

NOTA INFORMATIVA

Cestas Básicas – PVHA 2026.2

Nº 01 | 05/08/2026



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

APRESENTAÇÃO

A alimentação adequada e saudável constitui um importante determinante social da saúde e desempenha papel fundamental na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA). A segurança alimentar contribui para melhores condições de saúde, favorecendo a adesão ao tratamento antirretroviral, a manutenção do estado nutricional e a redução de agravos associados à infecção pelo HIV.

Reconhecendo a influência dos fatores sociais e econômicos no processo saúde-doença, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) realiza a aquisição e distribuição de cestas básicas destinadas às pessoas que vivem com HIV/Aids em situação de maior vulnerabilidade social. A iniciativa integra as ações estaduais de vigilância, prevenção, promoção e cuidado integral relacionadas ao HIV/Aids, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e com o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.

A concessão das cestas básicas possui finalidade eminentemente sanitária, constituindo estratégia de redução da insegurança alimentar e nutricional, fortalecimento da adesão ao tratamento e promoção da integralidade do cuidado às pessoas vivendo com HIV/Aids, não se caracterizando como benefício de natureza exclusivamente assistencial. Nesse sentido, a presente Nota Informativa tem por objetivo estabelecer os critérios para a concessão das cestas básicas, considerando as condições de vulnerabilidade social e as necessidades de saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids acompanhadas no estado do Ceará.

Governador do Estado do Ceará
Elmano de Freitas da Costa

Secretária da Saúde do Ceará
Tânia Mara Silva Coelho

**Secretário Executivo de
Vigilância em Saúde**
Antonio Silva Lima Neto

**Coordenadora de Vigilância
Epidemiológica e Prevenção
em Saúde**
Ana Maria Peixoto Cabral Maia

**Célula de Vigilância e Prevenção de
Doenças e Agravos Transmissíveis e não
Transmissíveis**
Carlos Garcia Filho

Elaboração e Revisão
Ana Neta Alves
Anuzia Lopes Saunders
Danielle Martins Rabelo Gurgel
Josielton de Freitas Castro
Léa Maria Moura Barroso Diógenes
Maria Vilani de Matos
Telma Alves Martins



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

1. INTRODUÇÃO

Desde 2000, o Brasil desenvolve ações alinhadas aos compromissos internacionais de enfrentamento à pobreza, à fome e às desigualdades. Com a Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), o país ampliou esse compromisso, reconhecendo a necessidade de reduzir desigualdades sociais e enfrentar os fatores que comprometem o desenvolvimento sustentável.

Como estratégia para o alcance desses objetivos, foi instituído o Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar, que promove a integração de políticas públicas voltadas à eliminação, até 2030, de doenças e infecções determinadas socialmente. Fundamentado no reconhecimento da saúde como direito constitucional e como elemento central na interação entre fatores sociais, econômicos e ambientais, o Programa destaca o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, incluindo a insegurança alimentar, como medida essencial para reduzir vulnerabilidades, promover equidade e fortalecer o cuidado integral às pessoas, incluindo as que vivem com HIV/aids.

Reforçando que a promoção da segurança alimentar constitui estratégia fundamental para apoiar o cuidado, principalmente às pessoas vivendo com HIV/aids, contribuindo para a adesão ao tratamento antirretroviral, a melhoria da qualidade de vida e a redução de vulnerabilidades sociais que impactam diretamente os desfechos em saúde.

Diante desse cenário, o Estado do Ceará, por meio da Secretaria da Saúde do Estado (SESA), oferta cestas básicas destinadas às pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA), reconhecendo a segurança alimentar como componente essencial do cuidado integral e do enfrentamento das vulnerabilidades sociais.

Com o objetivo de garantir a sustentabilidade dessa estratégia, a execução da ação é financiada com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo transferências da União destinadas às ações de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV/Aids e Hepatites Virais, em conformidade com as normas orçamentárias e financeiras vigentes. A iniciativa ampliará o atendimento de 400 usuários contemplados em 2025 para 600 vagas, em 2026. A ampliação do Programa Estadual de Concessão de Cestas Básicas às Pessoas Vivendo com HIV/Aids foi aprovada pela Resolução nº 247/2026 da Comissão Intergestores Bipartite do Ceará (CIB/CE), consolidando a distribuição de cestas básicas como estratégia integrante da política estadual de saúde para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais, a promoção da segurança alimentar e o fortalecimento do cuidado integral às pessoas que vivem com HIV/Aids.

Ressalta-se, contudo, que o quantitativo anual de cestas básicas poderá apresentar variações ao longo dos exercícios, considerando aspectos operacionais, econômicos e orçamentário-financeiros, como disponibilidade de recursos, programação financeira anual da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE), disponibilidade dos produtos e oscilações de preços no mercado.

2. FINALIDADE DA NOTA INFORMATIVA

Estabelecer critérios técnicos, transparentes e impessoais para a concessão de cestas básicas às pessoas que vivem com HIV/Aids no Estado do Ceará, assegurando equidade e priorização dos usuários em situação de maior vulnerabilidade social e insegurança alimentar, como estratégia de promoção da saúde, fortalecimento da adesão ao tratamento antirretroviral e melhoria dos desfechos em saúde.

3. PRINCÍPIOS NORTEADORES PARA A CONCESSÃO DAS CESTAS BÁSICAS

A concessão das cestas básicas observará os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, equidade e transparência, bem como os critérios técnicos previstos nesta Nota Informativa, priorizando as pessoas vivendo com HIV/Aids em situação de maior vulnerabilidade social e insegurança alimentar.

4. NÚMERO DE VAGAS E PERÍODO DE CONCESSÃO DAS CESTAS BÁSICAS

Para a presente seleção, serão disponibilizadas 100 (cem) novas vagas destinadas ao segundo semestre de 2026. Cada usuário contemplado receberá 01 (uma) cesta básica mensalmente, no período de agosto a dezembro de 2026, totalizando 05 (cinco) meses de concessão.

5. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DOS USUÁRIOS

Para participar da seleção, o usuário deverá atender aos seguintes critérios:

- Ser pessoa física (PF);
- Ter diagnóstico confirmado de HIV/Aids;
- Residir no Estado do Ceará;
- Estar vinculado a um serviço de saúde para acompanhamento do HIV/Aids; e
- Estar em acompanhamento clínico e terapêutico para o HIV/Aids, conforme avaliação do serviço de saúde de referência.

6. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA INSCRIÇÃO

Os candidatos deverão apresentar, no ato da inscrição, **os documentos originais** relacionados a seguir:

- Documento comprobatório do diagnóstico de HIV/Aids ou declaração de acompanhamento emitida pelo serviço de saúde de referência (**obrigatório**).
- Documento oficial de identificação com foto contendo o número do CPF (**obrigatório**)
- Comprovante de residência atualizado (**obrigatório**);
- Telefone para contato (**obrigatório**);

- Formulário de Avaliação Social (Anexo I), devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo(a) assistente social do serviço de saúde ao qual o candidato esteja vinculado (**obrigatório**);

Documentos comprobatórios de condições clínicas ou sociais específicas que poderão ser considerados para fins de priorização na avaliação social, e deverão ser apresentados no ato da inscrição, **quando aplicável**:

- Certidão de nascimento de filho(s) menor(es) de 2 (dois) anos de idade, na data da inscrição, aplicável exclusivamente às candidatas mães;
- Comprovante de renda e/ou comprovante de participação em programa social do Governo Federal, Estadual ou Municipal;
- Atestado e/ou receita médica atualizada, emitidos nos **últimos 5 (cinco) meses**, que comprovem acompanhamento da coinfeção TB/HIV);
- Cartão da gestante, apenas para gestantes até a data da inscrição.

Na ausência de alguma documentação obrigatória, não será possível efetivar a inscrição do candidato, sendo possível apresentar-se em momento posterior, durante o período de inscrição. Não serão aceitas cópias simples e/ou documentos escaneados.

7. AVALIAÇÃO SOCIAL

A avaliação social deverá ser realizada no por **assistente social** do serviço de saúde ao qual o candidato esteja vinculado, mediante o preenchimento do **Formulário de Avaliação Social (Anexo I)**, devidamente assinado e carimbado.

Na hipótese de o serviço de saúde não dispor de assistente social em sua equipe, o candidato poderá solicitar que o referido formulário seja preenchido por assistente social da rede pública do município de sua residência, observadas as atribuições legais do profissional.

Para avaliação social, serão adotadas as seguintes definições:

- **Pessoa em situação de insegurança alimentar:** situação em que o indivíduo ou família apresenta dificuldade de acesso regular e permanente a alimentos em quantidade e qualidade adequadas, considerando aspectos socioeconômicos, familiares e territoriais, conforme avaliação do assistente social.
- **Pessoa em situação de vulnerabilidade acrescida:** condição identificada a partir de fatores socioeconômicos ou clínicos que demandem maior apoio, incluindo renda per capita igual ou inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, participação em programas sociais, entre outros aspectos avaliados pelo serviço social.

- **Pessoa em situação de vulnerabilidade social:** usuário vivendo com HIV/Aids que apresente condições sociais, econômicas ou familiares que comprometam sua segurança alimentar e nutricional, conforme avaliação do assistente social.

O Formulário de Avaliação Social constitui documento obrigatório para a inscrição e deverá ser apresentado no ato da inscrição, juntamente com os demais documentos previstos nesta Nota Informativa.

8. PERÍODO E LOCAL DE INSCRIÇÃO

As inscrições serão realizadas no período de **10 a 19 de agosto de 2026**, conforme dias, horários e local estabelecidos na tabela a seguir.

O candidato deverá comparecer presencialmente ao local de inscrição, munido da documentação obrigatória prevista no item 6 desta Nota Informativa.

Antes de comparecer ao local de inscrição, o candidato deverá providenciar o Formulário de Avaliação Social (Anexo I) junto ao serviço de saúde ao qual esteja vinculado, devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo(a) assistente social responsável.

Serão admitidas inscrições realizadas por representante legal ou pessoa autorizada exclusivamente nos casos de candidatos com deficiência (PCD) com restrição de locomoção ou em situação de internação hospitalar, mediante apresentação de documento comprobatório da condição que impossibilite o comparecimento presencial, bem como documento oficial de identificação original do representante.

Na hipótese de identificação de duas ou mais inscrições realizadas em nome do mesmo candidato, será considerada válida apenas a primeira inscrição efetivada, sendo as demais automaticamente desconsideradas.

O comprovante de inscrição deverá ser mantido pelo candidato até a conclusão do processo de concessão das cestas básicas.

Tabela 1 – Local, dias e horário das inscrições

SERVIÇO	ENDEREÇO	DIAS	HORÁRIO
Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids – Núcleo Ceará (RNP/CE)	Rua Jacinto Matos, nº 944, Jacarecanga, Fortaleza/CE	Segunda a quinta - feira	9h às 14h

9. CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO PARA CONCESSÃO DAS CESTAS BÁSICAS

Os candidatos inscritos serão classificados conforme a pontuação obtida nos critérios de priorização estabelecidos no Quadro I, em ordem decrescente de pontuação, até o limite de 100 (cem) vagas previstas nesta Nota Informativa.

A pontuação será atribuída com base nas informações declaradas e nos documentos comprobatórios apresentados no ato da inscrição.

Caso sejam identificadas inconsistências entre as informações declaradas e a documentação apresentada, será desconsiderada a pontuação correspondente ao critério em que a inconsistência for constatada, sem prejuízo da adoção das demais pontuações comprovadas, quando aplicável.

Em caso de empate na classificação final, será utilizado como critério de desempate o candidato de maior idade, considerando-se, sucessivamente, o ano, o mês e o dia de nascimento.

QUADRO I - CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO	
Idade:	
≥ 60 anos	2 pontos
< 60 anos	0 ponto
Gestante:	
Sim	5 pontos
Não	0 ponto
Foi beneficiário do Programa em 2025:	
Sim	1 ponto
Não	5 pontos
Está em tratamento para TB no ato da inscrição:	
Sim	5 pontos
Não	0 ponto
Avaliação social (Anexo I):	
Insegurança Alimentar*	10 pontos
Vulnerabilidade acrescida **	5 pontos
Vulnerável	2 pontos
Acompanhado em serviço de assistência estadual	
Sim	5 pontos
Não	1 ponto
Mães com filhos menores de 02 anos	
Sim	5 pontos
Não	0 ponto

10. RESULTADO

O resultado do processo de seleção, contendo a relação dos candidatos contemplados para a concessão das cestas básicas no segundo semestre de 2026, será divulgado a partir de **26 de agosto de 2026**, na sede da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids – RNP/CE.

As informações individuais referentes ao resultado da seleção serão disponibilizadas exclusivamente ao candidato ou seu representante autorizado, mediante atendimento presencial, não sendo fornecidas informações por telefone, aplicativos de mensagens ou outros meios eletrônicos, visando preservar a confidencialidade dos dados relacionados à condição de saúde dos usuários.

11. LOCAL DE ENTREGA DAS CESTAS BÁSICAS

A entrega das cestas básicas será realizada mensalmente na sede da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids – Núcleo Ceará (RNP/CE), localizada em Fortaleza/CE, instituição parceira da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) na execução do Programa Estadual de Concessão de Cestas Básicas às Pessoas Vivendo com HIV/Aids.

A RNP/CE atua na promoção dos direitos, cidadania e qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids, especialmente daquelas em situação de maior vulnerabilidade social, desenvolvendo ações em parceria com a SESA.

Os dias e horários para retirada das cestas serão informados aos usuários contemplados no momento da divulgação do resultado da seleção. A entrega será realizada mensalmente pela Central de Alimentos da RNP/CE.

12. ORIENTAÇÕES PARA RETIRADA DAS CESTAS BÁSICAS

Para a retirada das cestas básicas, os usuários contemplados deverão observar as seguintes orientações:

- apresentar documento oficial de identificação original com foto, preferencialmente a Carteira de Identidade Nacional (CIN) ou outro documento oficial válido;
- assinar a lista de recebimento como comprovação da retirada da cesta básica;
- será disponibilizada 01 (uma) cesta básica por usuário contemplado a cada mês de vigência da concessão, não sendo permitida a retirada retroativa de cestas não recebidas;
- a retirada por representante será permitida mediante apresentação de documento oficial de identificação original do usuário contemplado e do representante, não sendo aceitas fotografias, cópias simples ou documentos digitalizados;
- o usuário contemplado que não realizar a retirada da cesta básica por 02 (dois) meses consecutivos deverá apresentar justificativa formal junto à Central de Alimentos, estando sujeito às medidas previstas nesta Nota Informativa;

- a Central de Alimentos não realizará entrega domiciliar, nem encaminhamento das cestas por serviços de transporte ou aplicativos;
- os usuários contemplados deverão cumprir o calendário mensal de distribuição estabelecido pela Central de Alimentos, sendo as situações excepcionais avaliadas individualmente;
- os usuários residentes nos municípios do interior do Estado poderão realizar a retirada da cesta básica em qualquer uma das datas previstas no calendário mensal de distribuição.

13. HIPÓTESES DE SUSPENSÃO DA CONCESSÃO DAS CESTAS BÁSICAS

A concessão do benefício será suspensa caso seja constatada qualquer das seguintes situações:

- identificação de participação do usuário em outro programa de concessão de cestas básicas com a mesma finalidade e período de vigência;
- identificação de mais de um beneficiário contemplado pelo Programa residindo no mesmo domicílio, hipótese em que será mantida a concessão para o usuário com maior pontuação no processo de classificação;
- constatação de inconsistências entre as informações declaradas e a documentação apresentada no ato da inscrição ou durante a vigência da concessão. Nessa situação, o usuário poderá ser convocado para nova avaliação social e, em caso de não comparecimento sem justificativa, a concessão poderá ser suspensa;
- óbito do usuário durante o período de vigência da concessão;
- não retirada da cesta básica por 3 (três) meses consecutivos, sem apresentação de justificativa;
- mudança de residência para outro Estado da Federação;
- encerramento do acompanhamento pelo serviço de saúde de referência, quando constatada a ausência de vínculo assistencial com a rede de atenção à saúde.

14. MONITORAMENTO DO PROGRAMA

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará realizará o acompanhamento contínuo da execução do Programa, mediante monitoramento dos beneficiários, avaliação dos critérios de permanência e articulação com os Serviços de Assistência Especializada (SAE) e com a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids – Núcleo Ceará (RNP+CE), visando assegurar a adequada execução da política pública e o alcance dos objetivos sanitários do Programa.

15. DÚVIDAS, DENÚNCIAS, ELOGIOS E SUGESTÕES

Dúvidas, denúncias, elogios e sugestões poderão ser registrados pelo e-mail: aids@saude.ce.gov.br.

ANEXO I - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIAL

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Serviço de Saúde: _____

Realizado avaliação social conforme critérios descritos no **item 7**:

☐ Insegurança Alimentar*

☐ Vulnerabilidade Acrescida**

☐ Vulnerável Social***

***Pessoa em situação de insegurança alimentar:** situação em que o indivíduo ou família apresenta dificuldade de acesso regular e permanente a alimentos em quantidade e qualidade adequadas, considerando aspectos socioeconômicos, familiares e territoriais, conforme avaliação do assistente social.

****Pessoa em situação de vulnerabilidade acrescida:** condição identificada a partir de fatores socioeconômicos ou clínicos que demandem maior apoio, incluindo renda per capita igual ou inferior a 1/4 do salário mínimo, participação em programas sociais, entre outros aspectos avaliados pelo serviço social.

*****Pessoa em situação de vulnerabilidade social:** usuário vivendo com HIV/Aids que apresente condições sociais, econômicas ou familiares que comprometam sua segurança alimentar e nutricional, conforme avaliação do assistente social.

_____, ____/____/ 2026.

Assistente Social

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO – CESTA BÁSICA 2026.2



Nome do candidato: _____

Local de inscrição: _____ Data da inscrição: ____/____/____

Apresentou os seguintes documentos durante o período de inscrição:

- Atestado e/ou receita atualizada (dos últimos 6 meses) que comprove a infecção e/ou tratamento do HIV/aids (OBRIGATÓRIO); () SIM () NÃO
- RG (OBRIGATÓRIO); () SIM () NÃO
- CPF (OBRIGATÓRIO); () SIM () NÃO
- Comprovante de residência (OBRIGATÓRIO); () SIM () NÃO
- Formulário de avaliação social, preenchido, assinado e carimbado pelo assistente social do serviço ao qual o candidato está vinculado (OBRIGATÓRIO); () SIM () NÃO
- Telefone de contato (OBRIGATÓRIO); () SIM () NÃO
- Comprovante de renda e/ou comprovante de participação de programas sociais do governo estadual e/ou federal (se necessário); () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA
- Atestado e/ou receita atualizada (dos últimos 5 meses) que comprove o acompanhamento da coinfeção TB/HIV (se necessário); () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA
- Cartão da gestante (se necessário); () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA
- Certidão de nascimento filhos menores de 02 anos: () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

DIVULGAÇÃO DO RESULTADO: 26 DE AGOSTO DE 2026 – NA UNIDADE DE INSCRIÇÃO

RESPONSÁVEL PELA INSCRIÇÃO

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO – CESTA BÁSICA 2026.2



Nome do candidato: _____

Local de inscrição: _____ Data da inscrição: ____/____/____

Apresentou os seguintes documentos durante o período de inscrição:

- Atestado e/ou receita atualizada (dos últimos 6 meses) que comprove a infecção e/ou tratamento do HIV/aids (OBRIGATÓRIO); () SIM () NÃO
- RG (OBRIGATÓRIO); () SIM () NÃO
- CPF (OBRIGATÓRIO); () SIM () NÃO
- Comprovante de residência (OBRIGATÓRIO); () SIM () NÃO
- Formulário de avaliação social, preenchido, assinado e carimbado pelo assistente social do serviço ao qual o candidato está vinculado (OBRIGATÓRIO); () SIM () NÃO () AVALIAÇÃO ON-LINE (UNIDADE ESTADUAL)
- Telefone de contato (OBRIGATÓRIO); () SIM () NÃO
- Comprovante de renda e/ou comprovante de participação de programas sociais do governo estadual e/ou federal (se necessário); () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA
- Atestado e/ou receita atualizada (dos últimos 5 meses) que comprove o acompanhamento da coinfeção TB/HIV (se necessário); () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA
- Cartão da gestante (se necessário); () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA
- Certidão de nascimento filhos menores de 02 anos: () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

DIVULGAÇÃO DO RESULTADO: 26 DE AGOSTO DE 2026 – NA UNIDADE DE INSCRIÇÃO

RESPONSÁVEL PELA INSCRIÇÃO



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE