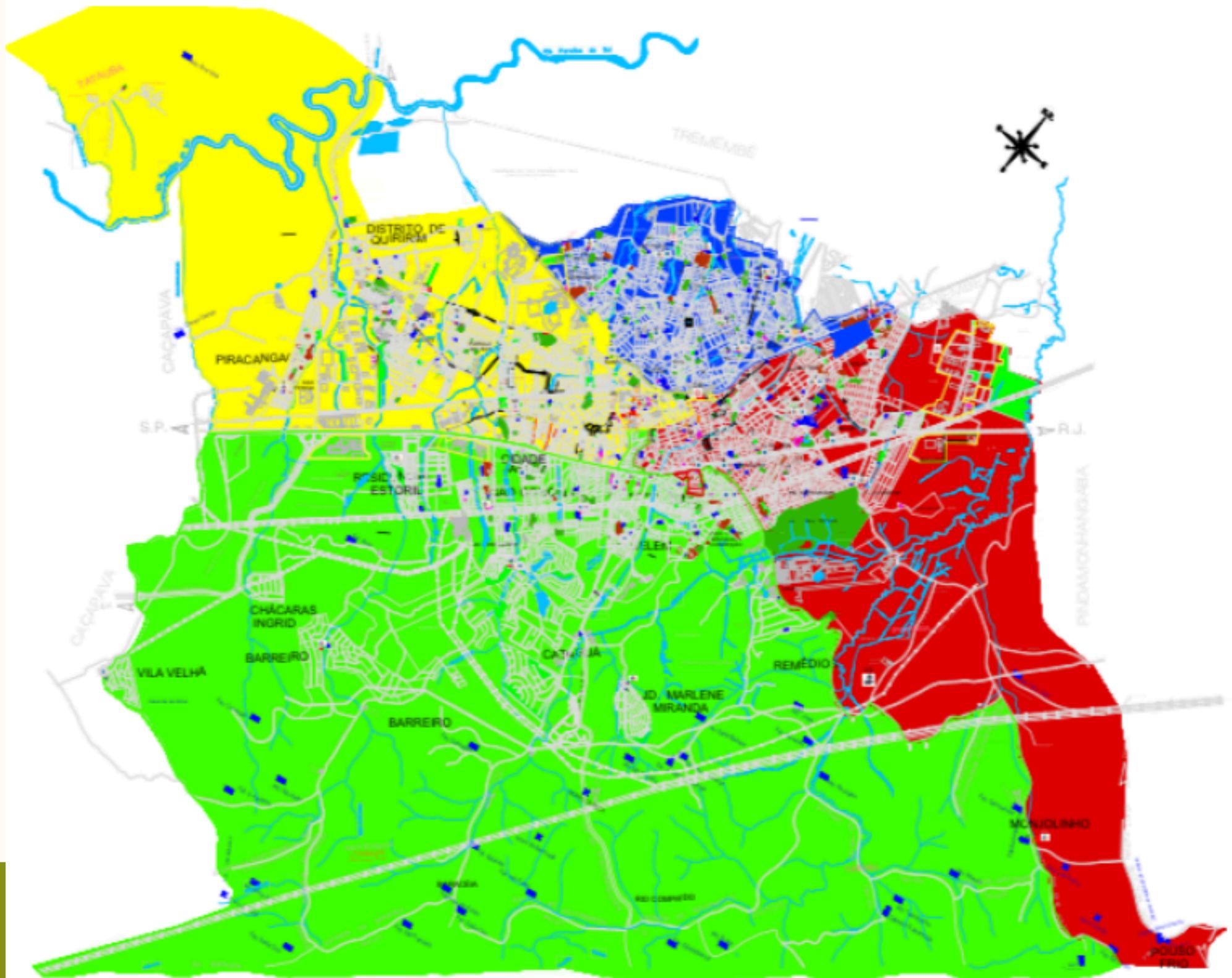
1. Analisar a prevalência de segurança alimentar e graus de insegurança alimentar por região do município de Taubaté;
2. Analisar os determinantes sociais e econômicos relacionados da segurança alimentar e nutricional da população do estudo;
3. Apresentar os resultados encontrados sobre segurança alimentar em mapas utilizando aplicativo de geoprocessamento;
4. Fornecer subsídios cientificamente embasados aos gestores das políticas públicas setoriais para a implantação de serviços e estabelecimento de parcerias para soluções dos problemas encontrados.



O Estudo Coleta de dados

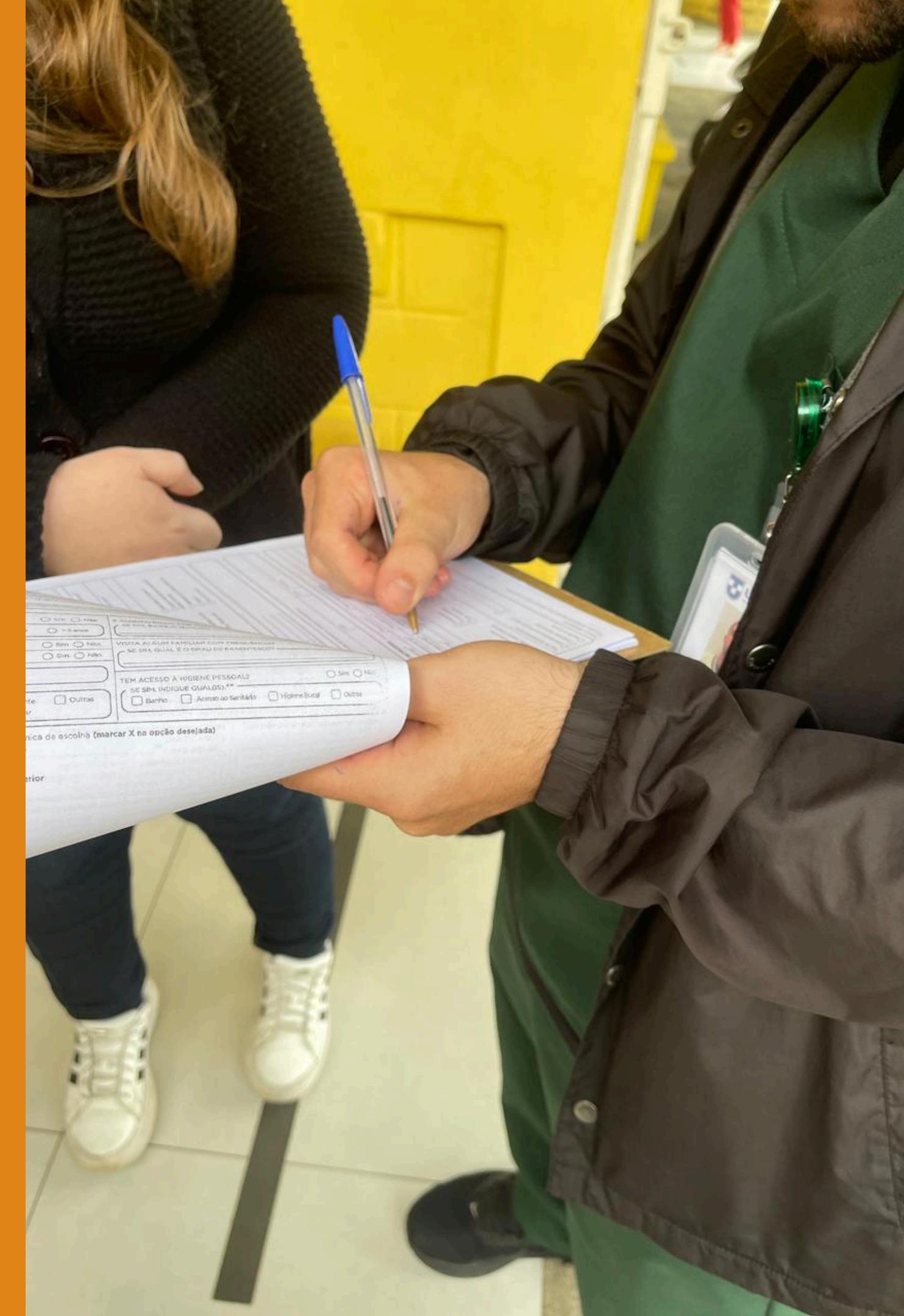
- Inicio: 11 de março de 2025
- Locais : UBS + Fazendinha
 - UBS + Chácaras Reunidas Brasil
 - UBS + Independência
 - UBS + Mourisco

Mapa de Regionalização - Taubaté



O Estudo Resultados preliminares

- Questionários aplicados:
 1. Ficha e acompanhamento nutricional do SISVAN
 2. Marcadores de consumo alimentar
 3. Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)



PEC

esus.taubate.sp.gov.br

gov.br

ACESSO À INFORMAÇÃO | PARTICIPE | LEGISLAÇÃO | ÓRGÃOS DO GOVERNO

SAÚDE eSUS
ATENÇÃO PRIMÁRIA

Usuário

Preenchimento obrigatório.

Senha 

Preenchimento obrigatório.

Acessar

Sistema fornecido pelo
Ministério da Saúde

Versão 5.3.33

[Termos de uso](#)

[Descubra mais sobre o e-SUS APS e o PEC](#)



Fonte: Radilson Gomes, Ministério da Saúde.

CADASTRO INDIVIDUAL

 DIGITADO POR: DATA: / /
 CONFERIDO POR: FOLHA N°:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO				
CNS OU CPF DO CIDADÃO*		CIDÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?		CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR
CPF _____		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		CPF _____
MICROÁREA*				
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> FA				
NOME COMPLETO: _____				
NOME SOCIAL: _____		DATA DE NASCIMENTO: * / /		SEXO: * (F/M)
RAÇA/COR: * <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Etnia: **		Nº NIS (PIS/PASEP) _____
NOME COMPLETO DA MÃE: _____				
<input type="checkbox"/> Desconhecido				
NOME COMPLETO DO PAI: _____				
<input type="checkbox"/> Desconhecido				
NACIONALIDADE: * <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro		PAÍS DE NASCIMENTO: **		DATA DE NATURALIZAÇÃO: ** / /
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO: **		MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO: **		
DATA DE ENTRADA NO BRASIL: ** / /		TELEFONE CELULAR: ()	E-MAIL:	

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

- Conjugue/Companheiro(a) Filho(a) Enteado(a) Neto(a)/Bisneto(a)
 Pai/Mãe Sogro(a) Irmão/Irmã Genro/Nora Outro parente Não parente

OCUPAÇÃO

- EMPREGADOR
 Assalariado com carteira de trabalho
 Assalariado sem carteira de trabalho
 Autônomo com previdência social
 Autônomo sem previdência social
 Aposentado/Pensionista
 Desempregado
 Não trabalha
 Servidor público/militar
 Outro

 FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? * Sim Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

- Creche
 Pré-escola (exceto CA)
 Classe de Alfabetização - CA
 Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
 Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
 Ensino Fundamental Completo
 Ensino Fundamental Especial
 Ensino Fundamental EJA - séries Iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)
- Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)
 Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)
 Ensino Médio Especial
 Ensino Médio EJA (Supletivo)
 Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
 Alfabetização para Adultos (Mobral etc.)
 Nenhum

 CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? Adulto Responsável Outra(s) Criança(s) Adolescente Sozinha Creche Outro

 FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? * Sim Não Sim Não Sim Não

 POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? * Sim Não

 É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL OU CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS? * Sim Não

SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? *

- Sim Não

 SE SIM, QUAL? **

- Heterossexual Gay Lésbica
 Bissexual Assexual Pansexual
 Outro

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)

 NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAMANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA? Sim Não

 NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU? Sim Não

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

SE ÓBITO, INDIQUE:

- Mudança de território Óbito

Data do óbito: ** / / / /

Número da D.O.: _____

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura _____

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE
CONDICÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

 ESTÁ GESTANTE? Sim Não

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

 SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?
 Abaixo do Peso Peso Adequado Acima do Peso

 TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? Sim Não

ESTÁ FUMANTE?

 Sim Não

FAZ USO DE ÁLCOOL?

 Sim Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?

 Sim Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?

 Sim Não

TEM DIABETES?

 Sim Não

TEVE AVC/DERRAME?

 Sim Não

TEVE INFARTO?

 Sim Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO?

 Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(S).**

 Insuficiência Cardíaca Outra Não Sabe

TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

 Sim Não

SE SIM, POR QUAL CAUSA?

TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE?

 Sim Não

ESTÁ ACAMADO?

 Sim Não

ESTÁ DOMICILIADO?

 Sim Não

USA PLANTAS MEDICINAIS?

 Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(S).

SE SIM, INDIQUE QUAL(S).

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES?

 Sim Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL?

2 - QUAL?

3 - QUAL?

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? *

 Sim Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?

 < 6 meses 6 a 12 meses 1 a 5 anos > 5 anos

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?

 Sim Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?

 Sim Não

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?

 1 vez 2 ou 3 vezes mais de 3 vezes

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?

 Restaurante Popular Doação Restaurante Outras

 Doação Grupo Religioso Doação de Popular

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?

 Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(S).

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA?

 Sim Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL?

 Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(S).**

 Banho Acesso ao Sanitário Higiene Bucal Outras

 Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior



FICHA DE CADASTRO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DO SISVAN

DIGITADO POR: / /
CONFERIDO POR: FOLHA N°:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:	CBO:	CÓD. CNES UNIDADE*:	CÓD. EQUIPE (INE):	MICROÁREA:
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:		LOCAL DE ATENDIMENTO: ⁽¹⁾		DATA: ⁽²⁾
				/ /

CADASTRO DO INDIVÍDUO

Nº CARTÃO SUS*: _____	NIS (Nº Identificação Social): _____		Data de Nascimento*: / /	
Nome completo: _____				
Nome completo da mãe: _____				
<input type="checkbox"/> Desconhecido Sexo: <input type="radio"/> 1. Masculino <input type="radio"/> 2. Feminino Raça / Cor: <input type="radio"/> 1. Branca <input type="radio"/> 2. Preta <input type="radio"/> 3. Parda <input type="radio"/> 4. Amarela <input type="radio"/> 5. Indígena Povo / Comunidade tradicional: ⁽²⁾ <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Estrangeira País de Nascimento: <input type="radio"/> _____ UF Nascimento: ⁽²⁾ <input type="radio"/> _____ Município Nascimento: ⁽²⁾ <input type="radio"/> _____				
Frequenta ou frequentou escola ou creche? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou? <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo				
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª) <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 9ª) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) <input type="radio"/> Ensino Médio Especial				
<input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral, etc) <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> Sem informação				

PROGRAMAS VINCULADOS

<input type="checkbox"/> Programa Bolsa Família	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SISVAN	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PSE	<input type="checkbox"/>

CADASTRO DE DOMICÍLIO

Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento): _____			
Bairro:	CEP:	DDD:	Telefone:

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL

Criança < 10 anos (peso em kg):*	Altura (em cm):*	Peso ao nascer (em gramas):	
Adolescente ≥ 10 e < 20 anos (peso em kg):*	Altura (em cm):*		
Adulto ≥ 20 e < 60 anos (peso em kg):*	Altura (em cm):*	Perímetro da cintura (em cm):	
Idoso ≥ 60 anos (peso em kg):*	Altura (em cm):*	Perímetro da panturrilha (em cm):	
Gestante (peso em kg):*	Altura (em cm):*	Peso pré-gestacional (em kg):	DUM: ⁽²⁾ / /

Doenças*		Deficiências e/ou intercorrências*	
<input type="checkbox"/> Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Anemia ferropriva	<input type="checkbox"/> IRA (Infecção Respiratória Aguda)
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Outras doenças	<input type="checkbox"/> DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo)	<input type="checkbox"/> Hipovitaminose A
<input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Sem doenças	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Outras deficiências e/ou intercorrências
<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica		<input type="checkbox"/> Infecções intestinais virais	<input type="checkbox"/> Sem deficiências e/ou intercorrências

Tipo de Acompanhamento*		Grupos	
<input type="radio"/> Atendimento na Atenção Básica	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hipertensos	<input type="checkbox"/> _____
<input type="radio"/> Chamada Nutricional	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Diabéticos	<input type="checkbox"/> _____
<input type="radio"/> Saúde na Escola			

*Campo Obrigatório.

**Campo obrigatório apenas para crianças menores de 2 anos.



MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

DIGITADO POR: / /
CONFERIDO POR: FOLHA N°:

CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES*	INE	DATA*
_____	_____	_____	_____	/ /

CNS DO CIDADÃO*: _____

Nome do Cidadão*: _____

Data de nascimento*: / / Sexo*: Feminino Masculino Local de Atendimento: _____

CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:	<input type="radio"/> Mingau <input type="radio"/> Água/chá <input type="radio"/> Leite de vaca <input type="radio"/> Fórmula infantil <input type="radio"/> Suco de fruta <input type="radio"/> Fruta <input type="radio"/> Comida de sal (de panela, papa ou sopa) <input type="radio"/> Outros alimentos/bebidas
		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe

CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida:	<input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:	<input type="radio"/> Outro leite que não o leite do peito <input type="radio"/> Mingau com leite <input type="radio"/> Iogurte <input type="radio"/> Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame) <input type="radio"/> Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, caruru, beldroega, betalha, espinafre, mostarda) <input type="radio"/> Verdura de folha (alface, acelga, repolho) <input type="radio"/> Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo <input type="radio"/> Fígado <input type="radio"/> Feijão <input type="radio"/> Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo) <input type="radio"/> Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) <input type="radio"/> Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) <input type="radio"/> Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados <input type="radio"/> Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelos, gelatinas) <input type="radio"/> Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?
		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="radio"/> Café da manhã <input type="radio"/> Lanche da manhã <input type="radio"/> Almoço <input type="radio"/> Lanche da tarde <input type="radio"/> Jantar <input type="radio"/> Ceia
	Ontem, você consumiu:	<input type="radio"/> Feijão <input type="radio"/> Frutas frescas (não considerar suco de frutas) <input type="radio"/> Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame) <input type="radio"/> Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) <input type="radio"/> Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) <input type="radio"/> Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados <input type="radio"/> Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelos, gelatinas)

CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelos, gelatinas)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

*Campo obrigatório

**Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

CADASTRO INDIVIDUAL

 DIGITADO POR: DATA: / /
 CONFERIDO POR: FOLHA N°:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
/ / / /				
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO				
CNS OU CPF DO CIDADÃO*		CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?	CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA*
CNS _____ CPF _____		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	CNS _____ CPF _____	<input type="checkbox"/> FA
NOME COMPLETO: _____				
NOME SOCIAL: _____		DATA DE NASCIMENTO: * / /	SEXO: * <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	
RAÇA/COR*: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Etnia: **	Nº NIS (PIS/PASEP) _____	

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE
CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? _____	
<input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso	TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** _____	
<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe	
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____	

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA?

 Sim Não

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU?

 Sim Não

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?	
<input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries Iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)	<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.) <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobrai etc.) <input type="radio"/> Nenhum	SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO
		<input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Servidor público/militar <input type="radio"/> Outro
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro		
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes		
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular		

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE		
1 - QUAL? _____	2 - QUAL? _____	3 - QUAL? _____
CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____	
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____	
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes	TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** _____	

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)		
NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO		
SE ÓBITO, INDIQUE:	SE ÓBITO, INDIQUE:	SE ÓBITO, INDIQUE:
<input type="radio"/> Mudança de território <input type="radio"/> Óbito	Data do óbito:** / /	Número da D.O.: _____

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA		
Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.		
Assinatura: _____		

CADASTRO INDIVIDUAL

 DIGITADO POR: DATA: / /
 CONFERIDO POR: FOLHA N°:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
/ / / /				
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO				
CNS OU CPF DO CIDADÃO*		CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?	CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA*
CNS _____ CPF _____		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	CNS _____ CPF _____	<input type="checkbox"/> FA
NOME COMPLETO: _____				
NOME SOCIAL: _____		DATA DE NASCIMENTO: * / /	SEXO: * <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	
RAÇA/COR*: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Etnia: **	Nº NIS (PIS/PASEP) _____	

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE
CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

 ESTÁ GESTANTE? Sim Não

 SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?
 Abaixo do Peso Peso Adequado Acima do Peso

 ESTÁ FUMANTE? Sim Não

 FAZ USO DE ÁLCOOL? Sim Não

 FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? Sim Não

 TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? Sim Não

 TEM DIABETES? Sim Não

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

 TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? Sim Não

 SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** Asma DPOC/Enfisema Outra Não Sabe

 ESTÁ COM HANSENÍASE? Sim Não

 ESTÁ COM TUBERCULOSE? Sim Não

 TEM OU TEVE CÂNCER? Sim Não

 TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? Sim Não

SE SIM, POR QUAL CAUSA?

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA?

 Sim Não

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU?

 Sim Não

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?	
<input type="radio"/> Creche	<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)	
<input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA)	<input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)	
<input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA	<input type="radio"/> Ensino Médio Especial	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries	<input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries	<input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo	<input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral etc.)	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial	<input type="radio"/> Nenhum	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries Iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)		
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro		
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL OU CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAL?	
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
SE SIM, QUAL?** <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Assexual <input type="radio"/> Pansexual <input type="radio"/> Outro	SE SIM, QUAL?** <input type="radio"/> Homem cisgênero <input type="radio"/> Mulher cisgênero <input type="radio"/> Homem transgênero <input type="radio"/> Mulher transgênero <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Não-Binário <input type="radio"/> Outro	SE SIM, QUAL(IS)? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Outra

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)	
NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA?	NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU?
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO	
SE ÓBITO, INDIQUE:	SE ÓBITO, INDIQUE:
<input type="radio"/> Mudança de território <input type="radio"/> Óbito	Data do óbito:** / /
Número da D.O.: _____	

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA	
Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.	
Assinatura: _____	

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

 ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* Sim Não
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? < 6 meses 6 a 12 meses 1 a 5 anos > 5 anos

 RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? Sim Não

 POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? Sim Não

 QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? 1 vez 2 ou 3 vezes mais de 3 vezes

 QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? Restaurante Popular Doação Restaurante Outras

 Doação Grupo Religioso Doação de Popular

 É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? Sim Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____

 VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? Sim Não
SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____

 TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? Sim Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** Banho Acesso ao Sanitário Higiene Bucal Outras

 Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
/ /				
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO				
CNS OU CPF DO CIDADÃO*		CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?	CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA*
CNS		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	CNS	FA
CPF			CPF	
NOME COMPLETO: _____				
NOME SOCIAL: _____		DATA DE NASCIMENTO: * / /	SEXO: * (F/M)	
RAÇA/COR*: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Etnia: **	Nº NIS (PIS/PASEP) _____	

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? _____		
<input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		
TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** _____		
<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe		
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____		

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA?

Sim Não

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU?

Sim Não

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?	
<input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)	
<input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)	
<input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Médio Especial	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral etc.)	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Nenhum	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries Iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)	
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro	
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE		
1 - QUAL? _____	2 - QUAL? _____	3 - QUAL? _____
CIDADO EM SITUAÇÃO DE RUA		
EM SITUAÇÃO DE RUA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
HPO EM SITUAÇÃO DE RUA? _____		
< 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos		
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
A FAMILIAR?		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
VOCÊ SE ALIMENTA AO DIA?		
<input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes		
ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?		
<input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras		
<input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular		
TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL?		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** _____		
<input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras		

Lenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

*Campo obrigatório

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
SE SIM, QUAL?** <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Lésbica	<input type="radio"/> Homem cisgênero <input type="radio"/> Mulher cisgênero
<input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Assexual <input type="radio"/> Pansexual	<input type="radio"/> Homem transgênero <input type="radio"/> Mulher transgênero
<input type="radio"/> Outro	

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS	
NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA?	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SAÍDA DO CIDADÃO DO SUS	
<input type="radio"/> Mudança de território	

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA	
Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento à minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.	
Assinatura _____	

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
/ /				
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO				
CNS OU CPF DO CIDADÃO*		CIDÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?		CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR
CNS		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		CNS
CPF				FA
NOME COMPLETO: _____				
NOME SOCIAL: _____		DATA DE NASCIMENTO: * / /		SEXO: * <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
RAÇA/COR*: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Etnia: **		Nº NIS (PIS/PASEP) _____

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?		
<input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		
TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO?		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**		
<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe		
ESTÁ FUMANTE?		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
FAZ USO DE ÁLCOL?		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
ESTÁ COM HANSENÍASE?		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
ESTÁ COM TUBERCULOSE?		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
TEM OU TEVE CÂNCER?		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
TEM DIABETES?		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SE SIM, POR QUAL CAUSA?		

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA?

Sim Não

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU?

Sim Não

OU

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA?

Sim Não

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU?

Sim Não

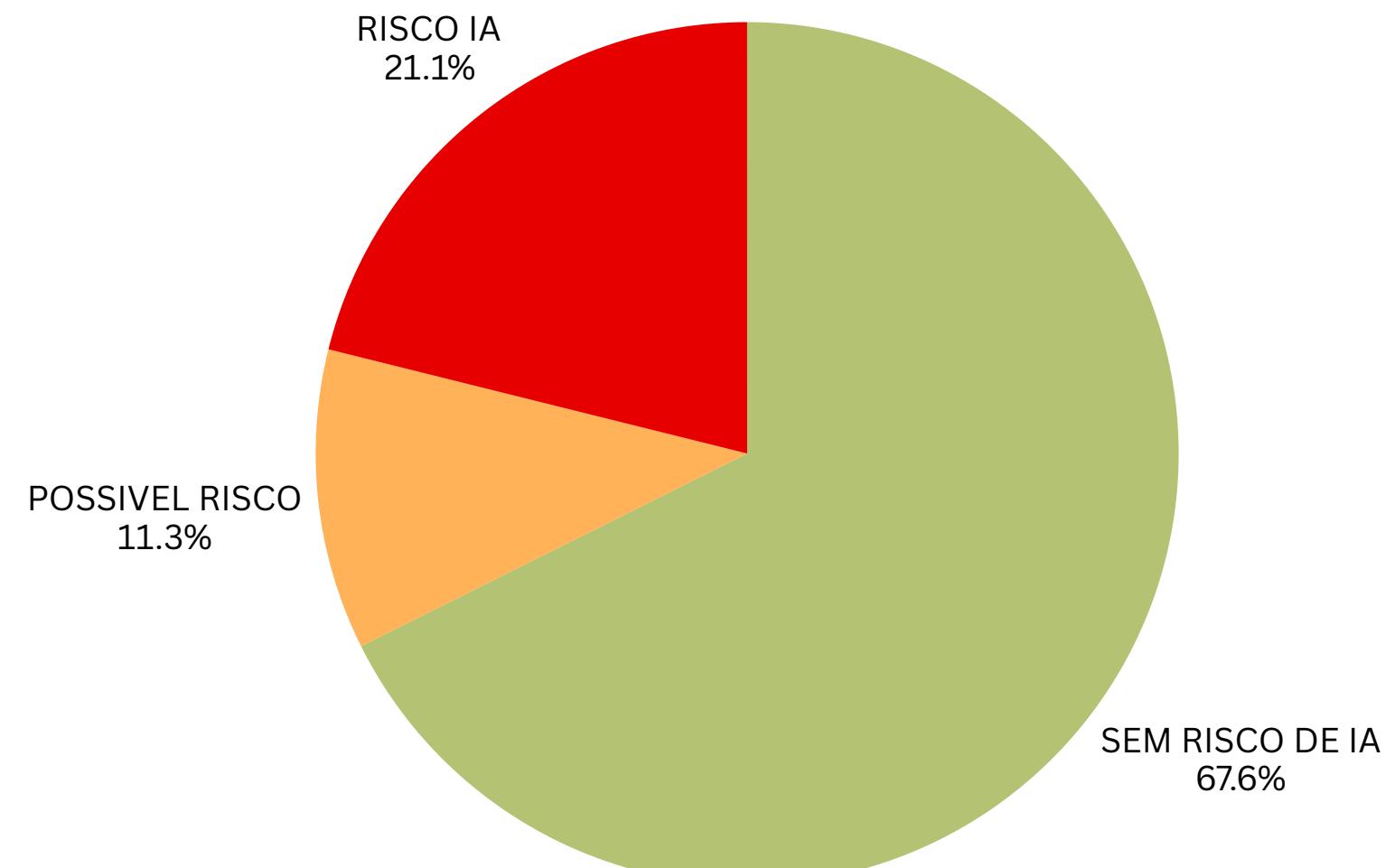
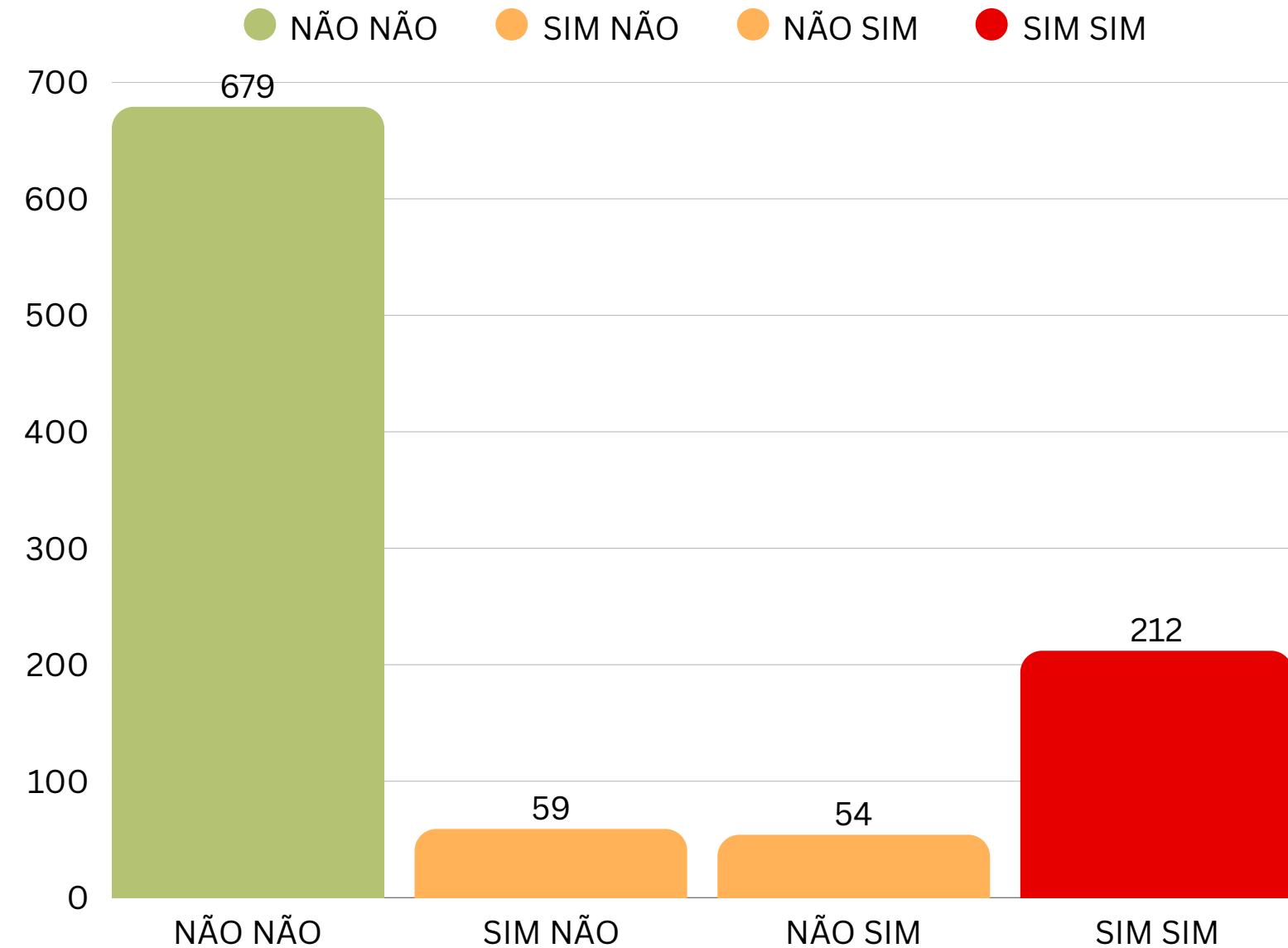
(Supletivo 1º a 4º)		<input type="radio"/> Outro
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="radio"/> Adulto Responsável <input type="radio"/> Outra(s) Criança(s) <input type="radio"/> Adolescente <input type="radio"/> Sozinha <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Outro		
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
É MEMBRO DE PÔVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL OU CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAL?	
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
SE SIM, QUAL?** <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Assexual <input type="radio"/> Pansexual <input type="radio"/> Outro	SE SIM, QUAL?** <input type="radio"/> Homem cisgênero <input type="radio"/> Mulher cisgênero <input type="radio"/> Homem transgênero <input type="radio"/> Mulher transgênero <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Não-Binário <input type="radio"/> Outro	SE SIM, QUAL? (marcar X na opção desejada) <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Outra

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes
OPÇÃO DA ALIMENTAÇÃO? <input type="radio"/> Popular <input type="radio"/> Doação Restaurante <input type="radio"/> Outras <input type="radio"/> Grupo Religioso <input type="radio"/> Doação de Popular
TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras

Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
a: usar 01 a 99 para o número da microárea.
a Área
o obrigatório
campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

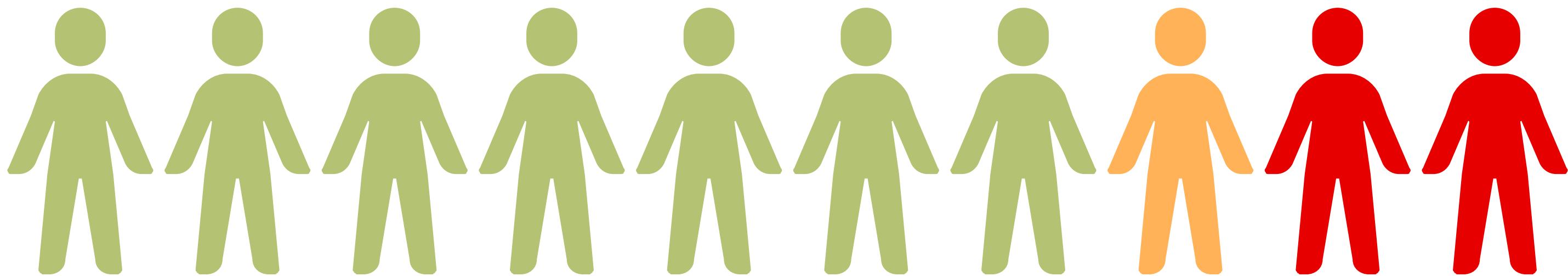
POSSÍVEL RISCO

Resultados preliminares



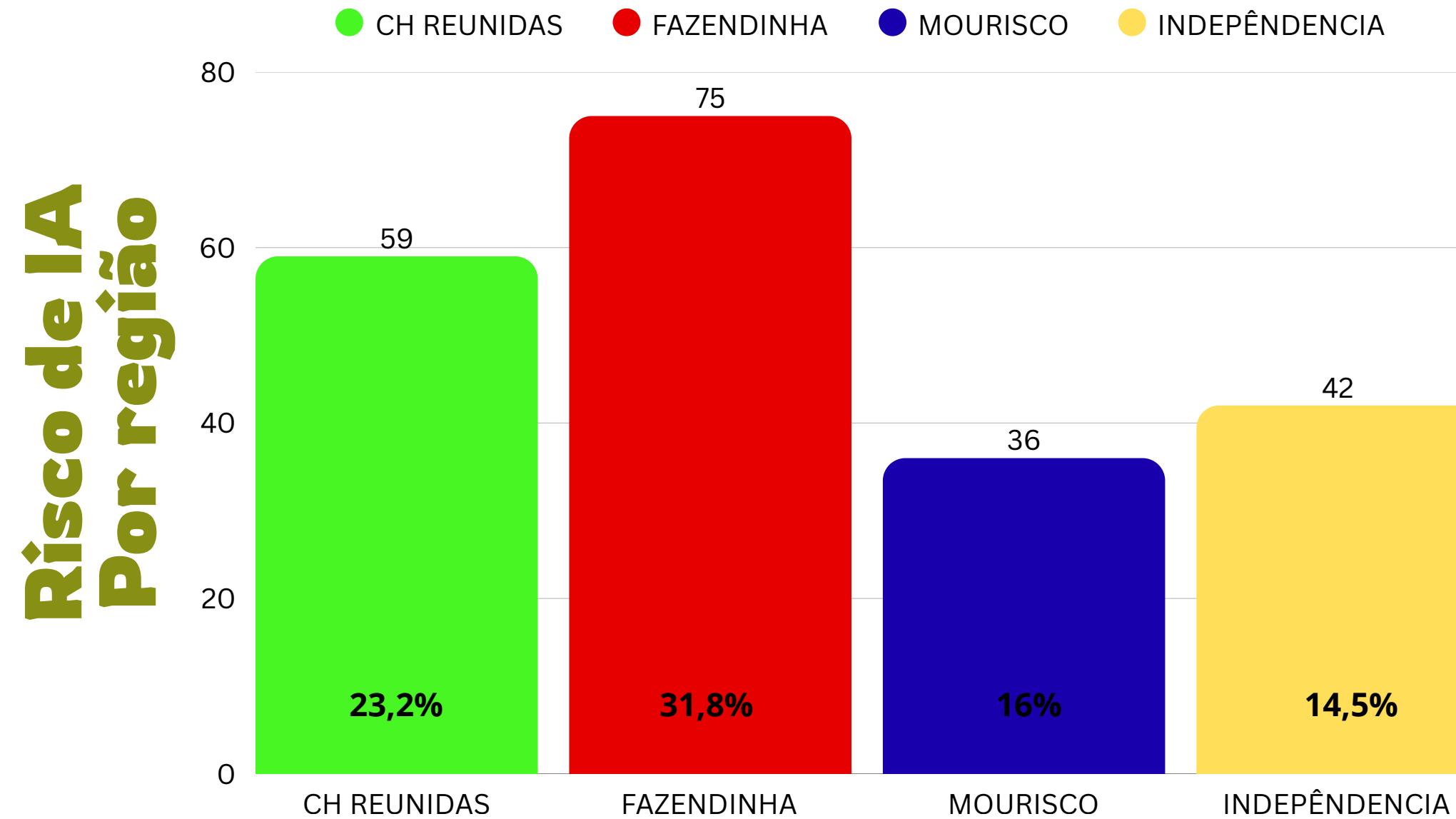
Nº total de pessoas entrevistadas até o momento: 1004

Resultados preliminares



**A CADA 10 PESSOAS ENTREVISTADAS,
02 APRESENTARAM RISCO DE
INSEGURANÇA ALIMENTAR E 01 UM
POSSÍVEL RISCO**

Resultados preliminares



Nº total de pessoas entrevistadas até o momento por região:

Chácaras Reunidas: 254

Fazendinha: 236

Mourisco: 225

Independência: 289

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM TAUBATÉ

A POLÍTICA, AÇÕES, PROGRAMAS E
PROJETOS DE SAN NO MUNICÍPIO

02



POLITICA DE SAN



Prefeitura Municipal de Taubaté
Estado de São Paulo

DECRETO N° 15605, DE 7 DE JULHO DE 2023

Convoca a 1ª Conferência Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de Taubaté

ANTONIO SAUD JUNIOR, PREFEITO MUNICIPAL DE TAUBATÉ, no uso das atribuições legais e à vista dos elementos constantes do Memorando 11/2023,

R E T A:

Fica convocada a 1ª Conferência Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional, que será realizada das 8:00 às 14:00 horas, no dia 29 de Julho de 2023, no Auditório da Faculdade de Ciências da Terra, da Universidade de Taubaté, localizado na Rua Expedicionário

225, Centro, Taubaté, tendo como tema central: "Segurança Alimentar e Nutricional: ações de combate à fome no município de Taubaté", com os seguintes eixos temáticos:

1 – PRODUÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E ABASTECIMENTO

2 – EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL

3 – ACESSO E CONSUMO

Art. 1º O Poder Executivo garantirá a estrutura de funcionamento da conferência, cabendo ao Poder Executivo garantir a estrutura de funcionamento da conferência.

CONFERÊNCIA 2023
CRIAÇÃO DA ASAN

Município de Taubaté - SP

<https://taubate.sp.gov.br/> | Av. Tiradentes, 520 – Centro | Tel.: (12) 3625-5000

IMPRENSA OFICIAL



Prefeitura Municipal de Taubaté
Estado de São Paulo

LEI N° 6.007 DE 27 DE NOVEMBRO DE 2024

Autoria: Prefeito Municipal

Institui a Política Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de Taubaté, estabelece os componentes municipais do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN, criado pela Lei Federal nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, bem como fixa as diretrizes para o Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional.

O PREFEITO MUNICIPAL DE TAUBATÉ

FAZ SABER que a Câmara Municipal aprova e ele sanciona e promulga a seguinte Lei:

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º O poder público garantirá o direito à segurança alimentar e nutricional no Município, em conformidade com o disposto nesta Lei, observadas as normas do direito estadual, nacional e internacional.

Art. 2º A alimentação adequada é direito básico do ser humano, indispensável à realização dos seus direitos consagrados nas Constituições Federal e Estadual, cabendo ao Poder Executivo garantir a estrutura de funcionamento da conferência.

PMSAN

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 17/01/2025 | Edição: 12 | Seção: 1 | Página: 171

Órgão: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome/Secretaria Extraordinária de Combate à Pobreza e à Fome

RESOLUÇÃO N° 1, DE 14 DE JANEIRO DE 2025

Formaliza a adesão dos Municípios de Anhumas (SP), Ipuã (SP), Piedade (SP), Piracicaba (SP), Santa Rosa de Viterbo (SP) e Taubaté (SP) ao Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

A SECRETARIA EXTRAORDINÁRIA DE COMBATE À Pobreza e à Fome, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pelo art. 13, inciso I, do Decreto nº 7.272, de 2012, e considerando o art. 1º, § 1º, da Resolução nº 1, de 14 de janeiro de 2025, que institui o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN).

ADESÃO AO SISAN



Prefeitura Municipal de Taubaté
Estado de São Paulo



Prefeitura Municipal de Taubaté
Estado de São Paulo

DECRETO N° 16.043, DE 27 DE MARÇO DE 2025

Dispõe sobre a regulamentação do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de Taubaté.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE TAUBATÉ, no uso das suas atribuições, nos termos dos artigos 56, V, e 57, II, da Constituição Federal, e artigo 1º, § 1º, I, 'a', da Lei Orgânica do Município, e tendo em vista o disposto na Lei nº 6.007, de 27 de novembro de 2024,

DECRETA:

DECRETOS

DECRETO N° 16.048, DE 31 DE MARÇO DE 2025

Regulamenta a Câmara Intersecretarial de Segurança Alimentar e Nutricional - CAISAN do município de Taubaté, instituída pela Lei Municipal nº 6.007, de 27 de novembro de 2024.

SÉRGIO LUIZ VICTOR JUNIOR, PREFEITO MUNICIPAL DE TAUBATÉ, no uso das suas atribuições, nos termos do artigo 58, § 1º, I, 'a', da Lei Orgânica do Município, e tendo em vista o disposto na Lei nº 6.007, de 27 de novembro de 2024, e o Decreto Federal nº 11.346/2006 e o Decreto Federal nº 11.434/2024, que regulamentam a criação do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional para garantir o Direito Humano à Segurança Alimentar e Nutricional social à alimentação previsto na Constituição Federal.



Inclusão Social

PROJETOS E AÇÕES

Programa Viva Leite

CARTÃO CESTA BÁSICA
PROGRAMA MESA TAUBATÉ

Programa Mesa Taubaté

Projeto Cozinhalimento

PROJETO
COZINHALIMENTO

- Capacitação
- Ação Social
- Empreendedorismo
- Geração de Renda

Oficinas nos CRAS
(foto: CRAS SABARÁ)

CRAS Belém: Rodas de conversa sobre a segurança alimentar e o acesso à alimentação como um direito.

- Abril/2025:
reaproveitamento alimentar com cascas de maracujá.



Inclusão Social

PROJETOS E AÇÕES - Pontuais



Oficina de
Aproveitamento
integral de alimentos
(CRAS SÃO GONÇALO)

Evento: PLANTE FELICIDADE
- Vivência da horta caseira
pela Agricultura Natural
(CRAS SABARÁ)



PROJETOS E AÇÕES



**Entrega de Cestas
Básicas**



Banco de Alimentos



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ



Troca Verde



Meio Ambiente e
Bem-estar Animal

PROJETOS E AÇÕES



Compostagem



CRAS SABARÁ - COMPOSTAGEM



Hortas educativas



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ



Antiga Horta comunitária na
esplanada Sta Terezinha



PROJETOS E AÇÕES

Meio Ambiente e
Bem-estar Animal



Horta Educativa Cras
Sabará - 2023

PROJETOS E AÇÕES



Meio Ambiente e
Bem-estar Animal



FOTO ENVIADA POR UMA DAS ATENDIDAS COM ALIMENTOS PRODUZIDOS NO CRAS.

Educação Ambiental no Itaim:
Minhocário, compostagem,
abelhas sem ferrão, pomar de
nativas, trilha da floresta, visita
nascente modelo e ao viveiro
mudas de árvores nativas para
doação.

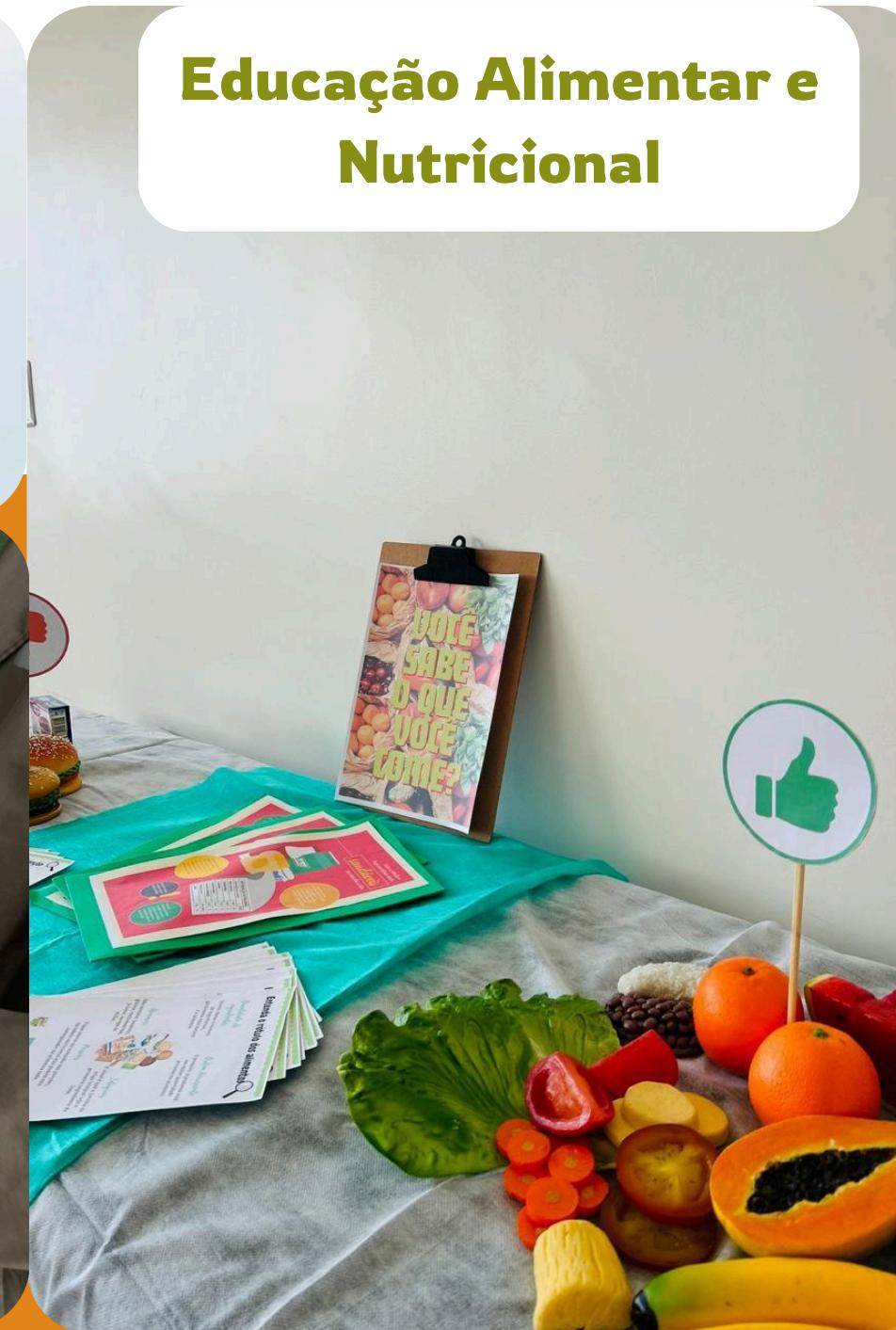


Horta Educativa Cras
Sabará - 2023

PROJETOS E AÇÕES



Saúde



PROJETOS E AÇÕES



Educação



PNAE



Hortas educativas



Escola do trabalho



Educação Alimentar e Nutricional



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ

PROJETOS E AÇÕES



Serviços Públicos



Mercatau



31 de ago. de 2024 07:33:
82 Rua Newton Câmara Local Pern

Mercado Municipal



4 de ago. de 2024 07:10



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ

**FEIRAS ENTORNO DO
MERCADO: SEXTAS, SÁBADOS E
DOMINGOS**



Serviços Públicos

PROJETOS E AÇÕES



Feiras Livres

FEIRAS DE BAIRROS

1. VILA APARECIDA
2. ESP. SANTA TEREZINHA
3. PARQUE TRÊS MARIAS
4. VILA SÃO JOSÉ
5. VILA SÃO GERALDO
6. CECAP
7. ESTIVA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ

PROJETOS E AÇÕES



Desenvolvimento,
Inovação e Turismo



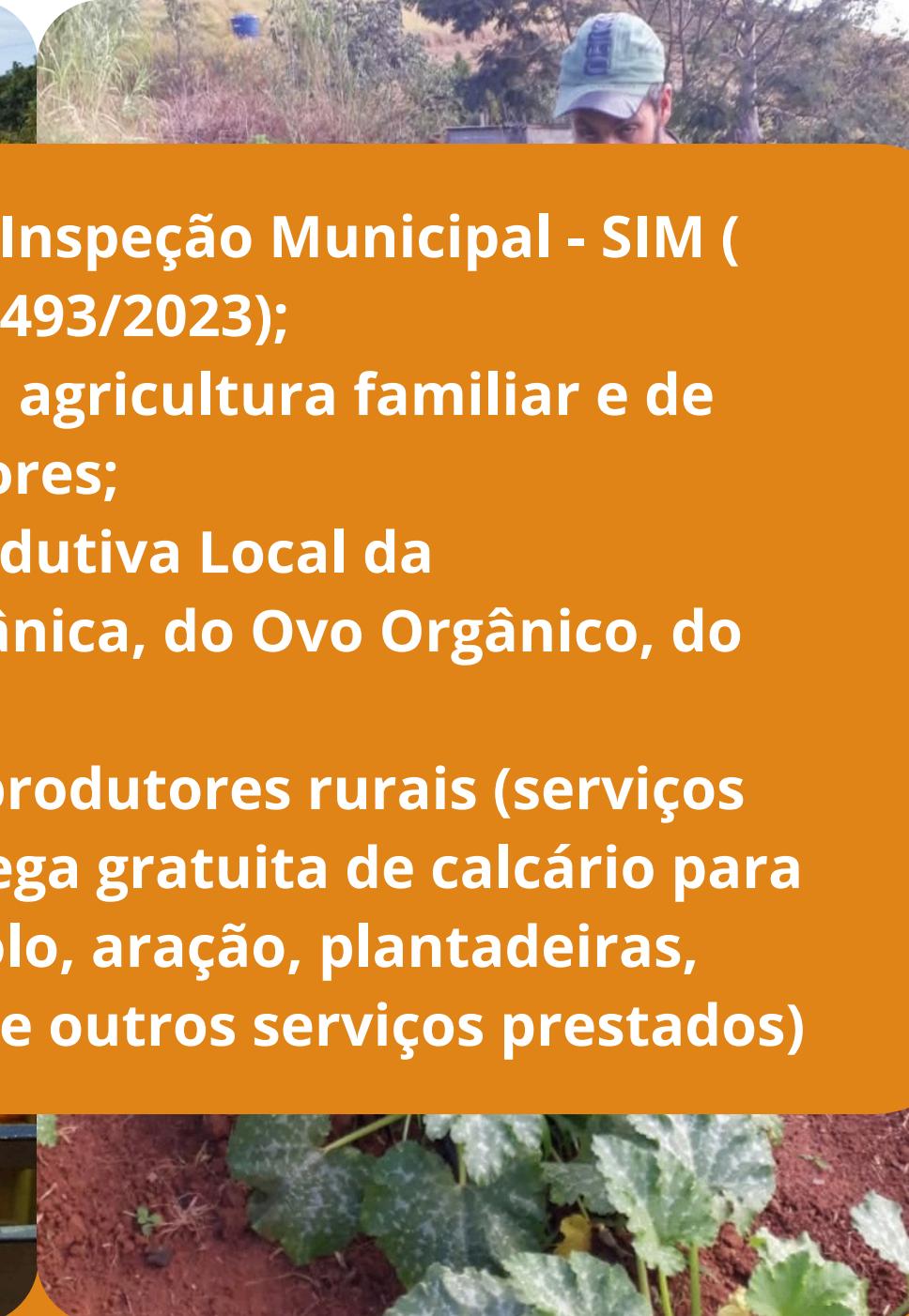
PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ

PROJETOS E AÇÕES



Desenvolvimento,
Inovação e Turismo

- Criação do Selo de Inspeção Municipal - SIM (Lei complementar 493/2023);
- Coleta de dados da agricultura familiar e de pequenos agricultores;
- Apoio a Cadeia Produtiva Local da Agroindústria Orgânica, do Ovo Orgânico, do leite e do Mel;
- Atendimento aos produtores rurais (serviços de tratorista; entrega gratuita de calcário para a preparação do solo, aração, plantadeiras, pulverizador dentre outros serviços prestados)



PROJETOS E AÇÕES

SP SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ

Futuro



Próximos passos



EIXOS PLAMsan

ALIMENTO SEGURO



EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL



ACESSO À ALIMENTAÇÃO



PRODUÇÃO DE ALIMENTOS



Próximas Datas

REUNIÕES CAISAN

TODA 2^a QUINTA-
FEIRA DO MÊS,
DIAS:

1.10/07
2.14/08
3.11/09
4.09/10
5.13/11
6.11/12

PUBLICAR O PLAMsan

DEZ/ 2025

ENTREGA DOS DOCUMENTOS PARA PERMANÊNCIA NO SISAN

14/JAN/2026

 OBRIGADA

